

LA OBJECCIÓN DE CONCIENCIA A LA EUTANASIA
Y EL ABORTO EN LA NUEVA LEGISLACIÓN
ESPAÑOLA SOBRE LA MATERIA

JORGE SALINAS MENGUAL
Universidad Internacional de la Rioja

1. PREMISAS EN TORNO A LA OBJECCIÓN DE CONCIENCIA

Cuando hablamos de objeción de conciencia no nos estamos refiriendo a una realidad que pueda considerarse irracional, y que lo único que busca es superar el obstáculo que una ley pueda presentar, sino que se trata de una de las expresiones fundamentales de un derecho humano reconocido en el artículo 9 del CEDH: la libertad de conciencia.

Cuando hablamos de conciencia hacemos referencia a pluralismo y democracia, a los derechos y las libertades, a la tolerancia y el respeto. Aunque el concepto suele proceder de motivos morales, éticos o religiosos, sin embargo, tiene importantes implicaciones en el ámbito jurídico. Además, la conciencia forma parte de una concepción integral de la persona, lo que implica que la vida personal y la vida profesional son inseparables, porque persona y conciencia también lo son.

Desde nuestra visión antropológica, la conciencia forma parte de una concepción integral de la persona, lo que implica que la vida personal y la vida profesional, que será objeto de estudio en este trabajo, son inseparables, porque persona y conciencia también lo son.

En España, el Tribunal Constitucional, en su sentencia 53/1985, de 11 de abril, defiende la íntima relación entre objeción de conciencia y libertad de conciencia. Su reconocimiento internacional, y el aval del Alto Tribunal español implican que esta figura debe integrarse como parte del ordenamiento jurídico, y no como una mera excepción, eso sí, sujeta a la acomodación que en ocasiones pudiera ser necesaria.

Siguiendo a Martínez-Torrón y Navarro-Valls, la objeción de conciencia puede definirse como “

la negativa del individuo, por razones de conciencia, a aceptar un comportamiento que, en principio, podría ser exigido legalmente, ya sea por la ley directamente (legislación, reglamentos u órdenes judiciales) o por un contrato avalado por la ley. Así, la objeción de conciencia abarcaría toda conducta contraria a la ley, motivada por razones axiológicas -no meramente psicológicas-, inspiradas en creencias religiosas o no religiosas, que pueden tener diferentes finalidades: por ejemplo, eludir el comportamiento exigido por la norma o el castigo establecido por su contravención, o incluso conseguir la modificación de la ley mediante la aceptación voluntaria y pasiva de la maquinaria represiva”.

Desde esta perspectiva, entender la objeción de conciencia asociada a un privilegio que se concede al objetor es una afirmación que se aleja de la realidad. Por el contrario, la objeción de conciencia es un derecho que el Estado debe reconocer, esté o no de acuerdo con la conciencia del objetor, como se deduce del artículo 16.1 de la Constitución Española, que establece que “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”.

Basar la exención de conciencia en el concepto de privilegio implica que se respete al objetor, pero asumiendo una superioridad de los valores de la norma sobre los del objetor. Por el contrario, si la objeción de conciencia se concibe como un derecho, el énfasis no se pone en el contenido de los valores, sino en la persona y en las dimensiones que le son inherentes, como la conciencia. El Estado no puede considerar los derechos fundamentales como privilegios, ya que son intrínsecos a la persona y constituyen la base de su dignidad, por lo que simplemente debe limitarse a reconocerlos.

Con frecuencia, y desde un posicionamiento meramente legalista, se parte de la idea de que la libertad de conciencia es, naturalmente, un interés legítimo, pero, a su vez, se considera que ese interés es privado, frente al interés público que viene determinado por la ley. Sin embargo, este análisis, además de simplista es erróneo, ya que, si se considera que la libertad de conciencia es un derecho fundamental, nunca puede

circunscribirse al ámbito de lo privado, sino que tiene, por su propia naturaleza, una dimensión pública. Es por ello por lo que, la cuestión no puede plantearse como un conflicto entre un interés privado, el que procede de la libertad de conciencia, y un interés público, representado por la ley, sino que se trata de la confrontación de dos intereses de orden público.

