



Universidad Internacional de La Rioja

Facultad de Ciencias de la Salud

Máster Universitario en Bioética

**La objeción de conciencia en la Ley
Orgánica 3/2021, de 24 de marzo, de
regulación de la eutanasia: problemas que
plantea su desarrollo autonómico**

Trabajo fin de Estudio presentado por:	Joaquín Rubio Agenjo
Tipo de trabajo:	Análisis filosófico y antropológico
Directora:	Sara Bandrés Hernández
Fecha:	12/07/2021

Resumen

Este trabajo aborda algunas cuestiones que se plantea el desarrollo normativo, por parte de las Comunidades Autónomas, de la Ley Orgánica 3/2021, de 24 de marzo, reguladora de la eutanasia, en cuanto a la objeción de conciencia y el registro de objetores.

Después de analizar el concepto de objeción de conciencia en la Constitución y en jurisprudencia del Tribunal Constitucional, se examinan los tres supuestos más importantes de objeción de conciencia en materia sanitaria: el aborto, la píldora del día después y la eutanasia.

Por último, se analizan cinco problemas en el desarrollo autonómico, y se apuntan posibles soluciones: el primero la creación y regulación del registro, incidiendo en su rango jurídico, confidencialidad y dependencia orgánica; el segundo, su posible encomienda de gestión; el tercero, el denominado “registro inverso”; el cuarto, la objeción de conciencia institucional; y el quinto, la objeción de conciencia a las Instrucciones Previas.

Palabras clave: EUTANASIA, OBJECCIÓN DE CONCIENCIA, REGISTRO.

Abstract

This work addresses some issues raised by the regulatory development, by the Autonomous Communities, of Ley Orgánica 3/2021, de 24 de marzo, regulating euthanasia, regarding conscientious objection and the registration of objectors.

After analyzing the concept of conscientious objection in the Spanish Constitution and in the jurisprudence of the Constitutional Court, the three most important cases of conscientious objection in health matters are examined: abortion, the morning-after pill and euthanasia.

Finally, five problems in autonomous development are analyzed, and possible solutions are pointed out: the first, the creation and regulation of the registry, affecting its legal status, confidentiality and organic dependence; the second, its possible management assignment; the third, the so-called "reverse registry"; the fourth, institutional conscientious objection; and the fifth, conscientious objection to the Living Will.

Keywords: EUTHANASIA, CONSCIENTIOUS OBJECTION, REGISTRY.

Índice de contenidos

1. INTRODUCCIÓN	6
1.1. JUSTIFICACIÓN DEL TEMA ELEGIDO.....	7
1.2. PROBLEMA Y FINALIDAD DEL TRABAJO.....	9
1.2.1. Problema y finalidad.....	9
1.2.2. Objetivo general	10
1.2.3. Objetivos específicos	10
2. EL DERECHO A LA OBJECCIÓN DE CONCIENCIA EN ESPAÑA	10
2.1. REGULACIÓN CONSTITUCIONAL	12
2.2. JURISPRUDENCIA DEL TRIBUNAL CONSTITUCIONAL	13
2.2.1. Sentencia nº 15/1982, de 23 de abril	13
2.2.2. Sentencia nº 53/1985, de 11 de abril	15
2.2.3. Sentencia nº 161/1987 de 27 de octubre	16
2.2.4. Sentencia nº 154/2002, de 18 de julio	17
2.2.5. Sentencia nº 145/2015, de 25 de junio	17
2.2.6. Conclusión	18
3. LA OBJECCIÓN DE CONCIENCIA EN EL ÁMBITO SANITARIO.....	19
3.1. OBJECCIÓN A LA INTERRUPCIÓN VOLUNTARIA DEL EMBARAZO	20
3.1.1. La objeción como derecho fundamental.....	21
3.1.2. Quien puede objetar	22
3.1.3. Límites del derecho a la objeción	23
3.1.4. La Ley Foral 16/2010, de 8 de noviembre	24
3.2. OBJECCIÓN EN LA PROFESIÓN FARMACÉUTICA	26
3.3. OBJECCIÓN DE CONCIENCIA EN LA LORE.....	28

3.3.1.	La objeción de conciencia a la prestación de ayuda para morir	30
3.3.2.	La objeción como derecho fundamental.....	32
3.3.3.	Quién puede objetar	34
3.3.4.	Los límites del derecho a la objeción	35
3.3.5.	El registro de profesionales sanitarios objetores a la prestación	36
4.	EL DESARROLLO AUTONÓMICO DE LA OBJECCIÓN DE CONCIENCIA DE LA LORE	37
4.1.	LA CREACIÓN DEL REGISTRO Y SUS REQUISITOS.....	38
4.1.1.	Rango de la norma de creación	38
4.1.2.	Acceso al Registro.....	42
4.1.3.	Dependencia orgánica del Registro.....	46
4.2.	ENCOMIENDA DE GESTIÓN DEL REGISTRO.....	49
4.3.	EL REGISTRO INVERSO	52
4.4.	LA OBJECCIÓN DE CONCIENCIA INSTITUCIONAL	55
4.5.	LA OBJECCIÓN DE CONCIENCIA A LAS INSTRUCCIONES PREVIAS.....	58
5.	CONCLUSIONES	63
6.	REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS	64

1. INTRODUCCIÓN

Este trabajo se centra un aspecto concreto de la Ley Orgánica 3/2021, de 24 de marzo, reguladora de la eutanasia (1), en adelante LORE: su desarrollo normativo por parte de las comunidades autónomas, con los problemas y posibilidades que éste plantea, en cuanto a la objeción de conciencia. Esta ley tiene carácter de legislación básica del Estado, conforme a la distribución de competencias entre el Estado y las Comunidades Autónomas establecida por la Constitución Española (2). En su artículo 149.1.16ª atribuye al Estado las “bases y coordinación general de la sanidad”, por lo que corresponde al Estado aprobar la legislación básica en materia de sanidad. Según la doctrina del Tribunal Constitucional, las bases consisten en establecer los “principios normativos generales que informan u ordenan una determinada materia, constituyendo, en definitiva, el marco o denominador común de necesaria vigencia en el territorio nacional” (3, Fundamento Jurídico nº 1º, en adelante F.J.). A las Comunidades Autónomas les corresponde, de acuerdo con las competencias asumidas en sus Estatutos de Autonomía, el desarrollo de la legislación básica del Estado. Para ello, aprueban sus propias normas, recogiendo en ellas sus peculiaridades e intereses propios, ya sean de carácter político, organizativo, territorial, etc. En este caso, deben desarrollar la LORE en dos aspectos como mínimo: la creación y regulación del registro de profesionales sanitarios objetores a la eutanasia, en adelante registro, y la Comisión de Garantía y Evaluación.

El interés de esta materia viene dado, en primer lugar, por la importancia de la eutanasia, y su incidencia directa sobre el derecho a la vida. Es este un derecho fundamental reconocido en el artículo 15 de nuestra Constitución, “toda persona tiene derecho a la vida”, y constituye el presupuesto de todos los restantes derechos humanos, sin el cual ninguno de ellos puede existir. La LORE plantea importantes conflictos jurídicos, además de bioéticos, al reconocer en su artículo 4.1, “el derecho de toda persona que cumpla los requisitos previstos en esta Ley a solicitar y recibir la prestación de ayuda para morir”.

En segundo lugar, es un tema de interés por su actualidad. La LORE se aprobó el 24 de marzo de 2021, fue publicada en el Boletín Oficial del Estado al día siguiente y ha entrado en vigor el 25 de junio, tres meses después de su publicación. Por tanto, se trata de una norma muy

reciente, sobre la que no ha dado tiempo a la doctrina científica ni a la jurisprudencia a pronunciarse sobre su contenido. Tampoco ha permitido su desarrollo por parte de las Comunidades Autónomas, si exceptuamos a Cataluña, y parcialmente a Baleares, País Vasco, Castilla y León y La Rioja. El resto de autonomías han iniciado el procedimiento de consulta o información pública preceptivo, en la aprobación de sus normas de desarrollo. Es en este procedimiento donde se pueden plantear las cuestiones que aquí se abordan.

En cuanto al interés personal, hay que señalar que esta materia afecta directamente a mi trabajo en el Área de Bioética y Derecho Sanitario de la Consejería de Sanidad de la Comunidad de Madrid.

1.1. JUSTIFICACIÓN DEL TEMA ELEGIDO

La LORE, básicamente, regula dos situaciones con respecto a la eutanasia:

a) En primer lugar, modifica el apartado 4 del artículo 143 de la Ley Orgánica 10/1995, de 23 de noviembre, del Código Penal (4), que consideraba la eutanasia como una circunstancia atenuante del delito de homicidio, y por tanto era castigada con una pena menor. La nueva redacción de este artículo mantiene esta circunstancia atenuante, pero la despenaliza en los casos previstos por la LORE, es decir que la eutanasia va a dejar de considerarse una circunstancia atenuante del delito de homicidio en nuestro país, con la LORE:

“4. El que causare o cooperare activamente con actos necesarios y directos a la muerte de una persona que sufriera un padecimiento grave, crónico e imposibilitante o una enfermedad grave e incurable, con sufrimientos físicos o psíquicos constantes e insoportables, por la petición expresa, seria e inequívoca de esta, será castigado con la pena inferior en uno o dos grados a las señaladas en los apartados 2 y 3.

5. No obstante lo dispuesto en el apartado anterior, no incurrirá en responsabilidad penal quien causare o cooperare activamente a la muerte de otra persona cumpliendo lo establecido en la ley orgánica reguladora de la eutanasia.”

b) En segundo lugar, y en palabras del preámbulo de la LORE, “introduce en nuestro ordenamiento jurídico un nuevo derecho individual como es la eutanasia”. Este es el objeto de la LORE, tal como se reconoce en su artículo 1.1: “El objeto de esta Ley es regular el derecho que corresponde a toda persona que cumpla las condiciones exigidas a solicitar y recibir la ayuda necesaria para morir, el procedimiento que ha de seguirse y las garantías que han de observarse.”

La forma en la que se concreta el derecho a la eutanasia es creando una nueva prestación en la cartera común de servicios del Sistema Nacional de Salud, la prestación de ayuda para morir, que será de financiación pública., “Los servicios públicos de salud, en el ámbito de sus respectivas competencias, aplicarán las medidas precisas para garantizar el derecho a la prestación de ayuda para morir”, tal como establece en su artículo 13.2. La LORE establece los elementos necesarios para garantizar a la ciudadanía el acceso a esta prestación en su capítulo IV. Por otro lado, la LORE reconoce y regula el derecho a la objeción de conciencia de los profesionales sanitarios implicados en el ejercicio de la prestación de ayuda para morir, es decir, de la eutanasia en su artículo 16.1: “Los profesionales sanitarios directamente implicados en la prestación de ayuda para morir podrán ejercer su derecho a la objeción de conciencia.”

El artículo contiene una breve regulación de la forma de ejercer el derecho y encomienda a la Comunidades Autónomas la obligación de crear un registro de profesionales sanitarios objetores de conciencia.

Este trabajo trata de abordar los problemas que se plantean a las Comunidades Autónomas el desarrollo de este artículo para garantizar el ejercicio este derecho y hacerlo compatible con la nueva prestación de ayuda a morir. Este desarrollo debería producirse en el plazo de tres meses de *vacatio legis* que establece la LORE (disposición final 4ª) es decir, el 25 de junio de 2021. Este breve plazo concedido a las Comunidades Autónomas ha provocado que, a día de hoy sólo Cataluña haya aprobado la normativa reguladora del registro mediante el Decreto Ley 13/2021, de 22 de junio, por el que se regula la Comisión de Garantía y Evaluación de Cataluña y el Registro de profesionales sanitarios objetores de conciencia, en desarrollo de la Ley orgánica 3/2021, de 24 de marzo, de regulación de la eutanasia (5).

No hay una investigación previa sobre la regulación que la LORE hace de la objeción de conciencia, por la inmediatez de su aprobación. Sí hay un antecedente legislativo con la regulación de la objeción de conciencia que hace la Ley Orgánica 2/2010, de 3 de marzo, de salud sexual y reproductiva y de la interrupción voluntaria del embarazo (6), en su artículo 19.2. Esta ley fue recurrida ante el Tribunal Constitucional a través del recurso de inconstitucionalidad sin que, a pesar de los más de 11 años transcurridos, se haya resuelto el recurso, constituyendo el caso de mayor dilación en resolver un asunto por parte del Tribunal Constitucional.

Sí, se pueden citar como antecedentes, 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 (7), norma aprobada por la Comunidad Foral de Navarra, que fue recurrida ante el Tribunal Constitucional. En este caso sí hay jurisprudencia constitucional, la Sentencia núm. 151/2014, de 25 de septiembre de 2014 (8), que recoge el único pronunciamiento del tribunal sobre un registro de objetores de conciencia en el ámbito sanitario. En torno a esta ley y a esta sentencia, sí se han escrito algunos artículos doctrinales.

Por último, hay que referirse a la jurisprudencia del Tribunal Constitucional en materia de objeción de conciencia, que ha delimitado el contorno de este derecho y especialmente a las sentencias que abordan la objeción de conciencia en el ámbito sanitario. Sobre toda esta jurisprudencia sí se ha pronunciado la doctrina jurídica.

1.2. PROBLEMA Y FINALIDAD DEL TRABAJO.

1.2.1. Problema y finalidad

El objeto de este trabajo es identificar los problemas que se plantean a las Comunidades Autónomas el desarrollo normativo del derecho a la objeción de conciencia que regula el artículo 16 de la LORE, y proponer posibles soluciones a estos problemas, ajustadas a la regulación que de este derecho hace la Constitución y a la doctrina del Tribunal Constitucional.

En todo caso, se trata de garantizar el ejercicio de este derecho a los profesionales sanitarios dentro del reducido ámbito de competencias que tienen las Comunidades Autónomas para regular este derecho.

1.2.2. Objetivo general

Aportar un enfoque jurídico a los problemas que el desarrollo del derecho a la objeción de conciencia regulado el artículo 16 de la LORE plantea a las Comunidades Autónomas, y aportar posibles soluciones.

1.2.3. Objetivos específicos

Para ello, es necesario:

- Delimitar el contenido del derecho a la objeción de conciencia de acuerdo con la Constitución Española y los principios fijados por la jurisprudencia del Tribunal Constitucional.
- Analizar la normativa y la jurisprudencia constitucional sobre la objeción de conciencia en los principales ámbitos sanitarios: aborto, píldora postcoital y eutanasia.
- Analizar los principales problemas que el desarrollo de la LORE plantea y apuntar sus posibles soluciones: requisitos del registro, posible encomienda de gestión, el registro inverso y la inscripción de la objeción de conciencia institucional.

2. EL DERECHO A LA OBJECIÓN DE CONCIENCIA EN ESPAÑA

La objeción de conciencia es una institución jurídica que ha cobrado particular relevancia en las últimas décadas en nuestro país. En su origen se planteó con respecto al servicio militar obligatorio, y así se regula en el artículo 30.2 de la Constitución. Actualmente afectar a ámbitos

diversos, como el cumplimiento de algunos “deberes cívicos” (actuar como presidente o vocal de mesas electorales o participar en un juicio como jurados) o como la asignatura de Educación para la ciudadanía, o en el sanitario, como la negativa a recibir transfusiones de sangre, la dispensación de la píldora postcoital, la investigación de células madre, los tratamientos coactivos a personas con discapacidad, practicar abortos y recientemente la eutanasia. Este auge se ha calificado como un “big bang jurídico” (9, p.243).

Para explicar esta «explosión» de la objeción de conciencia sean indicado varias razones.

Como ha señalado ALBERT (10), una de las causas del auge de esta institución jurídica es el enorme pluralismo ideológico, religioso, moral y cultural de las sociedades occidentales. En efecto, el hecho de que el Estado tenga opte por una de las diversas posibilidades que le ofrece una sociedad pluralista a la hora de abordar estos problemas provoca de que surjan deberes jurídicos. Estos deberes generan, a veces, en los ciudadanos discrepantes con la solución elegida un profundo rechazo moral a la realización de las conductas que el derecho les impone. También se ha señalado como causa el progreso de la ciencia que abre posibilidades desconocidas hasta ahora y que trae consigo nuevos problemas de carácter ético que antes no se planteaban.

A esto puede añadirse que la ruptura del bipartidismo en algunos países y el surgimiento de nuevos partidos, junto con la radicalización de posiciones políticas han dificultado alcanzar consensos a la hora de legislar sobre estas cuestiones, lo que sin duda hubiera supuesto una mayor aceptación por parte de los ciudadanos de las obligaciones que el legislador estatal ha impuesto.

Se pueden recoger diversas definiciones de objeción de conciencia.