Todo ello no sugiere que la libertad de conciencia deba primar de manera automática sobre la norma legal, ni que con ella se busque la supresión del precepto con el que se enfrenta, pero de lo que no cabe duda es de que tratándose de un derecho fundamental, y como tal, sujeto a limitaciones necesarias, éstas no pueden ir más allá de lo prescrito en el artículo 9.2 del Convenio Europeo de Derechos Humanos (CEDH), que establece que las únicas restricciones legítimas a la libertad de pensamiento, de conciencia y de religión son las que, estando “prescritas por la ley”, pueden considerarse “necesarias en una sociedad democrática”. Es decir, aquellas medidas que, según la jurisprudencia del Tribunal de Estrasburgo, responden a una “necesidad social imperiosa”. En el tema que analizamos, referido a la objeción de conciencia en el ámbito sanitario, en concreto en materia de aborto y eutanasia, ¿puede considerarse imperiosa la necesidad de limitar dicha objeción, por entender que supone un perjuicio grave para el adecuado funcionamiento de esas prácticas? Creemos que no, y en el siguiente apartado se analiza más en profundidad esta cuestión.

2. LA OBJECIÓN DE CONCIENCIA EN EL ÁMBITO SANITARIO

La objeción de conciencia en el plano médico presenta un posible choque entre las convicciones morales del personal sanitario, parte integrante del derecho a la libertad de conciencia, como veíamos en el epígrafe anterior, y el derecho a la salud o a la asistencia sanitaria del que goza todo paciente.

Dos son las preguntas a las que hay que ofrecer respuesta. En primer lugar, si puede alegarse objeción de conciencia ante una práctica, como la sanitaria, de la que ya se conocen sus exigencias cuando una persona

decide ejercer en ese sector profesional. La segunda, si el aborto y la eutanasia forman parte de lo que denominamos derecho a la salud. Respecto a esta cuestión, y salvo casos excepcionales en materia de aborto referidos al peligro que pueda correr la vida de la madre, parece lógico pensar que la salud, tal y como se concibe actualmente, no tiene nada que ver con prácticas que promueven la muerte del ser humano cuya vida incipiente comienza a gestarse en el seno materno, ni con el deseo de poner fin a la propia existencia, que procura la práctica de la eutanasia, más allá de que se hayan reconocido legalmente, aunque ello implique una violación clara del derecho humano más importante: la vida.

En relación con la primera pregunta, autores como Schuklenk y Zolf afirman que el cumplimiento de las obligaciones profesionales de los médicos debe prevalecer sobre sus creencias personales. Aceptar las exenciones de conciencia para el personal sanitario implicaría, en última instancia, un intento por parte de los médicos de imponer sus puntos de vista a los pacientes debido a la posición de monopolio que la profesión médica ocupa en la sociedad. Por lo tanto, tanto las asociaciones médicas como los administradores de hospitales que apoyan la objeción de conciencia se convertirían en cómplices de la subversión de los objetivos profesionales de la medicina.

Desde esta perspectiva, el ejercicio de la objeción de conciencia por parte del personal médico implicaría una violación del principio del derecho de acceso a la asistencia sanitaria, al negar a los pacientes la prestación de servicios sanitarios legalmente reconocidos. Sin embargo, este argumento no puede sostenerse, ya que mientras haya otros profesionales sanitarios que no se opongan a un determinado tratamiento, el derecho de los pacientes a acceder a la asistencia sanitaria estaría garantizado.

Los autores que apoyan esta postura olvidan que la falta de respeto a la conciencia del personal sanitario supone una violación de dos derechos fundamentales: la libertad de conciencia y el derecho a la igualdad de trato. Incluso en ausencia de riesgo para el sistema sanitario y la atención a los pacientes, con esta doctrina se niega sin más la objeción de conciencia a los profesionales médicos, sin que se intente un ajuste razonable y equilibrado entre los derechos de los médicos y los pacientes.

Partiendo de esta idea, otra alternativa es defendida por algunos autores, que son partidarios del llamado “enfoque de compromiso”, según el cual el ejercicio de la objeción de conciencia es compatible con la práctica profesional, excepto cuando afecta significativamente al acceso de los pacientes a un servicio necesario.

3. LA OBJECCIÓN DE CONCIENCIA EN LA RECIENTE JURISPRUDENCIA DEL TEDH

La reciente jurisprudencia del TEDH ha abordado el tema de la objeción de conciencia en dos procesos similares: *Grimmark c. Suecia* y *Steen c. Suecia*. Ambos casos giran en torno a dos enfermeras que deseaban cambiar su orientación profesional y solicitaron que se les permitiera estudiar para ser matronas. Sus respectivos centros médicos aprobaron la propuesta y estuvieron dispuestos a financiar sus estudios. Sin embargo, surgió un problema cuando buscaron trabajo como matronas, porque en sus solicitudes, y en las entrevistas de trabajo, expresaron su objeción a participar en cualquier práctica abortiva, debido a sus creencias religiosas católicas. Ante este dilema, los hospitales se negaron a contratarlas. En defensa de su libertad de conciencia, las dos objetoras recurrieron a las autoridades suecas sin éxito.