Para GASCON (11, p. 85) se trata del “incumplimiento de un deber jurídico motivado por la existencia de un dictamen de conciencia contrario al comportamiento prescrito y cuya finalidad se agota en la defensa de la moralidad individual, renunciando o al menos no persiguiendo de forma inmediata una estrategia de cambio político o jurídico”. Se destaca en esta definición la idea de deber jurídico incumplido, como característica de la objeción, y que este incumplimiento no busca cambiar la norma que los sustenta.

Otros autores ponen el énfasis en las razones de oposición al cumplimiento de la obligación impuesta por la norma, más que en la finalidad perseguida por la persona que objeta. En este sentido, NAVARRO VALLS recoge un concepto más amplio, al señalar que “el concepto de objeción de conciencia incluye toda pretensión contraria a la ley motivada por razones axiológicas -no meramente psicológicas-, de contenido primordialmente religioso o ideológico, ya tenga por objeto la elección menos lesiva para la propia conciencia entre las alternativas previstas en la norma, eludir el comportamiento contenido en el imperativo legal o la sanción prevista por su incumplimiento, o incluso, aceptando el mecanismo represivo, lograr la atención de la ley que es contraria al personal imperativo ético” (9, p. 97).

Cabe destacar que la objeción de conciencia no va contra el sistema de derecho en general (resistencia), ni contra ciertas instituciones jurídicas (desobediencia civil), sino exclusivamente contra la obligatoriedad de una norma concreta para el propio objetor, ya que es éste quien se encontraría entre el dilema de obedecer la norma o a su propia conciencia (12).

En definitiva, se trata de una excepción en el cumplimiento de una obligación legal, que el propio derecho tolera, en aras de la salvaguarda de un interés superior, como es la propia libertad de conciencia o, más concretamente, la libertad de pensamiento.

Se diferencia de la desobediencia civil en que, en este caso, se incumple una norma con el propósito de tratar de conseguir su modificación porque se considera injusta. El objetor de conciencia, en cambio, desobedece la norma porque considera ésta es inmoral o lesiva para su dictamen de conciencia, y sólo quiere que se le exima de su cumplimiento (11).

2.1. REGULACIÓN CONSTITUCIONAL

La objeción de conciencia está reconocida de forma expresa en el artículo 30.2 de la Constitución, referida al servicio militar obligatorio:

“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, en su caso, una prestación social sustitutoria”.

Algunos autores, como SORIANO, han criticado la exigua regulación de este derecho, que “da la impresión de ser un derecho de segunda categoría, en el mejor de los casos, o ni siquiera un derecho secundario, sino una mera excepción de un deber fundamental, el deber de servir a la patria militarmente”(12) pronunciándose, antes de que lo hiciera el Tribunal Constitucional, sobre la conveniencia de ubicar la objeción de conciencia en el artículo 16 de nuestra carta magna como una determinación de la libertad ideológica. En efecto, este artículo señala:

“Se garantiza la libertad ideológica, religiosa y de culto de los individuos y las comunidades sin más limitación, en sus manifestaciones, que la necesaria para el mantenimiento del orden público protegido por la ley”.

Así lo ha hecho, como se verá en el epígrafe siguiente, el Tribunal Constitucional, reconociendo la conexión entre ambos derechos al señalar que “la objeción de conciencia forma parte del contenido del derecho fundamental a la libertad ideológica y religiosa” (13).

Como consecuencia de esta doctrina se puede apuntar que la Constitución sería de aplicación directa para salvaguardar el derecho a la objeción de conciencia, aunque no se haya producido su desarrollo legislativo o, como dice el Tribunal Constitucional, no haya habido “interpositio legislatoris”.

2.2. JURISPRUDENCIA DEL TRIBUNAL CONSTITUCIONAL

Se recogen a continuación los hitos más relevantes de la jurisprudencia del Tribunal Constitucional sobre la objeción de conciencia, para profundizar en el siguiente capítulo en alguna de las sentencias directamente relacionadas con el ámbito sanitario.

2.2.1. Sentencia nº 15/1982, de 23 de abril

La primera vez que el Tribunal Constitucional se ocupó de la objeción de conciencia fue en la sentencia núm. 15/1982, de 23 de abril (14) donde estableció su carácter de derecho fundamental:

“Puesto que la libertad de conciencia es una concreción de la libertad ideológica, que nuestra Constitución reconoce en el art. 16, puede afirmarse 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 art. 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” (14, F.J. 6).

Es una interpretación muy amplia de la objeción de conciencia, que se reconoce como un derecho fundamental por partida doble: explícitamente en el artículo 30.2, e implícitamente en el artículo 16.1. De aquí se derivan consecuencias jurídicas importantes, que el propio Tribunal Constitucional reconoce en la misma sentencia:

“De ello no se deriva, sin embargo, que el derecho del objetor esté por entero subordinado a la actuación del legislador. El que la objeción de conciencia sea un derecho que para su desarrollo y plena eficacia requiera la *interpositio legislatoris* no significa que sea exigible tan sólo cuando el legislador lo haya desarrollado, de modo que su reconocimiento constitucional no tendría otra consecuencia que la de establecer un mandato dirigido al legislador sin virtualidad para amparar por sí mismo pretensiones individuales. Como ha señalado reiteradamente este Tribunal, los principios constitucionales y los derechos y libertades fundamentales vinculan a todos los poderes públicos (arts. 9.1 y 53.1 de la Constitución) y son origen inmediato de derechos y obligaciones y no meros principios programáticos; el hecho mismo de que nuestra norma fundamental en su art. 53.2 prevea un sistema especial de tutela a través del recurso de amparo, que se extiende a la objeción de conciencia, no es sino una confirmación del principio de su aplicabilidad inmediata. Este principio general no tendrá más excepciones que aquellos casos en que así lo imponga la propia Constitución o en que la naturaleza misma de la norma impida considerarla inmediatamente aplicable supuestos que no se dan en el derecho a la objeción de conciencia” (14, F.J. 8).

Por lo tanto, no es necesario, en el caso de la objeción de conciencia, que exista un desarrollo legislativo, sino que, como derecho fundamental, es susceptible de ser aplicada directamente la Constitución. Este aspecto va a ser fundamental, en el ámbito de la objeción de conciencia sanitaria.

Además, como han señalado algunos autores, como PRIETO, “la afirmación creo que tiene una importancia capital: la existencia de un derecho implícito a la objeción en el seno del art. 16,1 significa que todo caso de objeción debe ser tratado como un caso de limitación del derecho recogido en dicho precepto, es decir, de la libertad de conciencia. Quien objeta, cualquiera que sea el deber jurídico, en principio ejerce un derecho fundamental, por más que el juicio definitivo pueda desembocar en la negación o rechazo de la posición iusfundamental a la vista de la presencia en el caso de otras razones más fuertes en favor de tal deber jurídico” (15).

2.2.2. Sentencia nº 53/1985, de 11 de abril

Esta sentencia, que resolvió el recurso de inconstitucionalidad contra la ley que despenalizó por primera vez el delito de aborto, contiene una breve referencia a la objeción de conciencia, o más bien a la falta de regulación de ésta, en materia de aborto, como fue alegada por los recurrentes:

“Cabe señalar, por lo que se refiere al derecho a la objeción de conciencia, que 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 de la Constitución y, como ha indicado este Tribunal en diversas ocasiones, la Constitución es directamente aplicable, especialmente en materia de derechos fundamentales” (13 F.J. 14).

Este pronunciamiento es consecuente con la doctrina establecida en la sentencia anterior, pero en este caso el tribunal no se pronuncia en abstracto, sino que aplica esta doctrina a un caso concreto, reconociendo el derecho a la objeción de conciencia en el aborto, aunque el legislador ordinario no la haya regulado ni reconocido.

2.2.3. Sentencia nº 161/1987 de 27 de octubre

En esta sentencia, en cambio, el tribunal se mostró contrario a que se pudieran reconocer formas de objeción de conciencia cuando el legislador no las hubiera aceptado expresa o previamente:

“Conviene, en primer término, examinar la forma en que la Constitución configura la objeción de conciencia. Se trata, ciertamente, como se acaba de decir, de un derecho que supone la concreción de la libertad ideológica reconocida en el art. 16 de la Norma suprema. Pero de ello no puede deducirse que nos encontremos ante una pura y simple aplicación de dicha libertad. 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. Y esto es lo que hizo el constituyente español, siguiendo el ejemplo de otros países, al reconocerlo en el art. 30 de la Norma suprema, respecto al deber de prestar el servicio militar obligatorio” (16 F.J. 3).

Este pronunciamiento, y el paralelo de la Sentencia 160/1987 de 27 de octubre (17), parecería un retroceso con respecto a los postulados de la jurisprudencia establecida en las sentencias anteriores, ya que niega un derecho genérico a la objeción de conciencia. Sin embargo, hay que circunscribir este pronunciamiento al objeto de este recurso que es la objeción de conciencia al servicio militar. Y también, ponerla en relación con otras sentencias posteriores, donde vuelven a reproducirse los pronunciamientos iniciales (18).

En este mismo sentido, se ha señalado que estas sentencias no tendrían por objeto sentar una doctrina general sobre el derecho de objeción de conciencia en su relación con la libertad religiosa e ideológica, sino más bien abordar una serie de cuestiones concretas planteadas por las primeras leyes que desarrollaban en España la objeción al servicio militar, de acuerdo con el artículo 30.2 de la Constitución (19).

2.2.4. Sentencia nº 154/2002, de 18 de julio

Este caso se trata de un recurso de amparo interpuesto ante la condena penal a los padres de un menor que murió por negarse a recibir un tratamiento de transfusiones de sangre por sus creencias religiosas. El tribunal señaló que:

“La aparición de conflictos jurídicos por razón de las creencias religiosas no puede extrañar en una sociedad que proclama la libertad de creencias y de culto de los individuos y comunidades, así como la laicidad y neutralidad del Estado. La respuesta constitucional a la situación crítica resultante de la pretendida dispensa o exención del cumplimiento de deberes jurídicos, en el intento de adecuar y conformar la propia conducta a la guía ética o plan de vida que resulte de sus creencias religiosas, sólo puede resultar de un juicio ponderado que atienda a las peculiaridades de cada caso. Tal juicio ha de establecer el alcance de un derecho —que no es ilimitado o absoluto— a la vista de la incidencia que su ejercicio pueda tener sobre otros titulares de derechos y bienes constitucionalmente protegidos y sobre los elementos integrantes del orden público protegido por la Ley que, conforme a lo dispuesto en el art. 16.1 CE, limita sus manifestaciones” (20 F.J. 7).

La sentencia concede el amparo y anula la condena impuesta impugnada, valorando los límites del derecho fundamental reconocido en el artículo 16.1, teniendo en cuenta que “los derechos fundamentales reconocidos por la Constitución sólo pueden ceder ante los límites que la propia Constitución expresamente imponga, o ante los que de manera mediata o indirecta se infieran de la misma al resultar justificados por la necesidad de preservar otros derechos o bienes jurídicamente protegidos” (20 F.J. 8).

2.2.5. Sentencia nº 145/2015, de 25 de junio

Esta sentencia se examinará con más detalle en el capítulo relativo a las distintas modalidades de objeción de conciencia sanitaria. En ella se resuelve el recurso de amparo interpuesto por un farmacéutico sancionado por no disponer y no dispensar la píldora postcoital, aduciendo

sus posibles efectos abortivos, lo que constituía una obligación jurídica para todas las oficinas de farmacia. Es un supuesto de aplicación de la objeción de conciencia a un caso concreto.

Como cuestión central, el tribunal se plantea, en el fundamento jurídico núm. 4, si la doctrina establecida en el fundamento jurídico núm. 14 de la Sentencia 53/1985, de 11 de abril, es de aplicación a este supuesto de objeción de conciencia, aunque no haya sido regulado expresamente por el legislador ordinario, y en el que se podría reconocer una objeción de conciencia derivada directamente del artículo 16.1 de la Constitución.

El tribunal, después de “ponderar la incidencia del derecho invocado por el demandante en la legítima protección de otros derechos, bienes jurídicos o intereses dignos de tutela” (21 F.J. 5) concluye con “el otorgamiento del amparo al demandante por vulneración de su derecho a la objeción de conciencia, vinculado al derecho a la libertad ideológica (art. 16.1 CE), debe comportar (art. 55.1 LOTC) el reconocimiento del derecho fundamental vulnerado” (21 F.J. 6).

La sentencia se apoya en la ya citada sentencia nº 53/1985 (13), prolongándola o extendiéndola al conflicto entre la obligación de expender la píldora postcoital y la conciencia del farmacéutico, al considerar que existe un paralelismo con el conflicto de conciencia que afecta a los médicos en el caso del aborto.

Al tratarse de un recurso de amparo, los efectos de la sentencia se reducen únicamente al recurrente, por lo que, aunque se trata de un pronunciamiento importante, no cabe hablar de un derecho general del farmacéutico a la objeción de conciencia.

2.2.6. Conclusión

A modo de conclusión, se puede afirmar que hay dos tendencias en la evolución de la jurisprudencia constitucional en materia de objeción de conciencia, no siempre coincidentes.

- La primera, en la que incide en su carácter de derecho fundamental, directamente aplicable, sin necesidad de desarrollo legislativo. Esto no significa que sea aplicable de manera ilimitada, sino que es necesario ponderar este derecho con otros derechos o bienes constitucionalmente protegidos, donde el legislador será, en principio, el encargado de

hacerlo, sin perjuicio de que a falta de regulación legal esta labor la lleve a cabo el órgano judicial competente.

- La segunda, entiende la objeción de conciencia como una manifestación de la libertad ideológica y religiosa, pero no considera que la objeción de conciencia sea un derecho fundamental. No se podía alegar para incumplir un mandato normativo que se estima contrario a la propia conciencia, ya que sería contrario a los principios del Estado de Derecho. Solo es admisible la objeción de conciencia si la ley que la regula lo permite, es decir, si *secundum legem* y nunca *contra legem* (22).

3. LA OBJECCIÓN DE CONCIENCIA EN EL ÁMBITO SANITARIO

La objeción de conciencia sanitaria se puede definir como la que “surge del conflicto que se produce cuando hay un choque entre el deber moral de un profesional de seguir los dictados de su conciencia y el deber normativo que ese profesional tiene de prestar una determinada asistencia” (23).

Se añade al conflicto entre deber jurídico y conciencia un nuevo elemento como es la salud del paciente, protegida por los poderes públicos, tal y como señala el artículo 43 de la Constitución (2):

“1. Se reconoce el derecho a la protección de la salud.

2. Compete a los poderes públicos organizar y tutelar la salud pública a través de medidas preventivas y de las prestaciones y servicios necesarios. La ley establecerá los derechos y deberes de todos al respecto.”

Este aspecto hace que se trate de una objeción de conciencia controvertida por los numerosos bienes jurídicos protegidos constitucionalmente y cuya titularidad corresponde a los pacientes, tales como la vida, la integridad física y psíquica o la dignidad humana y que, sin embargo, su salvaguarda puede verse amenazada por el ejercicio de la libertad de conciencia que corresponde a los profesionales sanitarios.

En este apartado se expondrán tres tipos de objeción de conciencia en el ámbito sanitario y su regulación actual: la objeción de conciencia del personal sanitario al aborto, la objeción de conciencia farmacéutica y la objeción del personal sanitario en la eutanasia.

3.1. OBJECCIÓN A LA INTERRUPCIÓN VOLUNTARIA DEL EMBARAZO

Como definición de la objeción de conciencia al aborto, se puede citar la de NAVARRO-VALLS, que la caracteriza como “la negativa a ejecutar prácticas abortivas a cooperar, directa o indirectamente, en su realización; negativa motivada por la convicción de que tal proceder constituye una grave infracción de la ley moral, de los usos deontológicos o, en el caso del creyente, de la norma religiosa” (9, p. 97).

En este caso, por primera vez en nuestro ordenamiento jurídico se regula una objeción de conciencia en el ámbito sanitario, a la Interrupción Voluntaria del Embarazo, en adelante IVE, en la Ley Orgánica 2/2010, de 3 de marzo, de salud sexual y reproductiva y de la interrupción voluntaria del embarazo (6).

El Preámbulo de la norma incluye una concisa referencia, en el apartado II, a este aspecto al señalar que “se recoge la objeción de conciencia de los profesionales sanitarios directamente implicados en la interrupción voluntaria del embarazo, que será articulado en un desarrollo futuro de la Ley” (6).

Las críticas de la doctrina (24) a esta concisa redacción se pueden resumir en dos:

- No se explican los motivos de la inclusión de esta referencia a la objeción de conciencia, limitándose a mencionar el hecho de que se ha procedido a su regulación expresa.
- Se produce una remisión a una regulación de la objeción de conciencia en el desarrollo de la ley. Esta remisión sólo se encuentra en la exposición de motivos, que no tiene ningún valor normativo. La disposición final cuarta contiene una habilitación genérica para el desarrollo reglamentario de la ley, que no contiene ninguna referencia a la objeción de conciencia:

“El Gobierno adoptará las disposiciones reglamentarias necesarias para la aplicación y desarrollo de la presente Ley” (6).