Una vez agotados los recursos legales en Suecia, recurrieron al Tribunal Europeo de Derechos Humanos, alegando una violación de la libertad de pensamiento, conciencia y religión, tal como se establece en el artículo 9 del CEDH. La respuesta del Tribunal de Estrasburgo aludió a la doctrina del margen de apreciación para resolver el caso, argumentando que la legislación sueca da gran flexibilidad a los empleadores para organizar el trabajo y exigir su cumplimiento a los trabajadores. Al celebrar un contrato de trabajo, las empleadas aceptaron expresamente las obligaciones contenidas en el mismo, de modo que cuando Grimmark y Steen decidieron convertirse en matronas, y solicitar un puesto de trabajo vacante, eran perfectamente conscientes de que ello implicaba su participación en la realización de abortos.

Aunque ambas sentencias no son el objeto concreto de estudio de nuestro trabajo, sí que ofrecen una perspectiva de hacia dónde camina la

objeción de conciencia, en el ámbito sanitario, en la Unión Europea. Lo primero que resulta desconcertante es que el Tribunal de Estrasburgo no haya optado por debatir el fondo de la cuestión planteada, sino que se haya limitado a eludir el problema remitiéndolo a la doctrina del margen de apreciación, que postula que en aquellos casos en los que no existe un consenso a nivel europeo sobre una determinada cuestión, la legislación de los países miembros es la que debe definir la solución que se ofrece al asunto planteado. Esta doctrina se defiende argumentando que con ella se fomenta un mayor grado de libertad para los Estados, a pesar de que pueda conferir menos garantías personales para los individuos. Todo ello, sin olvidar que el recurso a un procedimiento formal, como el margen de apreciación, conlleva repercusiones negativas en orden a la aplicación de los derechos fundamentales del Convenio, entre ellos el derecho a la libertad de conciencia.

Un segundo aspecto para analizar en estas dos sentencias se refiere al principio del ajuste razonable: ¿se aplicó este criterio en los casos Grimmark y Steen? En mi opinión, no. Se requieren tres elementos para que este ajuste pueda llevarse a la práctica: que la medida esté relacionada con el puesto de trabajo específico, que se lleve a cabo de buena fe, y que sea imposible acomodar al empleado sin imponer una carga indebida al empresario, lo que incluye haber tomado todas las medidas necesarias para que el ajuste sea factible.

En cuanto a los dos primeros criterios parece claro que se daban en los casos planteados. El problema, quizás, puede radicar en el tercero. Es necesario analizar el contexto del aborto en Suecia para ofrecer una respuesta a esta cuestión. Nos estamos refiriendo en este caso a un país desarrollado, donde la práctica de la religión católica es minoritaria. Este dato, junto con el hecho de que, según las cifras de 2016, en Suecia se practicaron 38.143 abortos, que se llevaron a cabo por 7.303 matronas, implica que cada una de ellas practicó en torno a cinco abortos al año. No parece una cantidad excesiva como para que el criterio del ajuste razonable pudiera haberse aplicado por el Tribunal Europeo, a fin de alcanzar el deseado equilibrio de derechos.

Finalmente, ¿puede afirmarse que la legislación sueca, y las decisiones de los órganos judiciales, cumplieron con los principios establecidos en

la Resolución 1763 de 2010 del Consejo de Europa sobre la objeción de conciencia en el sector sanitario? Parece que no, ya que el texto europeo establece que “ninguna persona puede ser discriminada por su negativa a practicar, autorizar, participar o ayudar a practicar un aborto”.

4. LA OBJECIÓN DE CONCIENCIA EN LA RECIENTE LEGISLACIÓN ESPAÑOLA SOBRE ABORTO Y EUTANASIA

4.1. CONTENIDO DE LA NUEVA REGULACIÓN SOBRE LA OBJECIÓN DE CONCIENCIA EN MATERIA DE ABORTO Y EUTANASIA

La normativa recogida, tanto en la actualmente vigente ley de aborto, como en el anteproyecto de ley aprobado recientemente en Consejo de ministros sobre esa materia y, todavía, pendiente de aprobación parlamentaria, así como en la nueva ley sobre eutanasia afirma lo siguiente:

“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.” (Art. 19.2 de la Ley Orgánica 2/2010, de 3 de marzo, de salud sexual y reproductiva y de la interrupción voluntaria del embarazo)

“Se regula la objeción de conciencia como un derecho individual de cada profesional sanitario, que debe manifestarse con antelación y por escrito. Así, se creará un registro de objetores de conciencia, garantizando la seguridad jurídica y el pleno respeto del derecho de las mujeres a interrumpir voluntariamente su embarazo y el derecho a la objeción de conciencia de las y los profesionales sanitarios. Se reconoce expresamente el derecho a la objeción de conciencia del personal sanitario en el artículo 19 bis, y se regula ex novo el registro de objetores de conciencia en el artículo 19 ter.” (Anteproyecto de Ley Orgánica por la que se modifica la Ley Orgánica 2/2010, de 3 de marzo, de salud sexual y reproductiva y de la interrupción voluntaria del embarazo)

“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. 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.” (Art. 16 de la Ley Orgánica 3/2021, de 24 de marzo, de regulación de la eutanasia)

En todos los textos legislativos se parte de la premisa del reconocimiento de la práctica de la objeción de conciencia como un derecho; sin embargo, al utilizar la expresión “podrán ejercer” parece derivarse que el ejercicio de la objeción de conciencia es una concesión del Estado, cuando los derechos fundamentales pertenecen al individuo per se, más allá de su reconocimiento por el Estado, y aunque puedan ser objeto de desarrollo por el legislador. Quizás una redacción del texto que dijera que “se garantizará el derecho del personal sanitario a ejercer la objeción de conciencia” sería más compatible con la realidad jurídica que se aborda.

El registro de objetores de conciencia establecido por el artículo 16 de la ley de eutanasia establece que cada Comunidad Autónoma es responsable de su creación. Se trata de un registro que, según las prescripciones del reglamento, “estará sometido al principio de estricta confidencialidad y a la normativa sobre protección de datos de carácter personal”. Esta figura ha sido objeto de regulación específica por parte de las Consejerías de Sanidad de cada una de las Comunidades Autónomas que, con carácter general, han seguido un criterio similar, cumpliendo con las exigencias derivadas de la ley en este ámbito concreto. En todas ellas, el registro se realizará de forma telemática, y el personal sanitario objetor podrá obtener un certificado que acredite su condición de objetor, que podrá presentar tanto al paciente que solicita la ayuda para morir, como al equipo directivo de su Área de Salud.

¿Cuál podría ser la finalidad de la creación de un registro público de objetores del personal sanitario en relación con la eutanasia o el aborto, así como los argumentos a favor de su creación? La finalidad fundamental a favor de un registro de objetores, como el que ha implantado la ley de eutanasia, y que pretende, también, instituir la nueva ley sobre el aborto, es facilitar la organización del personal sanitario para que esta práctica se realice siempre en beneficio del paciente que la solicita. Además, se alega que la objeción de conciencia, expresada previamente, permitiría a los poderes públicos conocer el número real de objetores existentes, por lo que alegar esta condición cuando la eutanasia o el aborto sean solicitados por un paciente, sin estar debidamente inscrito en el registro público, podría ser motivo de sanción. Por otro lado, el registro garantiza la coherencia entre el personal sanitario, que no podrá declararse objetor en el sistema público y, sin embargo, realizar prácticas relacionadas con la eutanasia en el ámbito privado de su profesión.

Sin embargo, aun estando de acuerdo con estas premisas, nos preguntamos si éste es el único sistema que puede adoptarse para lograr este propósito principal, si es adecuadamente proporcionado en relación con el ejercicio del derecho a la objeción de conciencia, y cuáles son las principales deficiencias que este sistema conlleva. A estas cuestiones intentamos responder en el siguiente epígrafe.

4.2. ARGUMENTOS Y PROPUESTAS DE SOLUCIÓN

En 2014, el Tribunal Constitucional español, en respuesta a un recurso presentado contra el registro de objetores creado, en materia de aborto, por la Ley Foral de Navarra avaló esta figura prácticamente en su totalidad, considerando en su sentencia que “sus requisitos no limitan de forma desproporcionada el ejercicio del derecho a la objeción de conciencia, sino que se ajustan a la conciliación que debe producirse entre el ejercicio de este derecho y la obligación de la administración pública autonómica de garantizar la prestación sanitaria”. Sin embargo, el tribunal dejó claro que el registro sólo podía tener una finalidad organizativa, no restrictiva de la objeción de conciencia. Por ello, subrayó que los responsables del servicio público de salud debían planificar la prestación “con sus propios medios, si es posible, o mediante la contratación de

personal externo o por convenio con entidades privadas, de acuerdo con lo establecido en la Ley Orgánica 2/2010 reguladora del aborto”.