Esta remisión reglamentaria, no parece compatible con lo establecido en el artículo 81.1 de la Constitución (2) que establece que “son leyes orgánicas las relativas al desarrollo de los derechos fundamentales y de las libertades públicas”. Es decir, se reserva, a la regulación mediante ley orgánica, como ha señalado el Tribunal Constitucional (25) los derechos y libertades comprendidos en la Sección 1ª del Capítulo II del Título I de la Constitución esto es, a los artículos 15 a 29, entre los que está incluido el artículo 16.1. Es, por tanto, una remisión, reglamentaria incompatible con la Constitución, por lo que no puede ser aplicada a la objeción de conciencia.

La Ley Orgánica 2/2010, de 3 de marzo (6), regula la objeción de conciencia al aborto en su artículo 19.2, y señala:

“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.”

Este artículo plantea algunas cuestiones interesantes, que van a servir de base a la posterior regulación de la objeción de conciencia a la eutanasia en la LORE.

3.1.1. La objeción como derecho fundamental

Este artículo no hace ninguna referencia al carácter derecho fundamental de la objeción de conciencia, tal como la línea jurisprudencial del Tribunal Constitucional ha establecido.

En este sentido, la disposición final tercera de la norma establece qué preceptos tienen el carácter de orgánico, y no se lo otorga al capítulo II del Título II de la Constitución (2), que es donde se encuentra el artículo 19. Por tanto, implícitamente se está desconociendo a la

objeción de conciencia el carácter de derecho fundamental derivado del artículo 16.1 de la Constitución (24).

Además, su lugar en la norma, en el capítulo II, denominado “Garantías en el acceso a la prestación” dentro del título I “De la interrupción voluntaria del embarazo”, se ha señalado como “inapropiado, desordenado, y quizá poco respetuoso con el derecho a la libertad ideológica del personal sanitario” (26, p. 308). En efecto, parecería más oportuno, si se trata del desarrollo de un derecho fundamental haber dedicado un capítulo específico a su regulación de forma independiente, y no como una consecuencia de la garantía del derecho a la prestación de IVE.

3.1.2. Quien puede objetar

El artículo 19 se refiere únicamente a los profesionales sanitarios directamente implicados en la IVE.

El concepto legal de profesional sanitario es el que recoge la Ley 44/2003, de 21 de noviembre, de ordenación de las profesiones sanitarias (27) señala en su artículo 2º que son profesiones sanitarias, tituladas y reguladas, aquellas cuya formación pregraduada o especializada se dirige específica y fundamentalmente a dotar a los interesados de los conocimientos, habilidades y actitudes propias de la atención de salud, y que están organizadas en colegios profesionales oficialmente reconocidos por los poderes públicos, de acuerdo con lo previsto en la normativa específicamente aplicable.

En su artículo 3 indica cuales son las profesiones sanitarias (27):

- a) De nivel Licenciado: las profesiones para cuyo ejercicio habilitan los títulos de Licenciado en Medicina, en Farmacia, en Odontología y en Veterinaria y los títulos oficiales de especialista en Ciencias de la Salud para Licenciados a que se refiere el título II de esta ley.
- b) De nivel Diplomado: las profesiones para cuyo ejercicio habilitan los títulos de Diplomado en Enfermería, en Fisioterapia, en Terapia Ocupacional, en Podología, en Óptica y Optometría, en Logopedia y en Nutrición Humana y Dietética y los títulos oficiales de especialista en Ciencias de la Salud para tales Diplomados a que se refiere el título II de esta ley.

La Ley Orgánica 2/2010, de 3 de marzo (6), exige una implicación directa en la IVE, es decir que acotaría este derecho a los médicos especialistas en obstetricia y ginecología, los anestesiistas, las matronas, los auxiliares de clínica y el personal de enfermería.

Quedarían, pues excluidos, a tenor de lo establecido en la norma dos categorías de profesionales:

- a) Los profesionales no sanitarios, es decir, los no incluidos en la Ley 44/2003, de 21 de noviembre (27), que prestan sus servicios en un hospital o centro sanitario como abogados, auxiliares administrativos, recepcionistas, telefonistas, celadores, etc.
- b) Los profesionales sanitarios no implicados directamente en la IVE, es decir, el resto de los profesionales sanitarios que no participan en la prestación de IVE.

3.1.3. Límites del derecho a la objeción

Algún autor, como BURSON, ha visto en este artículo “una visión unilateral y sesgada del derecho a la objeción de conciencia”, ya que este derecho se regula “exclusivamente “en negativo”, restringiendo el régimen legal a una acumulación de limitaciones y requisitos a los que se sujeta este derecho fundamental, pero silencia cualquier referencia a las garantías o defensas que amparan a los profesionales que ejerzan la objeción” (24 p. 183).

En efecto, uno de los límites que este artículo establece, es que la objeción deberá ejercerse “sin que el acceso y la calidad asistencial de la prestación puedan resultar menoscabadas por el ejercicio de la objeción de conciencia” (6).

No parece, sin embargo, que sea trate de una limitación, si se realiza una interpretación sistemática de la norma. En el párrafo siguiente del mismo artículo 19 se señala que, 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. Interpretando conjuntamente los dos apartados, no tiene por qué

resultar un obstáculo la objeción de conciencia a la garantía de la prestación de la IVE, ya que siempre se podría acudir a otro centro sanitario para recibir la prestación.

La realidad de la aplicación de la norma así lo ha puesto de manifiesto. En los datos relativos a las IVEs del año 2019, último año cuyos datos facilita el Ministerio de Sanidad (28), no en todas las Comunidades Autónomas se realizan IVEs en centros públicos. Esto ha provocado que esta prestación se concierte con centros privados, sin que se haya noticias de que se haya limitado la objeción de conciencia en los profesionales en los centros sanitarios públicos. Así, sólo se realizan en centros privados en Extremadura (un centro), Madrid (siete centros), Aragón (dos centros), Murcia (cinco centros), Castilla-La Mancha (dos centros) y Cantabria (dos centros). En el resto de comunidades autónomas existen centros públicos y privados que ofertan esta prestación.

La otra limitación que señala el artículo 19 consiste en que la objeción “debe manifestarse anticipadamente y por escrito” (6).

En cuanto al primero de estos aspectos, no se concreta en la norma cuál es la anticipación requerida y, sobre todo, a partir de qué momento debe realizarse la manifestación expresa de su ejercicio.

Parece razonable que la interpretación más respetuosa con el carácter de derecho fundamental de la objeción de conciencia sea que ésta pueda manifestarse hasta el momento de la práctica concreta de la IVE, sin que pueda exigirse que se deba realizar en un momento anterior.

Otras opiniones señalan que debería ser el mínimo plazo para que la Administración sanitaria —o la dirección de la clínica privada— pueda reorganizar su personal en orden a garantizar a la mujer su derecho a la prestación de IVE (26, p. 310).

No obstante, conviene examinar lo que sobre estos aspectos ha señalado el Tribunal Constitucional en la única sentencia que se ha pronunciado sobre ellos, en la norma a la que se refiere el apartado siguiente.

3.1.4. La Ley Foral 16/2010, de 8 de noviembre

La Comunidad Foral de Navarra aprobó 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, cuyo objeto, a tenor de lo establecido en su artículo 1º, es:

- “a) Establecer el procedimiento de declaración de objeción de conciencia de los profesionales sanitarios directamente implicados en realizar la interrupción voluntaria del embarazo.
- b) Crear y regular el Registro de profesionales sanitarios objetores de conciencia a realizar la interrupción voluntaria del embarazo en el Servicio Navarro de Salud Osasunbidea” (7).

En cuanto al primero de estos objetivos, la Ley Foral 16/2010 reitera en el artículo 3 que “la declaración de objeción de conciencia se presentará por escrito”, pero establece un plazo ad quem para su presentación: una antelación mínima de siete días hábiles a la fecha prevista para la intervención” (7)

En cuanto al segundo, el registro de profesionales sanitarios objetores, nada se decía en la Ley Orgánica 2/2010, de 3 de marzo sobre este tema. La Ley Foral 16/2010, en su artículo 4, establece:

“1. Se crea el Registro de profesionales sanitarios objetores de conciencia a realizar la interrupción voluntaria del embarazo, en el que se inscribirán las declaraciones de objeción de conciencia para la realización de la interrupción voluntaria del mismo.

(...)

3. El Registro tendrá los siguientes fines:

- a) Recoger la inscripción de las declaraciones de objeción de conciencia a realizar la interrupción voluntaria del embarazo, así como las revocaciones de la misma.
- b) Facilitar la necesaria información a la Administración Sanitaria de Navarra para que esta pueda garantizar una adecuada gestión de dicha prestación sanitaria, con el fin de conocer los centros públicos a los que se pueda dirigir la mujer que manifieste su intención de someterse a una interrupción voluntaria del embarazo, en aplicación de la Ley Orgánica 2/2010, de 3 de marzo, de salud sexual y reproductiva y de la interrupción voluntaria del embarazo” (7).

Contra esta norma se interpuso un recurso de inconstitucionalidad, que dio lugar a la Sentencia núm. 151/2014, de 25 de septiembre de 2014 (8).

Se ha criticado de esta sentencia, que el Tribunal Constitucional perdiera una ocasión excelente para, de una vez por todas, dejar aclarado el exacto alcance constitucional que se debe que otorgar al derecho a la objeción de conciencia en materia de IVE (19 p. 2).

En relación con estos requisitos el Tribunal considera que, tanto la obligatoriedad de formular la declaración por escrito de acuerdo con el modelo recogido en el anexo de la ley foral, como el plazo de los 7 días de antelación “se ajustan a las bases establecidas en la Ley Orgánica 2/2010 y no limitan desproporcionadamente el ejercicio del derecho a la objeción de conciencia, siendo acordes con la conciliación que debe concurrir entre el ejercicio de tal derecho y la prestación sanitaria vinculada al ejercicio del derecho a la interrupción voluntaria del embarazo, que forma parte de las prestaciones sanitarias asumidas por la Comunidad Foral de Navarra” (8 F.J. 6).

Y, en consecuencia, la sentencia declara la constitucionalidad del registro al señalar que “la creación de un registro autonómico de profesionales en relación con la interrupción voluntaria del embarazo con la finalidad de que la Administración autonómica conozca, a efectos organizativos y para una adecuada gestión de dicha prestación sanitaria, quienes en ejercicio de su derecho a la objeción de conciencia rechazan realizar tal práctica, no está sometida a reserva de ley orgánica, no invade las bases estatales en materia de sanidad, no afecta a las condiciones básicas que han de garantizar la igualdad de todos los españoles en el ejercicio de sus derechos, y su existencia no implica, per se, un límite al ejercicio del derecho a la objeción de conciencia recogido en el art. 19.2 de la Ley Orgánica 2/2010, ni un sacrificio desproporcionado e injustificado de los derechos a la libertad ideológica e intimidad” (8 F.J. 5).

3.2. OBJECIÓN EN LA PROFESIÓN FARMACÉUTICA

No hay, en nuestro ordenamiento jurídico, una regulación de la objeción de conciencia en la profesión farmacéutica. Sobre esta materia se ha pronunciado el Tribunal Constitucional (21), resolviendo el recurso de amparo interpuesto un farmacéutico que fue sancionado como consecuencia de que su oficina de farmacia carecía de existencias de preservativos y del

medicamento con el principio activo levonorgestrel 0'750 mg., coloquialmente conocido como “píldora del día después”. La sentencia anuló esta sanción considerando que había “sido vulnerado su derecho a la objeción de conciencia, vinculado al derecho fundamental a la libertad ideológica” (21). Esta sentencia no ha dejado indiferente a la doctrina sobre la objeción de conciencia sanitaria, provocando diversas opiniones y tomas de postura entre los que piensan que se ha quedado demasiado corta o ha ido demasiado lejos.

El aspecto de mayor importancia que aborda esta sentencia es su pronunciamiento sobre un nuevo caso de objeción de conciencia sanitaria, la de la profesión farmacéutica. En este caso, el tribunal, como ya había hecho con la objeción en el aborto, señala que la protección de la objeción de conciencia no requiere una explícita previsión del legislador ordinario, sino que los propios tribunales de justicia pueden aplicar directamente los preceptos constitucionales (29). La sentencia, señala:

“En suma, pues, hemos de colegir que los aspectos determinantes del singular reconocimiento de la objeción de conciencia que fijamos en la STC 53/1985, F.J. 14, también con-curren, en los términos indicados, cuando la referida objeción se proyecta sobre el deber de dispensación de la denominada “píldora del día después” por parte de los farmacéuticos, en base a las consideraciones expuestas” (8, F.J. 4).

Se ha criticado que el Tribunal Constitucional haya perdido una ocasión de clarificar la esencia de este aspecto de la libertad de conciencia (29, p. 20). Conviene, sin embargo, no olvidar que estamos ante un recurso de amparo, y que los efectos de la sentencia se circunscriben al hecho recurrido, por lo que no son los de las sentencias estimatorias de un recurso de inconstitucionalidad.

Desde otro punto de vista, se han señalado los peligros de este reconocimiento de la objeción de conciencia de una profesión sanitaria sin la existencia de una ley que lo contemple, ya que “se corre el peligro de animar a otras personas distintas a desobedecer sus obligaciones. Personas que... defiendan las mismas creencias y entiendan que, toda vez que se ha admitido la exención de un deber, el del farmacéutico, diferente de la obligación de la práctica directa de interrupción del embarazo del personal sanitario, ellas también podrían estar legitimadas para ejercer el derecho a la objeción de conciencia al aborto reconocido por la STC 53/1985. Asimismo, de otro lado, resulta alarmante la inseguridad jurídica generada por la STC

145/2015, en relación con el deber farmacéutico de disposición y dispensación del medicamento. ¿Debe deducirse que cualquier farmacéutico podría ahora desobedecer esta obligación invocando análogas razones morales?” (30).

Frente a estas afirmaciones, conviene recordar, de nuevo, que estamos ante un recurso de amparo, cuyos efectos se reducen al caso concreto objeto del recurso, y que todas estas propuestas deberán ser resueltas en cada caso concreto que se pudiera plantear al Tribunal Constitucional.

3.3. OBJECCIÓN DE CONCIENCIA EN LA LORE

La LORE ha convertido a nuestro país en séptimo del mundo en regular esta práctica junto con Holanda, Bélgica, Luxemburgo, Canadá, Colombia (por medio del Tribunal Constitucional), Nueva Zelanda, y algunos estados de Australia.

La palabra eutanasia proviene del latín científico “euthanasia” y éste del griego “εὐθανασία” (euthanasía), que significa muerte dulce o muerte apacible. El preámbulo de la LORE la define como “el acto deliberado de dar fin a la vida de una persona, producido por voluntad expresa de la propia persona y con el objeto de evitar un sufrimiento” (1).

Esta norma ha generado polémica, no sólo por la materia objeto de regulación, sino también por su contenido y estructura, señalados como deficientes en muchos casos, no sólo de por el procedimiento elegido para su tramitación, una proposición de ley que ha permitido una rápida aprobación pero que ha hurtado el debate y participación de los ciudadanos y colectivos afectados en su tramitación, lo que no hubiera sucedido si se hubiera tramitado como proyecto de ley.

La eutanasia es un tema controvertido, que afecta a numerosos derechos constitucionalmente reconocidos, tal como el preámbulo de la LORE señala: “la eutanasia conecta con un derecho fundamental de la persona constitucionalmente protegido como es la vida, pero que se debe cohonestar también con otros derechos y bienes, 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), la libertad ideológica y de conciencia (art. 16 CE) o el derecho a la intimidad (art. 18.1 CE)” (1).

Ha sido también criticada la propia estructura y redacción de la norma. Se trata de un texto breve, de 19 artículos, todos con el carácter de legislación básica del Estado, y parte de ellos con carácter de ley orgánica, por exigencias de lo establecido en el artículo 81 de la Constitución (2) en cuanto a su contenido.

Además, hay que señalar que, en algunos aspectos, como el procedimiento para aplicar la eutanasia, la regulación resulta tan exhaustiva que deja poco margen de desarrollo a las comunidades autónomas. No hay que olvidar que nos encontramos ante una prestación de la cartera común de servicios del Sistema Nacional de Salud, cuya competencia de desarrollo legislativo y ejecución corresponde a las Comunidades Autónomas. Este escaso margen de desarrollo autonómico pudiera llegar a considerarse una infracción del carácter básico de la LORE, que afectaría al orden de distribución de competencias establecido en la Constitución.

Por último, hay que señalar que no es un texto claro para identificar la realidad que regula. Es el caso de la figura del médico responsable, o del médico consultor, cuya genérica definición va a provocar, sin duda, problemas de interpretación.

Como ya se ha señalado, esta ley se ha tramitado como consecuencia de una proposición de ley de un grupo parlamentario del Congreso de los Diputados. Es decir, no se ha tramitado como un anteproyecto de ley propuesto por el Gobierno. Esto supone una tramitación de la norma más rápida, puesto que el procedimiento legislativo aplicado ha sido sólo el previsto para su tramitación parlamentaria. Si hubiera sido un proyecto de ley, se debería haber aplicado el procedimiento previsto en el artículo 26 de la Ley 50/1997, de 27 de noviembre, del Gobierno (31) que regula el procedimiento de elaboración de normas con rango de Ley y de los reglamentos. Este procedimiento prevé un periodo de consulta previo a la elaboración de la norma coma y un periodo de información pública con el texto del borrador del anteproyecto ya elaborado, además de informes y consultas a diversos organismos públicos y privados con intereses afectados por el texto de la norma. Esto hubiera posibilitado un debate más amplio sobre esta ley, además de una tramitación más sosegada y, desde el punto de vista de técnica normativa, con mayores posibilidades de mejora. En una materia de tanta trascendencia como es el final de la vida, se ha hurtado la participación y el debate de la

sociedad sobre esta norma, lo que, sin duda, no ha contribuido a su carácter democrático. Por último, hay que hacer notar que esta norma no ha sido informada por el Consejo de Estado, que ha contribuido tantas veces a mejorar no solo la calidad técnica, sino también la constitucionalidad de las normas sometidas a su consideración. Ya se han puesto de manifiesto voces sobre su falta de constitucionalidad, y se han anunciado recursos de inconstitucionalidad por parte de los grupos parlamentarios legitimados.

Se realizará, a continuación, un breve análisis del contenido de esta norma en cuanto afecta a la objeción de conciencia.

3.3.1. La objeción de conciencia a la prestación de ayuda para morir

En el preámbulo se contienen dos referencias a la objeción de conciencia, en sus apartados I y II, señalando:

“Al mismo tiempo, mediante la posibilidad de objeción de conciencia, se garantiza la seguridad jurídica y el respeto a la libertad de conciencia del personal sanitario llamado a colaborar en el acto de ayuda médica para morir, entendiendo el término médica implícito en la Ley cuando se habla de ayuda para morir, y entendido en un sentido genérico que comprende el conjunto de prestaciones y auxilios asistenciales que el personal sanitario debe prestar, en el ámbito de su competencia, a los pacientes que soliciten la ayuda necesaria para morir.

El capítulo IV establece los elementos que permiten garantizar a toda la ciudadanía el acceso, en condiciones de igualdad, a la prestación de ayuda para morir, incluyéndola en la cartera común de servicios del Sistema Nacional de Salud y garantizando así su financiación pública, pero garantizando también su prestación en centros privados o, incluso, en el domicilio. Hay que destacar que se garantiza dicha prestación sin perjuicio de la posibilidad de objeción de conciencia del personal sanitario” (1)

Esta referencia a la objeción de conciencia es más amplia que la del preámbulo de la Ley Orgánica 2/2010, de 3 de marzo (6), sin embargo, tampoco aporta más que la anterior norma. Pudiendo reproducirse aquí la misma crítica de entonces: no explica los motivos de la inclusión

de esta referencia a la objeción de conciencia, limitándose a mencionar el hecho de que se ha procedido a su regulación expresa.

No se contiene, en el preámbulo, ninguna una remisión a una regulación de la objeción de conciencia en el desarrollo de la ley. Tampoco en la parte dispositiva de la norma existe la genérica disposición final que habilita para su desarrollo normativo, siendo este una muestra de la deficiente técnica normativa empleada.

La siguiente referencia a la objeción se contiene en el artículo 3 dedicado a las definiciones, que recoge una definición de objeción de conciencia, aplicada a la eutanasia, señalando:

“f) «Objeción de conciencia sanitaria»: 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” (1).

En este caso el legislador ha optado por una definición muy amplia, qué podría aplicarse con carácter general a todas las objeciones de conciencia en materia sanitaria a las que hemos hecho referencia, aborto y profesión farmacéutica, así como a otras que puedan surgir por ejemplo docencia sanitaria, instrucciones previas, no prescripción de determinados tratamientos médicos. Es una definición clásica de la objeción de conciencia donde se ponen de manifiesto los dos bienes jurídicos conflicto, las actuaciones sanitarias reguladas en una norma y las convicciones del profesional sanitario.

El artículo 16, regula la objeción de conciencia de los profesionales sanitarios, y señala:

“1. Los profesionales sanitarios directamente implicados en la prestación de ayuda para morir podrán ejercer su derecho a la objeción de conciencia. 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.

2. Las administraciones sanitarias crearán un registro de profesionales sanitarios objetores de conciencia a realizar la ayuda para morir, en el que se inscribirán las declaraciones de objeción de conciencia para la realización de la misma y que tendrá por objeto facilitar la necesaria información a la administración sanitaria para que esta pueda garantizar una adecuada

gestión de la prestación de ayuda para morir. El registro se someterá al principio de estricta confidencialidad y a la normativa de protección de datos de carácter personal” (1).

Se trata de una regulación muy parecida a la del artículo 19 de la Ley Orgánica 2/2010, de 3 de marzo (6), con la particularidad de que se ha introducido la obligatoriedad de contar con un registro de objetores donde se inscribirán las objeciones de conciencia. Veamos algunos de sus aspectos:

3.3.2. La objeción como derecho fundamental

El artículo 26 no hace referencia al carácter derecho fundamental de la objeción de conciencia, siguiendo la misma línea de lo establecido en la LORE. Sin embargo, a diferencia del aborto, al artículo 16 se le atribuye el carácter de orgánico, pero de una forma que plantea algunas dudas sobre su alcance.

La disposición final tercera de la LORE, establece:

“La presente Ley tiene carácter de ley orgánica a excepción de los artículos 12, 16.1, 17 y 18, de las disposiciones adicionales primera, segunda, tercera, cuarta, quinta, sexta y séptima, y de la disposición transitoria única, que revisten el carácter de ley ordinaria” (1).

Es decir, el apartado 1 del artículo 16, que es el que reconoce y regula la objeción en el ámbito de la eutanasia, no tiene carácter orgánico. Implícitamente se está desconociendo a la objeción de conciencia el carácter de derecho fundamental derivado del artículo 16.1 de la Constitución.

Sin embargo, sí se reconoce el carácter orgánico al apartado 2 del artículo 16, que es el que regula el registro de profesionales sanitarios objetores. Esto parece una contradicción evidente o un error del legislador, que es, en todo caso cuestionable y de difícil explicación. El reconocimiento del derecho a una nueva la objeción de conciencia no tiene carácter de orgánico y en cambio la regulación de cómo se ejerce ese derecho, sí lo tendría.

La única posibilidad de salvar esta contradicción es interpretar el artículo 16.2 como un desarrollo del derecho a solicitar la prestación de ayuda a morir o el derecho a la eutanasia. El preámbulo de la norma es claro, en este sentido, cuando señala en su apartado I:

“Esta Ley introduce en nuestro ordenamiento jurídico un nuevo derecho individual como es la eutanasia... la eutanasia conecta con un derecho fundamental de la persona constitucionalmente protegido como es la vida, pero que se debe cohonestar también con otros derechos y bienes, 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), la libertad ideológica y de conciencia (art. 16 CE) o el derecho a la intimidad (art. 18.1 CE)” (1).

Así entendido, parece que el carácter orgánico de la norma viene exigido por el artículo 81.1 de la Constitución (2), al regularse el desarrollo del derecho fundamental a la vida, a cómo poner fin a la vida, lo que puede formar parte de este derecho. Así interpretado, sí tendría su razón de ser el carácter orgánico del artículo 16.2. Este artículo se encuentra dentro del capítulo IV dedicado a la *Garantía en el acceso a la prestación de ayuda para morir*. Este es el motivo por el que se justifica la creación del registro de objetores, ya que éste “...tendrá por objeto facilitar la necesaria información a la administración sanitaria para que esta pueda garantizar una adecuada gestión de la prestación de ayuda para morir” (1). En cuanto regula una garantía del derecho a la eutanasia, como parte del derecho a la vida, tendría cierta lógica. Una vez más, la ausencia de una Memoria de Análisis de Impacto Normativo, que acompaña a todo anteproyecto de ley, hubiera despejado cualquier duda, y más si se hubiera contado con el dictamen del Consejo de Estado.

La interpretación de que el derecho a la eutanasia sea parte del derecho a la vida, ha sido recientemente recogida en la Sentencia del Tribunal Supremo nº 141/202, de 04 de febrero de 2021, en la que se pronuncia a favor del reconocimiento de la utilidad pública de la Asociación Derecho a Morir Dignamente, que señala:

“No sería suficiente con que la propia muerte no sea contraria al derecho fundamental a la vida, sino que sería necesario que se integrara en ese derecho, porque solo así cabría concluir que los fines a que se vinculan la actividad asociativa pueden considerarse entre los que se condicionan para la declaración de utilidad pública o, si se quiere y para el caso concreto de

autos, que así se promociona el mencionado derecho. No se trata de que la protección de los poderes públicos, que está ínsita en el derecho fundamental a la vida, comporte un deber de esos poderes de ocasionar la muerte solicitada por las personas --es ese otro debate al que después deberemos hacer referencia--, que ya hemos visto que se rechaza por la Jurisprudencia constitucional, sino que el mero hecho de producir la muerte, como manifestación de la libertad de cada individuo, se incardine en el derecho a la vida; que es una cuestión bien diferente y que sí permite vincular esa intención, que no ejecución, de las personas de ocasionar su muerte la que puede quedar vinculada al derecho a la vida” (32 F.J. 4)

La sentencia no reconoce un derecho a la propia muerte, porque en esos momentos no se había aprobado la LORE, que sí reconoce el derecho a la eutanasia, es decir, a que se aplique la prestación de ayuda para morir.

Se debe señalar, por último, la errónea ubicación del artículo 16 en esta norma, dentro del capítulo dedicado a la “Garantía en el acceso a la prestación de ayuda para morir”, en lugar de haber destinado un capítulo a su regulación, de forma independiente, al tratarse de un derecho fundamental, y resolviendo los problemas que esta mínima regulación sin duda va a provocar.

3.3.3. Quién puede objetar

El artículo 16 de la LORE se refiere a “los profesionales sanitarios directamente implicados en la prestación de ayuda para morir” (1).

Ya se ha hecho referencia que el concepto legal de profesional sanitario es el previsto en la Ley 44/2003, de 21 de noviembre, de ordenación de las profesiones sanitarias (27).

La LORE exige una implicación directa en la prestación de ayuda para morir. En este caso la variedad de profesionales sanitarios implicados es mucho más amplia que el caso del aborto. Prácticamente todas las especialidades de medicina y de enfermería se pueden ver afectadas en esta prestación. En el caso de enfermería de forma especial ya que sería quien aplicaría directamente la prestación, mientras que el médico es quien la prescribiría. Se deben

considerar profesionales implicados directamente los farmacéuticos especialistas responsables de la farmacia hospitalaria, que son, los encargados de preparar los fármacos necesarios para la eutanasia.

Quedarían excluidos de la objeción, de acuerdo con lo establecido en la norma:

- a) Los profesionales no sanitarios.
- b) Los profesionales sanitarios no implicados directamente en la eutanasia.

Debe hacerse una particular referencia al jurista, que, como miembro de la Comisión de Garantía y Evaluación, toma parte activa en el procedimiento para la realización de la prestación de ayuda para morir. Se prevé que formen parte de esta comisión algunos juristas y que cada una de las peticiones de eutanasia las examinen, antes de la citada Comisión, un médico y un jurista. Cabe plantearse si este jurista tiene derecho a la objeción de conciencia. Es evidente que no está reconocido expresamente en la norma, ya que no estamos ante un profesional sanitario. Sin embargo, parece difícil que no encaje este supuesto en el concepto de objeción que da la LORE, en su artículo 3, si suprimimos su carácter sanitario:

“f) «Objeción de conciencia»: derecho individual de los profesionales a no atender aquellas demandas de actuación reguladas en esta Ley que resultan incompatibles con sus propias convicciones” (1).

Sería un caso interesante para su examen por el Tribunal Constitucional, si algún jurista objeta a su participación en este procedimiento.

3.3.4. Los límites del derecho a la objeción

Uno de los límites para el ejercicio de este derecho es que señala el artículo 16 de la LORE es que la objeción “debe manifestarse anticipadamente y por escrito” (1).

La LORE no concreta cuál es la anticipación requerida y, sobre todo, a partir de qué momento debe realizarse la manifestación expresa de su ejercicio. Parece razonable que la interpretación más respetuosa con el carácter de derecho fundamental de la objeción de conciencia sea la de que esta pueda manifestarse hasta el momento de la práctica

concreta de la eutanasia, sin que pueda exigirse que se deba realizar en un momento anterior. No debe haber tampoco inconveniente en que el profesional sanitario manifieste su objeción antes de recibir cualquier petición de eutanasia, e incluso en el momento de recibirla.

También parece que el médico que habitualmente atiende al enfermo, al que la LORE denomina médico responsable, debería acompañar al enfermo en todo el proceso deliberativo que la ley prevé para la aplicación de la eutanasia y, si es el caso, objetar en el momento de su aplicación. Y ello porque en el momento de petición de la eutanasia y en el proceso deliberativo, el paciente debería estar acompañado por su médico habitual, que es quien le conoce y le ha prestado la asistencia, en lugar de que, como consecuencia de la objeción, participe un médico que no haya tratado al paciente.

3.3.5. El registro de profesionales sanitarios objetores a la prestación

La LORE establece la obligación, para las administraciones sanitarias, de crear un registro de profesionales sanitarios objetores de conciencia a realizar la ayuda para morir, en el que se inscribirán las declaraciones de objeción de conciencia para la realización de la misma. No señala cuál es el plazo para la creación de este registro, pero es evidente que, a la fecha de entrada en vigor de la norma, deberían estar creados. Se puede decir que se ha extendido a todas las Comunidades Autónomas lo previsto en la Ley Foral 16/2010, de 8 de noviembre (7), que creó el registro de objetores al aborto en Navarra.

Como se ha señalado más arriba, el Tribunal Constitucional en su sentencia nº 151/2014 ha considerado que esta ley, en este aspecto, se ajusta a lo establecido en la Constitución:

“La creación de un registro autonómico de profesionales en relación con la interrupción voluntaria del embarazo con la finalidad de que la Administración autonómica conozca, a efectos organizativos y para una adecuada gestión de dicha prestación sanitaria, quienes en ejercicio de su derecho a la objeción de conciencia rechazan realizar tal práctica, no está sometida a reserva de ley orgánica, no invade las bases estatales en materia de sanidad, no afecta a las condiciones básicas que han de garantizar la igualdad de todos los españoles en el ejercicio de sus derechos, y su existencia no implica, per se, un límite al ejercicio del derecho

a la objeción de conciencia recogido en el art. 19.2 de la Ley Orgánica 2/2010, ni un sacrificio desproporcionado e injustificado de los derechos a la libertad ideológica e intimidad” (8 F.J. 5).

4. EL DESARROLLO AUTONÓMICO DE LA OBJECIÓN DE CONCIENCIA DE LA LORE

La disposición final segunda de la LORE, establece su título competencial e indica:

“Esta Ley se dicta al amparo del artículo 149.1.1.^ª y 16.^ª de la Constitución Española, que atribuyen al Estado la competencia para 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, y sobre las bases y coordinación general de la sanidad, respectivamente, salvo la disposición final primera que se ampara en la competencia que el artículo 149.1.6.^ª atribuye al Estado sobre legislación penal” (1).

De acuerdo con el artículo 149.1.16 de la Constitución (2), le corresponden al Estado las “bases y coordinación general de la sanidad”. En aplicación de esta norma, la Ley 16/2003, de 28 de mayo, de cohesión y calidad del Sistema Nacional de Salud, establece en su artículo 8:

“La cartera común de servicios del Sistema Nacional de Salud se articulará en torno a las siguientes modalidades:

- a) Cartera común básica de servicios asistenciales del Sistema Nacional de Salud.
- b) Cartera común suplementaria del Sistema Nacional de Salud.
- c) Cartera común de servicios accesorios” (33).

El artículo 13 de la LORE establece que “La prestación de ayuda para morir estará incluida en la cartera común de servicios del Sistema Nacional de Salud y será de financiación pública” (1).

Por tanto, es una prestación que todas las Comunidades Autónomas deben ofrecer y garantizar a los ciudadanos de forma obligatoria. Cómo se debe llevar a cabo esta prestación,

es lo que regula la LORE, con carácter básico, pudiendo ser desarrollada por las Comunidades Autónomas. Todos los Estatutos de Autonomía han atribuido a sus respectivas Comunidades Autónomas las competencias de desarrollo legislativo y ejecución en materia de sanidad y salud pública.

Este es el marco en el que debe contemplarse el mandato que contiene el artículo 16 de la LORE a las Comunidades Autónomas.

En el desarrollo autonómico de esta norma se van abordar cinco cuestiones: la primera, relativa a la creación y al contenido del registro, la segunda a la posibilidad de encomendar a otra entidad la gestión del registros, la tercera sobre la posibilidad de crear lo que se ha denominado un “registro inverso”, la cuarta sobre la inscripción en el registro de las personas jurídicas objetoras o lo que se denomina la objeción de conciencia institucional y por último la objeción de conciencia sobre las Instrucciones Previas y su cabida en el registro.

4.1. LA CREACIÓN DEL REGISTRO Y SUS REQUISITOS

El artículo 16.2 de la LORE regula la creación del registro como una obligación para las Comunidades Autónomas:

“Las administraciones sanitarias crearán un registro de profesionales sanitarios objetores de conciencia a realizar la ayuda para morir, en el que se inscribirán las declaraciones de objeción de conciencia para la realización de la misma y que tendrá por objeto facilitar la necesaria información a la administración sanitaria para que esta pueda garantizar una adecuada gestión de la prestación de ayuda para morir. El registro se someterá al principio de estricta confidencialidad y a la normativa de protección de datos de carácter personal” (1).

En relación con la creación y los requisitos del registro, se abordarán tres cuestiones: el rango normativo de su regulación, el acceso al registro y su dependencia orgánica.

4.1.1. Rango de la norma de creación

Establecida ya la constitucionalidad de este tipo de registros por la sentencia del Tribunal Constitucional nº 151/2014 (8), cabe plantearse cuál debe ser el rango normativo más adecuado para que debe crear y regular el registro. El Tribunal Constitucional no se ha pronunciado sobre este aspecto, señalando sólo que:

“Hemos dicho que lo que está constitucionalmente reservado a la ley orgánica es la regulación de determinados aspectos esenciales para la definición del derecho, la previsión de su ámbito y la fijación de sus límites en relación con otras libertades constitucionalmente protegidas” (8 F.J. 4).

Como consecuencia, la sentencia concluye que “la creación de un registro autonómico de profesionales en relación con la interrupción voluntaria del embarazo con la finalidad de que la Administración autonómica conozca, a efectos organizativos y para una adecuada gestión de dicha prestación sanitaria... no está sometida a reserva de ley orgánica” (8 F.J. 5).

La Comunidad Foral de Navarra optó por una norma con rango de ley para regular este registro, la Ley Foral 16/2010, de 8 de noviembre (7), sin que en su exposición de motivos se justifique esta elección, frente a la posibilidad de haber aprobado el registro por Decreto.

Es doctrina del Tribunal Constitucional, que los derechos fundamentales no pueden ser objeto de otros límites que los estrictamente necesarios para la garantía de otras legítimas exigencias como han señalado las “Sentencias 159/1986, de 16 de diciembre, 20/1990, de 15 de febrero, 81/1998, de 2 de abril, y 141/2000, de 29 de mayo” (8 Voto particular 32). El registro es un límite al ejercicio de este derecho, que por estar incluido en el artículo 16.1 de la Constitución, “se garantiza la libertad ideológica, religiosa y de culto” (2). debe ser desarrollado, en sus aspectos esenciales por Ley orgánica, conforme a lo que establece el artículo 81 del mismo texto legal. Por ello, el artículo 16.2 tiene el carácter de orgánico, según la disposición final tercera de la LORE, introduciendo así la limitación al ejercicio del derecho a la objeción de conciencia que supone inscribirse en un registro, en una ley orgánica. Establecida esta limitación con este rango normativo, la organización y desarrollo del registro queda en manos de las Comunidades Autónomas. Se cumple así la reserva de ley orgánica establecida en la Constitución. Solo queda señalar que el desarrollo autonómico del registro no podrá introducir nuevas limitaciones, distintas a la establecidas en la LORE, al ejercicio del derecho a la objeción de conciencia, deviniendo estas en inconstitucionales si se aprobaran.

Establecido esto, puede decirse que no hay ningún precepto al que pueda acudir para decidir cuál debe ser el rango normativo de la regulación del registro.

Desde el punto de vista práctico es importante considerar el tiempo de tramitación y aprobación de una norma de desarrollo de la LORE, a la luz de su *vacatio legis*. Su disposición final cuarta señala que entrará en vigor a los tres meses de su publicación en el «Boletín Oficial del Estado» (1).

Si se tiene en cuenta que los plazos para la tramitación de un anteproyecto de normas con rango de ley, por ejemplo, en la Comunidad de Madrid, de acuerdo con lo que dispones Decreto 52/2021, de 24 de marzo, del Consejo de Gobierno, por el que se regula y simplifica el procedimiento de elaboración de las disposiciones normativas de carácter general en la Comunidad de Madrid (34), y a esto le sumamos su tramitación parlamentaria en la Asamblea, fácilmente el plazo no resultaría inferior a un año.

Descartado, por motivos de tiempo, el rango legal, hay que examinar los plazos para la elaboración y aplicación de un decreto. Para ello hay que combinar lo establecido en el artículo 4 del Decreto 52/2021, de 24 de marzo (34) con el procedimiento de urgencia previsto en su artículo 11. Esto daría el resultado, teniendo en cuenta todos los trámites preceptivos, de 50 días hábiles, lo que haría posible tramitar y aprobar un decreto que regulara el registro dentro de los tres meses hasta la entrada en vigor de la norma, al menos en la Comunidad de Madrid. En este caso, a fecha de 25 de julio de 2021, no se ha publicado el Decreto en la Comunidad de Madrid.

Si tenemos en cuenta lo que han hecho otras Comunidades Autónomas y cuyas normas de creación y regulación del registro se encuentran en consulta pública o en información pública, todas las disponibles han optado por el rango de Decreto, excepto Cataluña, como se pueden citar los que están accesibles en la web (a fecha de 20/6/2021):

- Castilla y León: Proyecto de decreto por el que se crea el registro de profesionales sanitarios objetores de conciencia para la prestación de ayuda a morir en Castilla y León (35).
- Principado de Asturias Proyecto de decreto /2021, por el que se establece la Comisión de Garantía y Evaluación del Principado de Asturias prevista en la Ley Orgánica 3/2021, de 24 de

marzo, de regulación de la eutanasia, y se crea el Registro de profesionales sanitarios objetores de conciencia del Servicio de Salud del Principado de Asturias (36).

- Aragón: Proyecto de decreto por el que se crean y regulan la Comisión de Garantía y Evaluación y el Registro de profesionales sanitarios objetores de conciencia a realizar la ayuda para morir (37).

- Andalucía: Proyecto de decreto por el que se crea el Registro de profesionales sanitarios objetores a la eutanasia y la Comisión de Garantías y Evaluación (38).

- La Rioja: Proyecto de decreto que regula la Comisión de Garantía y Evaluación de La Rioja y Registro de profesionales sanitarios objetores de conciencia a realizar la prestación sanitaria de ayuda médica a morir (39).

El rango de decreto parece, pues, suficiente para la creación y regulación de un registro administrativo, que incide de alguna manera en el ejercicio de un derecho fundamental, cómo puede considerarse la objeción de conciencia, pero que no incide en el núcleo esencial de ese derecho.

Sin embargo, Cataluña ha optado por un rango normativo superior, y ha aprobado el Decreto Ley 13/2021, de 22 de junio, por el que se regula la Comisión de Garantía y Evaluación de Cataluña y el Registro de profesionales sanitarios objetores de conciencia, en desarrollo de la Ley orgánica 3/2021, de 24 de marzo, de regulación de la eutanasia (5).

La justificación que da la propia exposición de motivos de la norma es el escaso plazo de tres meses para desarrollar la LORE:

“Todo lo expuesto determina que sea imprescindible aprobar de forma inmediata este Decreto ley para la consecución de los objetivos que plantea la situación descrita con la celeridad que requiere el plazo fijado por la Ley orgánica 3/2021, de 24 de marzo, de regulación de la eutanasia, objetivo que no podría ser alcanzado mediante la tramitación de un procedimiento normativo ordinario.

De acuerdo con el artículo 38 de la Ley 13/2008, de 5 de noviembre, de la Presidencia de la Generalidad y del Gobierno, el Gobierno puede dictar disposiciones legislativas provisionales, bajo la forma de decreto ley, en caso de una necesidad extraordinaria y urgente. En este caso, la necesidad es disponer de los medios necesarios para hacer efectivo el derecho establecido

en la Ley orgánica 3/2021, de 24 de marzo, de regulación de la eutanasia, cuando esta entre en vigor (5).”

Sin embargo, la propia norma reconoce implícitamente que el rango de ley se le ha otorgado únicamente para su aprobación por motivos de urgencia, y que el rango reglamentario es el más adecuado para regular estas materias. En una más que dudosa técnica normativa, su Disposición adicional primera señala:

“Las previsiones de lo que se dispone en este Decreto ley tienen rango reglamentario a los efectos de su modificación, su despliegue y su derogación” (5).

En la práctica está otorgando rango reglamentario a esta norma, ya que se puede modificar por un decreto del Consejo de Gobierno de la Generalidad de Cataluña.

Como conclusión se puede decir que el rango de decreto es el más adecuado para la creación y regulación del registro, de acuerdo con el orden constitucional de distribución de competencias, y el tiempo previsto en la LORE para su entrada en vigor.

4.1.2. Acceso al Registro

La segunda cuestión que cabe plantearse es quién debe acceder al registro, o lo que es lo mismo, su confidencialidad. El artículo 16.2 de la LORE habla de que “El registro se someterá al principio de estricta confidencialidad y a la normativa de protección de datos de carácter personal” (5).

La confidencialidad del registro es algo que se planteó por los demandantes en relación con el registro de la Comunidad Foral de Navarra en la Sentencia del Tribunal Constitucional nº 151/2014:

“Su creación (del registro) puede convertirse “en un elemento de coacción que puede llegar a impedir, por el temor a represalias o discriminaciones, el libre ejercicio del derecho a la libertad de conciencia que reconoce el art. 16.1 CE, por lo que debe ser considerado contrario al principio de proporcionalidad, al existir otras medidas menos onerosas para el derecho e igualmente idóneas para la finalidad pretendida, sin que exista justificación suficiente para el

sacrificio del derecho fundamental que supone la creación del Registro de objetores”. En este sentido, los recurrentes aducen literalmente que se está elaborando “una lista negra” de determinados profesionales cuyo único “delito” ha sido ejercer un derecho fundamental que les reconoce la Constitución” (8 F.J. 1).

En su voto particular a esta sentencia, el magistrado Andres Ollero, se hizo eco de este temor:

“Es obvio que la existencia de un registro de este innecesario alcance, no imprescindible para garantizar las prestaciones legalmente previstas, genera en los profesionales objetores un fundado temor a que de ello derive un riesgo de discriminación que afecte a su carrera profesional. La figura del registro va habitualmente vinculada a la publicidad de los datos. Pese a la confidencialidad en este caso prevista, puede valer como anécdota que un medio de comunicación haya alabado la existencia del registro por entender que la objeción es una “opción que no debería escudarse en el anonimato”. No se trataría pues tanto de garantizar una prestación sino de conocer quién objeta y por qué” (8 Voto particular 4).

La sentencia declaró parcialmente inconstitucional el artículo 5 de la ley foral citada, con estos argumentos:

“Y ello, porque el derecho a la protección de los datos de carácter personal, que se deriva del art. 18.4 CE, garantiza a los individuos un poder de disposición sobre sus datos personales “que impone a los poderes públicos la prohibición de que se conviertan en fuentes de esa información sin las debidas garantías; y también el deber de prevenir los riesgos que puedan derivarse del acceso o divulgación indebidas de dicha información” (8 F.J. 7).

La Ley Foral establecía, un acceso al registro demasiado amplio, a juicio del Tribunal, cuya regulación inicial era la siguiente:

“Artículo 5. Acceso al Registro.

Podrán acceder al Registro, en el ámbito de sus competencias, las personas titulares de la Dirección del Centro, de las direcciones médicas y de las direcciones de enfermería de los hospitales del Servicio Navarro de Salud- Osasunbidea. Asimismo, podrán acceder aquellas personas que autorice expresamente la persona titular de la Gerencia del Servicio Navarro de Salud- Osasunbidea, en ejercicio legítimo de sus funciones y, por otra parte, el propio interesado o su representante en lo que se refiere, en este caso, a sus propios datos” (7).

La sentencia anuló el inciso “...podrán acceder aquellas personas que autorice expresamente la persona titular de la Gerencia del Servicio Navarro de Salud-Osasunbidea, en ejercicio legítimo de sus funciones...” (7).

Poco ha servido esta garantía de la Constitución, o al menos así se ha percibido por los potenciales objetores, que no han hecho apenas uso del registro desde su creación (hay un escaso número de objetores inscritos), pudiendo concluir que, desde el punto de vista práctico ha sido un rotundo fracaso (40).

Andrés Ollero dedica la última parte de su voto particular a analizar el factor sociológico y se refiere a este fracaso, señalando: “según reciente información de prensa el número de profesionales inscritos, al cabo de cuatro años, es de uno solo, aunque informaciones procedentes del colegio de médicos estiman que pueden llegar a ser tres; todo ello en una Comunidad Autónoma en la que la masiva objeción venía obligando a derivar la práctica de abortos a otras Comunidades cercanas, hasta que la reciente instalación de un centro privado —con el que se ha firmado convenio— lo ha hecho innecesario” (8, voto particular 8).

Estos son los antecedentes que han hecho que el artículo 16.2 someta al registro “*al principio de estricta confidencialidad y a la normativa de protección de datos de carácter personal.*”

El registro de objetores a la eutanasia ha provocado el mismo rechazo, especialmente entre la profesión médica y la farmacéutica (41), volviendo a reproducir los mismos argumentos ya expuestos con anterioridad.

Con independencia de la constitucionalidad ya declarada de este tipo de registros, habrá que examinar detalladamente la normativa autonómica que los crea y regula, a la luz de la nueva normativa en materia de protección de datos: 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 (42) y la Ley Orgánica 3/2018, de 5 de diciembre, de Protección de Datos Personales y garantía de los derechos digitales (43).

Conviene perder de vista cuál es la finalidad del registro, indicada en el artículo 16.2 de la LORE,: “tendrá por objeto facilitar la necesaria información a la administración sanitaria para que esta pueda garantizar una adecuada gestión de la prestación de ayuda para morir” (1).

Esta finalidad puede arrojar algo de luz sobre quiénes pueden acceder al registro de objetores de conciencia a la prestación de ayuda a morir: los que sean estrictamente necesarios para garantizar la prestación de ayuda para morir, dado que estamos ante una prestación de la cartera básica del Sistema Nacional de Salud que debe ofertarse en todas las Comunidades Autónomas.

La Ley Foral (7) señala, en su artículo 5, quienes podrán acceder al registro: la Dirección del Centro, las direcciones médicas y las direcciones de enfermería de los hospitales del Servicio Navarro de Salud- Osasunbidea.

La organización de las prestaciones del Sistema Nacional de Salud corresponde a los servicios de salud de las comunidades autónomas, de acuerdo con lo establecido en la Ley 14/1986, de 25 de abril, General de Sanidad (44), artículos 49 y siguientes, y en la Ley 16/2003, de 28 de mayo, de cohesión y calidad del Sistema Nacional de Salud (33), artículo 7 y siguientes. Los distintos Estatutos de Autonomía, como ya se ha señalado, han asumido las competencias de desarrollo legislativo y ejecución en materia de salud.

Teniendo en cuenta lo anterior, se pueden establecer tres grupos de personas que tendrán acceso al registro:

a) En primer lugar los organizadores de la prestación sanitaria de ayuda para morir en el conjunto de la Comunidad Autónoma. Estos responsables deben conocer en qué centros sanitarios existen profesionales que no hayan ejercido el derecho a la objeción de conciencia y pueden llevar a cabo esta prestación. En caso contrario, y como debe ofertarse en todas las Comunidades Autónomas, se deberá concertar su prestación con centros privados, como ha sucedido con el aborto. Parece justificado que el Director o Director-Gerente, y los Directores Generales encargados de las prestaciones sanitarias del correspondiente Servicio de Salud de cada comunidad autónoma tengan acceso al registro.

b) En segundo lugar, parece también justificado que los responsables de cada centro hospitalario, que son quienes organizan las prestaciones que oferta ese centro, tengan también acceso al registro, es decir el director del centro y los directores medios y de enfermería. En el caso de la atención primaria, donde también puede llevarse a cabo esta prestación, estaría justificado que los directores y los directores médicos y de enfermería, de

las demarcaciones territoriales en que se divida a la atención primaria en cada Comunidad Autónoma, puedan tener acceso al registro.

c) Por último, cabe plantearse un tercer grupo de personas con acceso al registro, que serían en el caso de los centros hospitalarios los jefes de servicio, y en el caso de atención primaria los directores de cada centro de salud. Dependiendo de su implicación en la organización de la prestación de ayuda para morir puede plantearse o no su acceso. En este caso, y tenido en cuenta el principio de estricta confidencialidad establecido por la LORE, parece que el número de personas con acceso debe ser lo más restringido posible. Para la realización de esta prestación bastaría comunicar a las personas de este bloque quienes sí están disponibles para realizar esta prestación.

Por último, se debe hacer notar que, a pesar de la estricta confidencialidad del registro, no puede ocultarse que en la praxis diaria de la asistencia sanitaria los profesionales van a acabar conociendo quiénes pueden realizar esta prestación y quienes no la van a realizar, al menos dentro del mismo servicio, por lo que, es opinión de ellos profesionales consultados, toda la protección jurídica de la confidencialidad puede verse mermada por la vía de los hechos.

Se puede, pues, concluir que el acceso al registro debe limitarse a las personas que tengan entre sus funciones la organización de la prestación de ayuda para morir. Esto incluye los titulares de los órganos directivos de los Servicios de Salud de las Comunidades Autónomas que tengan atribuidas estas competencias, así como los órganos directivos de cada centro sanitario, sea público o privado. En todo caso otro límite que habrá que observar es que sólo se podrá acceder a la declaración de objeción de conciencia de los profesionales sanitarios que estén sometidos a dependencia jerárquica o funcional de las personas que accedan al registro.

4.1.3. Dependencia orgánica del Registro

Otra cuestión que se plantea derivada del artículo 16.2 es la dependencia orgánica del registro. El propio artículo establece que “las administraciones sanitarias crearán un registro de profesionales sanitarios objetores de conciencia” (1).

La cuestión que se plantea ahora es de qué órgano administrativo concreto debe depender el registro, o, dicho de otra forma, quien debe ser el órgano responsable de gestionarlo.

Hay que tener en cuenta que en el registro deben inscribirse tanto los profesionales sanitarios dependientes del servicio público de salud de la Comunidad Autónoma como los profesionales sanitarios dependientes de los centros sanitarios privados.

Se ha planteado la posibilidad de que los profesionales dependientes del servicio público de salud inscriban su objeción en este registro, mientras que los que prestan sus servicios en centros sanitarios privados lo realicen en el colegio profesional al que obligatoriamente deben estar inscritos. La ley habla de un único registro, y ya que el aforismo jurídico señala *Ubi lex non distinguit, nec nos distinguere debemus*, debe entenderse que la LORE opta por un registro único para todos los profesionales.

Existen varias posibilidades, en cuanto a la dependencia del registro, al menos desde el punto de vista teórico:

a) La primera de ellas es hacer depender el registro de la dirección general competente en materia de recursos humanos del Servicio de Salud de cada Comunidad Autónoma, dado que es algo que afecta directamente a los profesionales sanitarios. Si bien esta solución es coherente con las funciones que este tipo de órganos desempeñan con respecto al personal dependiente de los mismos Servicios de Salud, no es plenamente satisfactoria ya que sus competencias se refieren únicamente a estos profesionales del sistema público (sometidos normalmente al régimen estatutario, o laboral en el caso de Navarra) y no a los dependientes de los centros privados. Es decir, nos encontramos un órgano incompetente con respecto a los profesionales dependientes de centros sanitarios privados, por lo que esta solución no parece aceptable. No obstante, esta es la opción que ha elegido la Generalidad de Cataluña en el Decreto Ley 13/2021, de 22 de junio (5), cuyo artículo 23 establece que “El soporte técnico al registro corresponde al órgano competente en materia de profesionales de la salud, del departamento competente en materia de salud.” Aquí se inscribirán los profesionales objetores de los centros públicos y de los centros privados.

b) La segunda posibilidad es hacer depender este registro de aquellos órganos administrativos que tienen competencia en materia de ordenación de las profesiones sanitarias, en las distintas comunidades autónomas. Estos órganos se encuentran dentro de la Consejería de

Sanidad, pero fuera del Servicio de Salud dependiente de la misma. La objeción de conciencia pudiera tener relación con la ordenación de las profesiones sanitarias, sin embargo, si atendemos al fin del registro, garantizar una adecuada gestión de la prestación, se puede concluir que no es este el lugar más adecuado para su ubicación.

c) Una tercera opción, que figura algunas de las normas autonómicas sometidas a información pública a las que hemos hecho referencia (por ejemplo, en el proyecto de decreto de Aragón), es la de no mencionar cuál es el órgano administrativo del que depende el registro, con lo que éste dependería directamente de la Consejería de Sanidad, o bien se concretaría en una norma posterior, como es por ejemplo la que establezca la Estructura Orgánica de la Consejería. Esta opción no parece muy acorde con el principio de seguridad jurídica, ni tampoco muy garante de la confidencialidad del registro (se desconoce quién es el que debe gestionarlo y garantizar esta confidencialidad). Debería concretarse en la propia norma de creación, quién es el órgano responsable del registro y de la confidencialidad de los datos.

d) Por último, la cuarta propuesta es hacer depender este registro del órgano administrativo competente en materia de ordenación sanitaria, es decir del órgano responsable de autorizar los centros, establecimientos y servicios sanitarios, en aplicación del Real Decreto 1277/2003, de 10 de octubre, por el que se establecen las bases generales sobre autorización de centros, servicios y establecimientos sanitarios, y de llevar el registro de estas entidades. Los centros, establecimientos y servicios sanitarios, tanto públicos como privados están sometidos a autorización administrativa, artículo 3 del citado decreto, donde se concretará la actividad sanitaria que pueden desarrollar y las prestaciones que pueden ofrecer.

La eutanasia está regulada en la LORE como una prestación de ayuda para morir, que podrá prestarse tanto en centros públicos como privados, siempre que cuenten con los medios humanos y materiales para prestarla. Por eso, parece éste el sitio más adecuado para ubicar este registro. Aunque pudiera parecer que la objeción sanitaria es algo personal del profesional sanitario y que se realiza en el ejercicio del derecho a la libertad de pensamiento, el fin del registro es la garantía de esta prestación sanitaria.

Puede, por tanto, concluirse que parece más adecuado que el órgano competente para autorizar los centros sanitarios y su actividad, sean públicos o privados el que deba conocer si

se cuenta con personal que no haya ejercido el derecho a la objeción de conciencia. Parece por tanto más adecuada esta opción que es la que han seguido algunas de las comunidades autónomas (Castilla y León, Madrid).

En conclusión, puede decirse que lo más razonable, teniendo en cuenta la distribución de competencias entre los distintos centros directivos de una consejería de sanidad/salud, y los profesionales que se van a inscribir, es que el registro dependa del órgano directivo que tenga atribuidas las competencias en materia de ordenación sanitaria, no de ordenación profesional ni de recursos humanos.

4.2. ENCOMIENDA DE GESTIÓN DEL REGISTRO

La cuestión que se plantea en este epígrafe es la posibilidad de que la gestión del registro corresponda a otra entidad distinta de la Comunidad Autónoma, manteniendo ésta su titularidad. La regulación del registro del artículo 16 de la LORE no impide que ésta pueda ser completada por las normas de desarrollo de las comunidades autónomas, al tratarse de un precepto que tiene carácter básico, como el resto de la LORE.

La titularidad del registro corresponder a cada Comunidad Autónoma, pero se podría plantear la posibilidad de que esta gestión pueda ser llevada a cabo por otra entidad, en concreto por otra administración pública mediante alguna de las técnicas de alteración de la competencia que regula la Ley 40/2015, de 1 de octubre, de Régimen Jurídico del Sector Público (45). En concreto se plantea la posibilidad de que la gestión del registro se lleve a cabo por los colegios profesionales sanitarios afectados (medicina, enfermería, farmacia) mediante la figura jurídica de la encomienda de gestión, regulada en el artículo 11 de la norma citada:

“1. La realización de actividades de carácter material o técnico de la competencia de los órganos administrativos o de las Entidades de Derecho Público podrá ser encomendada a otros órganos o Entidades de Derecho Público de la misma o de distinta Administración, siempre que entre sus competencias estén esas actividades, por razones de eficacia o cuando no se posean los medios técnicos idóneos para su desempeño.”

La justificación es doble:

- La colegiación para el ejercicio de una profesión sanitaria es obligatoria en nuestro ordenamiento jurídico, Ley 2/1974, de 13 de febrero, sobre Colegios Profesionales (46), artículo 1º, y leyes de colegios profesionales autonómicas. Todos los profesionales sanitarios, en ejercicio, están colegiados y su vinculación en materias relativas a la ordenación de las profesiones sanitarias es bastante mayor con su respectivo colegio que con la administración pública o el centro privado del que dependen. Esto puede facilitar al profesional que realice la objeción objete en su propio colegio. Además, no se diferenciaría entre profesionales sanitarios dependientes de centros públicos o privados.

- A raíz de la aprobación de la Ley Orgánica 2/2010, de 3 de marzo (6), algunos colegios de las profesiones sanitarias han habilitado formularios para realizar la objeción de conciencia, reciben estas objeciones, e incluso han creado sus propios registros de objetores (47). Se trataría de aprovechar una realidad ya existente para facilitar a los profesionales el ejercicio de este derecho.

Cabe plantearse si esta posibilidad se ajusta a lo establecido en el ordenamiento jurídico.

a) Por lo que se refiere a lo dispuesto en el citado artículo 11 de la Ley 40/2015, de 1 de octubre (45), podemos señalar que:

- Se trata de una actividad de carácter material, como es la gestión de un registro.

- Los colegios profesionales son administraciones públicas, tal como los define la Ley 2/1974, de 13 de febrero, sobre Colegios Profesionales, en su artículo 1.1: “Los Colegios Profesionales son Corporaciones de derecho público, amparadas por la ley y reconocidas por el Estado, con personalidad jurídica propia y plena capacidad para el cumplimiento de sus fines” (46).

- Entra dentro de las competencias de los colegios profesionales, a los que el artículo 3.i de la Ley 2/1974, de 13 de febrero, atribuye la función de “Ordenar en el ámbito de su competencia, la actividad profesional de los colegiados, velando por la ética y dignidad profesional y por el respeto debido a los derechos de los particulares y ejercer la facultad disciplinaria en el orden profesional y colegial” (46).

- La encomienda de gestión no supone cesión de la titularidad del registro, que se mantiene en la Consejería de Sanidad respectiva.

- Al realizarse la encomienda de gestión se realice entre distintas administraciones públicas, se formalizará mediante un convenio que deberá ser publicado en el en el Boletín oficial de la Comunidad Autónoma.

b) Por lo que se refiere a la normativa en materia de protección de datos, 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 (42) y la Ley Orgánica 3/2018, de 5 de diciembre, de Protección de Datos Personales y garantía de los derechos digitales (43), cabe examinar brevemente si esta encomienda de gestión afectaría a su contenido.

El artículo 11.2.2 de la Ley 40/2015, de 1 de octubre, señala, a este efecto que:

“En todo caso, la Entidad u órgano encomendado tendrá la condición de en-cargado del tratamiento de los datos de carácter personal a los que pudiera tener acceso en ejecución de la encomienda de gestión, siéndole de aplicación lo dispuesto en la normativa de protección de datos de carácter personal” (45).

Es decir, que el responsable del tratamiento de dichos datos recogidos por los Colegios Profesionales, seguiría siendo la Consejería de Sanidad respectiva, que sería la entidad encomendada.

La legitimidad de este tratamiento está basada en una de las habilitaciones recogidas en el Reglamento 2016/679, en concreto en su artículo 6.1.c): “el tratamiento es necesario para el cumplimiento de una obligación legal aplicable al responsable del tratamiento”, y en su artículo 9.2 h): “gestión de los sistemas y servicios de asistencia sanitaria y social” (42).

Adicionalmente, se cumple lo establecido en la Ley Orgánica 3/2018, de 5 de diciembre (43), que determina en su artículo 8 que estas bases de legitimación sobre un tratamiento deben venir respaldadas en una norma con rango de ley.

Por último, hay que tener en cuenta los requisitos que la propia Ley Orgánica 3/2018, de 5 de diciembre, señala en su disposición adicional primera, relativa a las medidas de seguridad en el ámbito del sector público: “En los casos en los que un tercero preste un servicio en régimen de concesión, encomienda de gestión o contrato, las medidas de seguridad se corresponderán

con las de la Administración pública de origen y se ajustarán al Esquema Nacional de Seguridad” (43).

En conclusión, y conforme la normativa analizada, esta encomienda podría realizarse por ser conforme a derecho.

Como antecedente se puede citar el Real Decreto 1091/2015, de 4 de diciembre, por el que se crea y regula el Registro Estatal de Enfermedades Raras, que prevé en su artículo 4.2: “La gestión del registro se podrá encomendar al Instituto de Salud Carlos III, a través del Instituto de Investigación de Enfermedades Raras, en cuyo caso se encargará del tratamiento de los datos de acuerdo con la normativa vigente” (48).

Esta encomienda, que afecta a datos especialmente protegidos como son los relativos a la salud de las personas, se ha realizado mediante un Convenio entre el Ministerio de Sanidad y el Instituto de Salud Carlos III, para la custodia y gestión del Registro Estatal de Enfermedades Raras (49).

En conclusión, puede afirmarse que la gestión del registro puede atribuirse a los colegios de las profesiones sanitarias directamente implicadas en esta prestación, mediante una encomienda de gestión, lo que sería conforme al ordenamiento jurídico, y podría facilitar a los profesionales sanitarios el ejercicio del derecho a la objeción de conciencia.

4.3. EL REGISTRO INVERSO

Ante el rechazo de los profesionales sanitarios para inscribirse en un registro de objeción de conciencia, puesto de manifiesto en el escaso número de objetores inscritos en el registro de la Comunidad Foral de Navarra, se plantea la posibilidad de sustituir el registro previsto en el artículo 16 de la LORE por otro registro diferente, menos gravoso para los profesionales y que cumpliera la misma finalidad.

Para ello hay que tener en cuenta que la LORE no contempla un plazo para la creación del registro. Podría suceder que una Comunidad Autónoma no lo crease, incumpliendo el mandato normativo de la LORE. En este caso, al formar parte el derecho a la objeción de

conciencia del contenido del derecho fundamental a la libertad ideológica y religiosa reconocido en el art. 16.1 de la Constitución (2) que existe y puede ser ejercido con independencia de que se haya regulado, como ha indicado el Tribunal Constitucional en la Sentencia 53/1985, de 11 de abril (13), podría ejercerse por los profesionales sanitarios, sin necesidad de que exista el registro, y sin que se les cause indefensión o perjuicio a éstos. Podrían manifestar su objeción de conciencia en el colegio profesional al que pertenezcan o en su lugar de trabajo, sin que por el hecho de que no exista el registro este derecho se vea menoscabado y no deba ser respetado. De hecho, es lo que va a suceder en casi todas las Comunidades Autónomas, que no van a poder aprobar la norma de creación de registro debido al breve plazo de *vacatio legis* de la LORE, que es de tres meses. En definitiva, la creación del registro no es un requisito indispensable para que los profesionales sanitarios puedan ejercer su objeción de conciencia.

Teniendo esto en cuenta, se plantea la cuestión de qué instrumento se puede utilizar para garantizar el mismo fin que el artículo 16.2 atribuye al registro que es “garantizar una adecuada gestión de la prestación” (1). Una posibilidad es la creación del llamado registro inverso. Veamos en qué consiste esta posibilidad y dónde se fundamenta. La base de esta propuesta radica, una vez más, en el carácter de prestación sanitaria que la LORE le da a la eutanasia. De lo que se trata es de garantizar que la prestación sanitaria de ayuda para morir se oferta a los ciudadanos en todas las Comunidades Autónomas.

Para ofertar cualquier prestación sanitaria, por ejemplo, trasplantes cardíacos, neurocirugía, operaciones de traumatología, se requiere:

- Contar con los medios humanos adecuados por haber cursado una determinada especialidad sanitarias (formación sanitaria especializada vía MIR, EIR, etc.) o bien haber sido formado en técnicas o habilidades que capaciten para la realización de esa prestación.
- Contar con los medios materiales requeridos (quirófanos, instrumental, máquinas, robots, etc.).

Un determinado centro sanitario solo podrá ofertar y realizar una prestación sanitaria si dispone de los medios humanos y materiales necesarios. Aplicado esto a la prestación de ayuda para morir, uno de los requisitos para realizarla es contar con los profesionales necesario que no hayan manifestado su objeción. Resulta algo equiparable a la situación de

las interrupciones voluntarias del embarazo, que sólo se pueden realizar en un centro sanitario si se cuenta con los profesionales no objetores necesarios. Si no se cuenta con ellos, no se oferta esta prestación.

En este caso se trataría de saber si se cuenta con los profesionales no objetores a la eutanasia necesarios para aplicar la prestación de ayuda para morir. Estos se inscribirían en el denominado registro inverso, que serviría para la misma finalidad que el registro de objetores, garantizar la organización de la prestación.

La naturaleza jurídica de este registro sería totalmente diferente de la del registro previsto en el artículo 16.2 de la LORE ya que el registro de objetores supone el ejercicio de un derecho constitucional y por lo tanto está sometido a determinadas garantías. El registro inverso sería un registro, un fichero, o un mero listado de carácter profesional, para organizar las prestaciones del centro sanitario. Los distintos centros sanitarios tendrían información de qué profesionales están capacitados, porque no hayan actualizado la objeción de conciencia, para realizar la prestación de ayuda para morir.

En este sentido podría no estar sometido a las mismas garantías que el registro de la LORE, aunque qué duda cabe que se pueden aplicar a este registro los mismos temores o inconvenientes que los profesionales sanitarios han señalado para el registro de objetores. Por ello, parece conveniente, en el caso de que se opte por este registro, que se someta a las garantías de confidencialidad previstas en la normativa de protección de datos, teniendo en cuenta que no se trata del ejercicio de un derecho constitucional. Debe entenderse que este registro inverso no tiene carácter público y su acceso debería estar justificado únicamente con los fines de organización de la prestación, y restringido a las mismas personas a las que hemos hecho referencia al hablar del acceso al registro de objetores de conciencia.

Por último, señalar que este registro podría ser compatible con el registro de objetores, ya que podría ser un registro complementario, que podría facilitar que los profesionales sanitarios no tuvieran que objetar para no realizar la prestación de ayuda para morir, y que la prestación estuviera organizada en base a los profesionales sanitarios que la van a aplicar.

Por tanto, la creación de este registro inverso no supondría ningún inconveniente desde el punto de vista jurídico y sería compatible con el registro del artículo 16.2 de la LORE, e incluso complementario.

La opción de sustituir un registro por otro no puede aceptarse, ya que supondría el incumplimiento del mandato de la LORE.

4.4. LA OBJECCIÓN DE CONCIENCIA INSTITUCIONAL

Mayor dificultad plantea la cuestión de la llamada objeción de conciencia institucional, o de las personas jurídicas. ¿Cabría su inscripción en el registro de objetores previsto en el artículo 16 de la LORE?

Ni en la Constitución (2) ni en el resto de nuestro ordenamiento jurídico ha sido regulada y reconocida la objeción de conciencia sanitaria de las personas jurídicas, ni ha tampoco ha sido reconocida por el Tribunal Constitucional.

No es el caso de otros países, donde por vía jurisprudencial se ha reconocido este supuesto, como recoge NAVARRO-VALLS (50).

En Chile, hay dos sentencias del Tribunal Constitucional en este sentido. La primera, de 21 de agosto de 2017, el Tribunal Constitucional, en el marco de la discusión sobre la ley de aborto, analizó la posibilidad de que las instituciones pudieran objetar en conciencia y consideró que “la objeción de conciencia, en la forma planteada por el proyecto de ley (...), debe entenderse amparada por la dignidad de las personas que, individualmente o proyectada en su asociación con otros, se niegan a practicar cierto tipo de actuaciones, por razones éticas, morales, religiosas, profesionales, u otras de señalada relevancia” (51).

En la sentencia de 18 de enero de 2021 señaló que “la objeción de conciencia institucional no puede ser objeto de condiciones o requisitos legales que impidan su libre ejercicio”. Se refería a instituciones sanitarias privadas que hubieran firmado con el Ministerio de Salud convenios que contemplen prestaciones de obstetricia y ginecología que por su naturaleza comprendan atenciones a la práctica del aborto en sus instalaciones. Sobre esto, se señala que “la firma de un convenio de salud solo implica una transferencia respecto a un determinado quehacer y no a un cierto modo de ser, en que se comunique a los privados la imposibilidad que pesa sobre el Estado de aducir una eximente. De aceptar la ejecución de determinadas acciones de

salud no se sigue que tenga que aceptar otras, renunciando con ello a su identidad y al derecho a apelar a la objeción de conciencia constitucional” (50).

En cuanto a Estados Unidos, ya ha sido reconocida la libertad religiosa de las instituciones y su derecho a objetar en conciencia. La sentencia *Burwell v. Hobby Lobby*, de 2011 (52), determinó que una empresa estadounidense podía negarse a pagar servicios del sistema de salud contrarios a sus convicciones en el seguro de sus empleados, con base en el “Religious Freedom Restoration Act (RFRA). Entre las consideraciones más importantes de la sentencia está la siguiente: “El texto del RFRA’s muestra que el Congreso diseñó el estatuto para otorgar una amplia protección de la libertad religiosa (...) Utilizó la ficción legal común de incluir a las corporaciones dentro de la definición de personas del RFRA’s, pero el propósito de extender los derechos a las corporaciones es proteger los derechos de las personas asociadas con la corporación”.

Esta jurisprudencia fue confirmada con la sentencia *Little Sisters of the Poor v. Pensilvania* de julio de 2020 (53), donde el Tribunal Supremo afirmó: “Nosotros sostenemos que los Departamentos encargados de administrar el Affordable Care Act tienen la autoridad para otorgar excepciones a los requisitos de la regulación de los contraceptivos para empleadores con objeciones religiosas y de conciencia”. De esta manera, se confirman los argumentos de la sentencia de 2011 (51).

En el ámbito europeo hay que citar la Resolución núm. 1.763 del Consejo de Europa sobre la objeción de conciencia sanitaria señala que:

“1. Ninguna persona, hospital o institución será coaccionada, considerada civilmente responsable o discriminada debido a su rechazo a realizar, autorizar, participar o asistir en la práctica de un aborto, la realización de un aborto involuntario o de emergencia, eutanasia o cualquier otro acto que cause la muerte de un feto humano o un embrión, por cualquier razón” (55).

Aunque se ha querido ver un reconocimiento implícito de la objeción institucional, pero en la práctica no ha sido recogido en nuestro ordenamiento jurídico, ni tiene valor jurídico vinculante.

En nuestro país se ha aceptado la imposibilidad de admitir la titularidad del derecho a la objeción de conciencia a las personas jurídicas. En los últimos años tiempos, la jurisprudencia ha evolucionado hasta reconocer algunos derechos subjetivos, como el honor o la intimidad, a las personas jurídicas. Por esta razón por lo que cabría plantearse si es posible una nueva interpretación en relación con la objeción de conciencia. Esta postura positiva a su reconocimiento es la que sostiene parte de la doctrina, NAVARRO-VALLS (54), indicando que este reconocimiento puede extraerse de la propia naturaleza del derecho.

En España, ¿cabría plantearse una objeción de conciencia institucional a la eutanasia y su inscripción en el registro al amparo de lo establecido en el artículo 16 de la LORE?

Parece claro que no cabría hablar de una objeción de conciencia institucional en el ámbito de los centros, organizaciones o instituciones sanitarias dependientes de los Servicios de Salud de las Comunidades Autónomas. En este caso solo cabría la objeción de conciencia personal de los profesionales sanitarios.

La cuestión que se plantea es qué sucede con aquellos centros, organizaciones o instituciones sanitarias de ámbito privado, que no están dispuestos a realizar la prestación de ayuda para morir, debido a su ideario, fines o creencias religiosas. Esta cuestión se plantea con respecto a las prestaciones que estos centros conciertan con las administraciones públicas, al ampro de lo establecido en el artículo 90,1 de la Ley 14/1986, de 25 de abril, General de Sanidad, que señala: “Las Administraciones Públicas Sanitarias, en el ámbito de sus respectivas competencias, podrán establecer conciertos para la prestación de servicios sanitarios con medios ajenos a ellas” (44).

Del tenor literal de la LORE, habría que señalar que no cabría la inscripción de la objeción de conciencia institucional a la prestación de ayuda para morir en el registro previsto en el artículo 16.2. Sólo cabría la inscripción de los profesionales sanitarios. No obstante, sería interesante desde el punto de vista jurídico que algún registro autonómico contemplara esa posibilidad y que fuera recurrida ante el Tribunal Constitucional, para esta instancia se pronunciara sobre la objeción de conciencia institucional. Probablemente podría declararse inconstitucional este aspecto del registro, por regular una comunidad autónoma un derecho fundamental cuyo desarrollo está reservado a ley orgánica, como ya se ha señalado.

¿Qué pueden hacer aquellos centros instituciones y organizaciones sanitarias de carácter privado que no quieran realizar la prestación de ayuda para morir, si no cabe la objeción de conciencia institucional? Habría que distinguir dos situaciones:

a) Centros sanitarios privados en el ejercicio de su actividad ordinaria: de acuerdo con el principio de libertad de empresa dentro de la economía de mercado reconocido en nuestra Constitución (2), artículo 38, estas entidades pueden ofertar a los ciudadanos aquellas prestaciones sanitarias que consideren oportunas. No existe ninguna obligación para estos centros de ofertar la eutanasia.

b) Centros sanitarios privados en el ejercicio de su actividad concertada. En cuanto a la actividad sanitaria que este tipo de centros realizan que ha sido concertada con los Servicios de Salud de las comunidades, puede plantearse algún problema en cuanto a la obligatoriedad de aplicar la eutanasia. Este posible conflicto, se debe abordar desde la consideración de la eutanasia como una prestación del Sistema Sanitario, que es como la considera la LORE. Así esta prestación debe ser concertada y para ello debe ser licitada como cualquier otro contrato administrativo, y presentar ofertas los diferentes centros sanitario privados.

Aquellos centros privados que no quieran aplicar la eutanasia, bastarían con que no presentasen ofertas a esta licitación, como en cualquier otro contrato, se pueden presentar ofertas a uno, varios o todos los lotes.

Quedaría así resuelto, al menos teóricamente, el problema de la obligatoriedad de realizar la eutanasia por parte de los centros sanitarios privados, concluyendo que no existe esta obligatoriedad, en ningún caso.

4.5. LA OBJECCIÓN DE CONCIENCIA A LAS INSTRUCCIONES PREVIAS

La LORE se refiere a las Instrucciones Previas en sus artículos 5.2 y 6.4 como una de las formas de solicitar la prestación de ayuda para morir. Antes de abordar esta materia, conviene hacer un breve recorrido por esta institución jurídica.

Sabido es que la autonomía del paciente es hoy en día el principio que rige las relaciones entre los profesionales sanitarios y los enfermos. Es este principio el que concilia la libertad de conciencia del enfermo y la ética médica. A partir de este momento “el enfermo es el protagonista principal y se le reconoce la capacidad para tomar decisiones, a ser informado sobre las diversas alternativas del tratamiento y a conocer la opinión del médico” (56).

Así lo reconoce la Ley 41/2002, de 14 de noviembre, básica reguladora de la autonomía del paciente y de derechos y obligaciones en materia de información y documentación clínica, que tiene el carácter de legislación básica del Estado en esta materia y que, en su artículo 2.2, señala:

“Toda actuación en el ámbito de la sanidad requiere, con carácter general, el previo consentimiento de los pacientes o usuarios. El consentimiento, que debe obtenerse después de que el paciente reciba una información adecuada, se hará por escrito en los supuestos previstos en la Ley” (57).

Cuando el paciente no sea capaz de presta el consentimiento, la ley prevé que lo pueda prestar su representante, tal como se establece en el artículo 9.3:

“3. Se otorgará el consentimiento por representación en los siguientes supuestos:

- a) Cuando el paciente no sea capaz de tomar decisiones, a criterio del médico responsable de la asistencia, o su estado físico o psíquico no le permita hacerse cargo de su situación. Si el paciente carece de representante legal, el consentimiento lo prestarán las personas vinculadas a él por razones familiares o, de hecho.
- b) Cuando el paciente tenga la capacidad modificada judicialmente y así conste en la sentencia.
- c) Cuando el paciente menor de edad no sea capaz intelectual ni emocionalmente de comprender el alcance de la intervención. En este caso, el consentimiento lo dará el representante legal del menor, después de haber escuchado su opinión, conforme a lo dispuesto en el artículo 9 de la Ley Orgánica 1/1996, de 15 de enero, de Protección Jurídica del Menor.”

También se prevé que paciente preste su consentimiento con anterioridad para cuando no sea capaz de hacerlo en el futuro. A esta institución se denomina Instrucciones Previas, y está prevista en el artículo 11:

“Artículo 11. Instrucciones previas.

1. Por el documento de instrucciones previas, una persona mayor de edad, capaz y libre, manifiesta anticipadamente su voluntad, con objeto de que ésta se cumpla en el momento en que llegue a situaciones en cuyas circunstancias no sea capaz de expresarlos personalmente, sobre los cuidados y el tratamiento de su salud o, una vez llegado el fallecimiento, sobre el destino de su cuerpo o de los órganos del mismo. El otorgante del documento puede designar, además, un representante para que, llegado el caso, sirva como interlocutor suyo con el médico o el equipo sanitario para procurar el cumplimiento de las instrucciones previas.
2. Cada servicio de salud regulará el procedimiento adecuado para que, llegado el caso, se garantice el cumplimiento de las instrucciones previas de cada persona, que deberán constar siempre por escrito.
3. No serán aplicadas las instrucciones previas contrarias al ordenamiento jurídico, a la «lex artis», ni las que no se correspondan con el supuesto de hecho que el interesado haya previsto en el momento de manifestarlas. En la historia clínica del paciente quedará constancia razonada de las anotaciones relacionadas con estas previsiones.
4. Las instrucciones previas podrán revocarse libremente en cualquier momento dejando constancia por escrito.
5. Con el fin de asegurar la eficacia en todo el territorio nacional de las instrucciones previas manifestadas por los pacientes y formalizadas de acuerdo con lo dispuesto en la legislación de las respectivas Comunidades Autónomas, se creará en el Ministerio de Sanidad y Consumo el Registro nacional de instrucciones previas que se regirá por las normas que reglamentariamente se determinen, previo acuerdo del Consejo Interterritorial del Sistema Nacional de Salud.”

Tosas las Comunidades Autónomas han regulado esta figura con el nombre de Instrucciones Previas o Testamento Vital o Declaración Anticipada de Voluntades, y han establecido sus propios registros conectados con el registro nacional, que se ubica en el Ministerio de Sanidad.

En relación con el contenido de las Instrucciones previas bastantes normas autonómicas han reconocido el derecho a la objeción de conciencia de los profesionales sanitarios a la hora de aplicar su contenido.

En las leyes autonómicas de La Rioja, Extremadura y Canarias, se hace referencia a la libertad religiosa y de conciencia, dentro del contenido de las instrucciones previas.

En la legislación de Valencia, Baleares, Madrid, Murcia, Extremadura y La Rioja se reconoce la objeción de conciencia de los profesionales sanitarios respecto de las Instrucciones Previas pudiéndose entender por tal objeción, la negativa del personal sanitario al cumplimiento de aquellas cláusulas, contenidas en el documento de instrucciones previas, que considere contrarias a sus conciencias (56).

No deja de resultar extraño que unas Comunidades Autónomas reconozcan el derecho a la objeción y otras no, junto con el hecho de que ningún de ellas regula el procedimiento para ejercer la objeción de conciencia frente a las instrucciones previas.

Por referirnos a una Comunidad Autónoma, se puede citar la Ley 3/2005, de 23 de mayo, por la que se regula el ejercicio del derecho a formular instrucciones previas en el ámbito sanitario y se crea el registro correspondiente (58), de la Comunidad de Madrid, tiene prevista esta objeción en su artículo 3.3:

“Sin perjuicio de lo establecido en el número anterior, los profesionales sanitarios podrán ejercer la objeción de conciencia con ocasión del cumplimiento de las instrucciones previas”

Pues bien, la LORE prevé que la prestación de ayuda para morir se pueda solicitar en las Instrucciones Previas, en el artículo 5.2:

“No será de aplicación lo previsto en las letras b), c) y e) del apartado anterior en aquellos casos en los que el médico responsable certifique que el paciente no se encuentra en el pleno uso de sus facultades ni puede prestar su conformidad libre, voluntaria y consciente para realizar las solicitudes, cumpla lo previsto en el apartado 1.d), y haya suscrito con anterioridad un documento de instrucciones previas, testamento vital, voluntades anticipadas o documentos equivalentes legalmente reconocidos, en cuyo caso se podrá facilitar la prestación de ayuda para morir conforme a lo dispuesto en dicho documento. En el caso de

haber nombrado representante en ese documento será el interlocutor válido para el médico responsable.”

El reconocimiento jurídico de la objeción de conciencia del profesional sanitario para aplicar las Instrucciones Previas reconocido en las normas autonómicas reguladoras de esta institución, debe entenderse sustituido por el desecho a la objeción de conciencia reconocido en el artículo 16 de la LORE. En efecto, ahora se reconoce el derecho a la objeción de conciencia de los profesionales sanitarios en todo el territorio nacional, para no aplicar la eutanasia si esta se ha solicitado en las instrucciones previas. La objeción de conciencia reconocida en la normativa autonómica sería de aplicación al resto del contenido del documento de Instrucciones previas y sólo en aquellas Comunidades Autónomas cuya normativa así la hubiera reconocido.

Salvada esta cuestión cabe, por último, hacer referencia al artículo 6.4 de la LORE que señala:

“En los casos previstos en el artículo 5.2, la solicitud de prestación de ayuda para morir podrá ser presentada al médico responsable por otra persona mayor de edad y plenamente capaz, acompañándolo del documento de instrucciones previas, testamento vital, voluntades anticipadas o documentos equivalentes legalmente reconocidos, suscritos previamente por el paciente. En caso de que no exista ninguna persona que pueda presentar la solicitud en nombre del paciente, el médico que lo trata podrá presentar la solicitud de eutanasia. En tal caso, dicho médico que lo trata estará legitimado para solicitar y obtener el acceso al documento de instrucciones previas, voluntades anticipadas o documentos equivalentes a través de las personas designadas por la autoridad sanitaria de la Comunidad Autónoma correspondiente o por el Ministerio de Sanidad, de conformidad con la letra d) del punto 1 del artículo 4 del Real Decreto 124/2007, de 2 de febrero, por el que se regula el Registro nacional de instrucciones previas y el correspondiente fichero automatizado de datos de carácter personal.”

Este artículo hace referencia a quien debe solicitar la prestación de ayuda para morir cuando el paciente no sea capaz y exista un documento de Instrucciones Previas donde éste haya solicitado esta prestación. La LORE prevé que sea “persona mayor de edad y plenamente capaz”, pero también “el médico que lo trata podrá presentar la solicitud de eutanasia”.

¿Cabe la objeción de conciencia a esta posibilidad? ¿Podría regularse en la normativa autonómica?

En todas las Comunidades Autónomas, el documento de Instrucciones Previas, o bien está directamente incorporado en la historia clínica, o bien tiene un aviso de que ese paciente ha otorgado instrucciones previas para que el profesional sanitario pueda acceder a su contenido. La cuestión que se plantea aquí es si el médico que accede a las Instrucciones Previas de un paciente que no es capaz en ese momento y constata que éste ha incluido que se le aplique la eutanasia ese documento y que no hay nadie que pueda presentar la solicitud que inicie el procedimiento de aplicación de la prestación de ayuda para morir. En este caso, la LORE dice que “el médico que lo trata podrá presentar la solicitud de eutanasia”. No se trata de una obligación como tal, sino de una facultad, ya que el artículo habla de “podrá”. Por tanto, el médico podría no presentar la solicitud de eutanasia, por los motivos que considere oportunos, entre los cuales no puede excluirse la objeción de conciencia.

Puede, por tanto, concluirse que la objeción de conciencia a aplicar o a solicitar la eutanasia incluida en un documento de Instrucciones Previas estaría amparada en el artículo 16 de la LORE, ya que se cumplen los requisitos previstos en ese artículo.

5. CONCLUSIONES

En este trabajo se ha tratado de analizar algunas cuestiones que plantea el desarrollo normativo, por parte de las Comunidades Autónomas, de la Ley Orgánica 3/2021, de 24 de marzo, reguladora de la eutanasia, en cuanto a la objeción de conciencia, señalando algunas posibles soluciones. Todas las Comunidades Autónomas han iniciado la tramitación del procedimiento para aprobar su propia norma de desarrollo, y es aquí donde se plantean estas cuestiones. Sólo Cataluña ha aprobado la norma que desarrolla la LORE en su ámbito territorial.

Como conclusiones de este trabajo se pueden señalar algunos de estos problemas y su posible solución que mejor se ajusta al contenido del ordenamiento jurídico vigente:

Primera. El rango normativo más adecuado para la creación y regulación del registro de profesionales sanitarios objetores a la prestación de ayuda para morir es el de decreto.

Segunda. Para salvaguardar la confidencialidad del registro, el acceso al mismo debe quedar restringido a las personas que tengan atribuida la función de organizar la prestación de ayuda para morir, y sólo respecto de los profesionales que de ellos dependan.

Tercera. La gestión del registro puede encomendarse a los colegios de las profesiones sanitarias directamente implicadas en la prestación de ayuda para morir, manteniendo la Comunidad Autónoma su titularidad.

Cuarta. La creación de un registro de profesionales sanitarios dispuestos a realizar la prestación de ayuda para morir es compatible con el registro de profesionales objetores, pero no es sustitutivo de éste.

Quinta. No es posible inscribir en el registro de profesionales objetores a personas jurídicas.

Sexta. La objeción de conciencia de los profesionales sanitarios regulada en el LORE, incluye la objeción de conciencia a las Instrucciones Previas, cuando en éstas se ha solicitado la prestación de ayuda para morir.

6. REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Ley Orgánica 3/2021, de 24 de marzo, de regulación de la eutanasia. Boletín Oficial del Estado nº 72, (25-06-2021).
2. Constitución Española. Boletín Oficial del Estado nº 311, (29-12-1978).
3. Sentencia del Tribunal Constitucional nº 1/1982, de 28 de enero. Boletín Oficial del Estado nº 49, (26-02-1982).
4. Ley Orgánica 10/1995, de 23 de noviembre, del Código Penal. Boletín Oficial del Estado nº 281, (24-11-1985).
5. Decreto Ley 13/2021, de 22 de junio, por el que se regula la Comisión de Garantía y Evaluación de Cataluña y el Registro de profesionales sanitarios objetores de conciencia, en

desarrollo de la Ley orgánica 3/2021, de 24 de marzo, de regulación de la eutanasia. Diario Oficial de Cataluña nº 8443, (25-06-2021).

6. Ley Orgánica 2/2010, de 3 de marzo, de salud sexual y reproductiva y de la interrupción voluntaria del embarazo. Boletín Oficial del Estado nº 55, (04-03-2010).

7. 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. Boletín Oficial del Estado nº 315, (28-12-2010).

8. Sentencia del Tribunal Constitucional nº 151/2014, de 25 de septiembre de 2014. Boletín Oficial del Estado nº 261, (28-10-2014).

9. Navarro-Valls R y Martínez-Torrón J. Las objeciones de conciencia en el derecho español y comparado. Madrid: Mac-Graw-Hill, 1997.

10. Albert M. 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. Estudios de Deusto nº 66 (2), 2018, págs. 153-189.

11. Gascón M. Defensa de la objeción de conciencia como derecho general. Eunomía: Revista en Cultura de la Legalidad, nº. 15, 2018, págs. 85-101.

12. Soriano R. La objeción de conciencia significado, fundamentos jurídicos y positivación en el ordenamiento jurídico español. Revista de estudios políticos, nº 58, 1987, págs. 61-110.

13. Sentencia del Tribunal Constitucional nº 53/1985, de 18 de abril. Boletín Oficial del Estado nº 119, (18-05-1985).

14. Sentencia del Tribunal Constitucional nº 15/1982, de 23 de abril. Boletín Oficial del Estado nº 118, (18-05-1982).

15. Prieto L. Libertad y objeción de conciencia. Persona y Derecho, nº 54, 2006, págs. 259-273.

16. Sentencia del Tribunal Constitucional nº 161/1987 de 27 de octubre. Boletín Oficial del Estado nº 271, (12-12-1987).

17. Sentencia del Tribunal Constitucional 160/1987 de 27 de octubre. Boletín Oficial del Estado nº 27, (12-12-1987).

18. Pérez-Madrid F. La protección jurídica de la objeción de conciencia en España. Novedades legislativas y jurisprudenciales. *Revista General de Derecho Canónico y Derecho Eclesiástico del Estado*, nº 42, 2016, págs. 1-25.
19. Navarro-Valls R. Una ocasión perdida. comentario a la STC de 23 de septiembre de 2014, sobre registro de objetores de conciencia al aborto. *Revista General de Derecho Canónico y Derecho Eclesiástico del Estado*, nº 36, 2014, págs. 1-7.
20. Sentencia del Tribunal Constitucional nº 154/2002, de 18 de julio. *Boletín Oficial del Estado* nº 188, (07-08-2002).
21. Sentencia del Tribunal Constitucional nº 145/2015, de 25 de junio de 2015. *Boletín Oficial del Estado* nº 182, (31-07-2015).
22. López P. La objeción de conciencia en España: dos formas de entenderla y su reflejo en la jurisprudencia constitucional (Trabajo de Fin de Grado, Universidad Autónoma de Madrid), (Internet) 2016. Disponible en:
https://www.academia.edu/36536153/TFG_OBJECI%C3%93N_DE_CONCIENCIA
23. Martínez M y Rabadán J. La objeción de conciencia de los profesionales sanitarios en la ética y deontología. *Cuadernos de bioética*, vol. XXI, 2010/2ª, págs. 199-210.
24. Ruiz F. 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*, nº 63, 2010 págs. 163-196.
25. Sentencia del Tribunal Constitucional nº 76/1983. *Boletín Oficial del Estado* nº 197, (18-08-1983).
26. Martínez JM. 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*, nº 73 (21), 2010, págs. 299-312.
27. Ley 44/2003, de 21 de noviembre, de ordenación de las profesiones sanitarias. *Boletín Oficial del Estado* nº 280, (22-11-2003).
28. Ministerio de Sanidad. Interrupción Voluntaria del Embarazo (Internet). (Consultado el 12/06/2021) Disponible en:

https://www.msbs.gob.es/profesionales/saludPublica/prevPromocion/embarazo/tablas_figuras.htm#Tabla1.

29. Martínez-Torrón J. La objeción de conciencia farmacéutica en la reciente jurisprudencia constitucional española: otra oportunidad perdida. Revista General de Derecho Canónico y Derecho Eclesiástico del Estado, nº 39, 2015, pág. 1-34.

30. Gómez L. El tribunal constitucional ante el conflicto de conciencia del farmacéutico: una solución de compromiso a gusto de nadie. Revista de derecho constitucional europeo, nº 25, 2016, Disponible en:

http://www.ugr.es/~redce/REDCE25/articulos/09_ABEJA.htm#tres

31. Ley 50/1997, de 27 de noviembre, del Gobierno. Boletín Oficial del Estado nº 285, (28-11-1997).

32. Sentencia del Tribunal Supremo nº 141/202, de 04 de febrero de 2021. Disponible en:

[https://www.poderjudicial.es/search/documento/TS/9405935/extincion%20\(contrato%20de%20trabajo\)/20210209](https://www.poderjudicial.es/search/documento/TS/9405935/extincion%20(contrato%20de%20trabajo)/20210209)

33. Ley 16/2003, de 28 de mayo, de cohesión y calidad del Sistema Nacional de Salud. Boletín Oficial del Estado nº 128, (29-05-2003).

34. Decreto 52/2021, de 24 de marzo, del Consejo de Gobierno, por el que se regula y simplifica el procedimiento de elaboración de las disposiciones normativas de carácter general en la Comunidad de Madrid. Boletín Oficial de la Comunidad de Madrid nº 71, (25-03/2021)

35. Junta de Castilla y León. Espacio de participación (Internet). (Consultado el 19/06/2021) Disponible en:

http://participa.jcyl.es/forums/936180-proyecto-de-decreto-por-el-que-se-crea-el-registro/filters/my_feedback. Consultado el 19/06/2021.

36. Principado de Asturias. Asturias participa (Internet). (Consultado el 19/06/2021) Disponible en:

http://www.asturiasparticipa.es/wp-content/uploads/2021/05/Decreto_Comision_Garantia_Evaluacion_Eutan_registro.pdf.

37. Anuncio del Director General de Transformación Digital, Innovación y Derechos de los Usuarios, por el que se somete a audiencia e información pública el proyecto de Decreto por el que se crean y regulan la Comisión de Garantía y Evaluación y el Registro de profesionales sanitarios objetores a la eutanasia. Boletín Oficial de Aragón nº 104 (14/05/2021). (Consultado el 19/06/2021). Disponible en:

<http://www.boa.aragon.es/cgi-bin/EBOA/BRSCGI?CMD=VEROBJ&MLKOB=1165448581111&type=pdf>.

38. Junta de Andalucía. Portal de participación (Internet). (Consultado el 19/06/2021) Disponible en:

<https://www.juntadeandalucia.es/organismos/saludyfamilias/servicios/participacion/normativa/consulta-previa/detalle/215343.html>

39. Gobierno de La Rioja. Portal de transparencia (Consultado el 19/06/2021) Disponible en:

<https://web.larioja.org/participa/participacion?n=part-tramite-de-audiencia-decreto-por-el-que-se-crean-la-comision-de-garantia-y-evaluacion-de-la-r>.

40. Noticias de Navarra (Internet). (Consultado el 20/06/2021) Disponible en:

<https://www.noticiasdenavarra.com/actualidad/sociedad/2014/09/09/medico-inscrito-registro-objetores-aborto/439120.html>.

41. Redacción médica. (Internet). (Consultado el 20/06/2021) Disponible en:

<https://www.redaccionmedica.com/secciones/medicina/ley-eutanasia-registro-objetores-preocupa-medicos-farmaceuticos-9500>

42. 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. Diario Oficial de la Unión Europea nº L 119 (04-05- 2016) ES.

43. Ley Orgánica 3/2018, de 5 de diciembre, de Protección de Datos Personales y garantía de los derechos digitales. Boletín Oficial del Estado nº 294, (06-12-2018).

44. Ley 14/1986, de 25 de abril, General de Sanidad. Boletín Oficial del Estado nº 102, (29-04-1986).

45. Ley 40/2015, de 1 de octubre, de Régimen Jurídico del Sector Público. Boletín Oficial del Estado nº 236, (02-10-2015).
46. Ley 2/1974, de 13 de febrero, sobre Colegios Profesionales. Boletín Oficial del Estado nº 40, (15-02-1974).
47. Colegio Oficial de Médicos de Madrid (Internet). (Consultado el 22/06/2021) Disponible en:

<https://www.icomem.es/comunicacion/noticias/1804/Ante-la-Ley-del-Aborto-El-Colegio-de-Medicos-de-Madrid-mantiene-abierto-el-Registro-de-Objetores-de-Conciencia>
48. Real Decreto 1091/2015, de 4 de diciembre, por el que se crea y regula el Registro Estatal de Enfermedades Raras. Boletín Oficial del Estado nº 307, (24-12-2015).
49. Convenio entre el Ministerio de Sanidad y el Instituto de Salud Carlos III, para la custodia y gestión del Registro Estatal de Enfermedades Raras. Boletín Oficial del Estado nº núm. 212, de 6 de agosto de 2020).
50. Navarro-Valls R. La objeción de conciencia a la eutanasia. El Cronista del Estado social y democrático de derecho, nº 92, 2021, pág. 8-15.
51. Rojas C y Contreras P. Libertad religiosa y objeción de conciencia institucional en Colombia: un análisis a partir de la sentencia T-738 de 2015. Revista Latinoamericana de Derecho y Religión. Nº 2 (6), 2020, págs. 1-32.
52. Estados Unidos. Corte Suprema de Justicia. Burwell vs Hobby Lobby. 573 U.S. 682 (30, junio 2011) (Internet). (Consultado el 04-07-2021) Disponible en:

https://www.supremecourt.gov/opinions/13pdf/13-354_olp1.pdf
53. Estados Unidos. Corte Suprema de Justicia. Little Sisters of the Poor v. Pensilvania. 591 U.S. (06 julio 2020) (Internet). (Consultado el 04-07-2021) Disponible en:

https://www.supremecourt.gov/opinions/19pdf/19-431_5i36.pdf
54. Navarro-Valls, R. La objeción de conciencia al aborto: Derecho comparado y Derecho Español. Anuario de derecho eclesiástico del Estado, nº 2, 1986, págs. 257-310.
55. Consejo de Europa (Internet). (Consultado el 26-06-2021) Disponible en:

<https://www.bioeticablog.com/texto-en-espanol-de-la-resolucion-1763-del-consejo-de-europa-sobre-la-objecion-de-conciencia-sanitaria/>

56. González, M. La objeción de conciencia del personal sanitario a las instrucciones previas por motivos religiosos. En: Martín I, González M, coord. Algunas cuestiones controvertidas del ejercicio del derecho fundamental de libertad religiosa en España, Fundación Universitaria Española, Madrid, 2009, págs. 275-295.
57. 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 nº 274, (15-11-2002).
58. Ley 3/2005, de 23 de mayo, por la que se regula el ejercicio del derecho a formular instrucciones previas en el ámbito sanitario y se crea el registro correspondiente. Boletín Oficial del Estado nº 2140 (14-06-2005).