Resulta de interés, a los efectos de la línea de pensamiento seguida en este trabajo, el voto particular emitido sobre dicha sentencia por el magistrado Andrés Ollero, en el que, entre otros aspectos, argumentaba el posible efecto disuasorio que este registro podía tener sobre los objetores. De hecho, según las estadísticas de la época, sólo tres médicos se habían inscrito en el citado registro, “lo que confirmaría el profundo efecto desalentador y disuasorio de la medida en una Comunidad con una conocida objeción masiva”. Además, señaló que la creación del registro “no supera el test de proporcionalidad constitucionalmente exigido sobre la relación entre la medida adoptada, el resultado producido y la finalidad pretendida (...) e implica un sacrificio injustificado del derecho fundamental a la objeción de conciencia”.

- Parece claro que el registro de objetores que propone la norma española no es ilegal, pero, al contrario de lo que exige la nueva ley, quizás debería ser responsabilidad no de las administraciones públicas, sino de los colegios de médicos, con las necesarias garantías de confidencialidad. Además, puede generar problemas y dudas, obligando a muchos profesionales a objetar, cuando es poco probable que tengan que hacerlo realmente.
- El registro puede ser, por otro lado, una espada de Damocles sobre las cabezas de los objetores. Estar o no en el registro puede ser decisivo para el acceso y la permanencia en una plaza. Por ejemplo, si las administraciones tienen que garantizar un servicio en un centro de salud en el que sólo uno de los dos médicos practica la eutanasia, y ambos tienen contratos caducados, ¿a quién van a contratar? La situación puede dar lugar a una posición de privilegio. En este sentido, como sostiene Navarro-Valls, “en los sistemas de relaciones laborales inestables, muy frecuentes en España, podría perjudicar las posibilidades laborales del objetor para acceder a un puesto de trabajo”.

- Al remitir la regulación del registro a las Comunidades Autónomas, ya que el Estado les ha transferido las competencias sanitarias, se crea una legislación dispar, que perjudica al personal sanitario, que a la hora de expresar su objeción de conciencia puede verse limitado en este derecho respecto al personal sanitario perteneciente a otros territorios del Estado español, lo que genera una desigualdad de trato contraria al principio de igualdad reconocido en la Constitución. Por ejemplo, los registros creados por las Comunidades Autónomas de Andalucía, Canarias, Galicia y Murcia permiten a los profesionales sanitarios la posibilidad de objetar a una sola de las modalidades de eutanasia previstas en la ley, mientras que en el resto de las Comunidades Autónomas esta posibilidad no está disponible para los objetores.
- Parece que la obligación de inscribirse en un registro público de objetores, con la debida protección de datos, como establece la ley, no vulnera el precepto constitucional del artículo 16.2, que establece la prohibición de obligar a una persona a manifestar su propia ideología o creencias. No obstante, al tratarse de un derecho fundamental, debe elegirse un procedimiento que ofrezca las mayores garantías de protección, y en el que se respete de manera clara el principio de proporcionalidad.

El registro de objetores, al ofrecer una visión unidimensional, renuncia a una característica fundamental en el ámbito de la objeción de conciencia, como es la flexibilidad, ya que impide el ejercicio de objeciones específicas por parte del personal sanitario. Navarro-Valls, Martínez-Torrón y Valero afirman, en el ámbito de la eutanasia, que la objeción de conciencia no puede entenderse como un sí o un no general, como implica la creación de un registro, sino que debe referirse a actuaciones concretas. Señalan diversas situaciones que la implantación de esta figura impide: por ejemplo, el personal sanitario que, por razones de compasión, desea acompañar a una persona que desea morir hasta el momento preciso en que se le administra la sustancia letal; o aquellos que no están dispuestos, por razones de conciencia, a administrar ellos mismos la sustancia letal al paciente, pero no tienen inconveniente en

proporcionársela para que él mismo se la aplique; o el caso del personal sanitario que, en general, no se opone a la práctica de la eutanasia y el suicidio asistido. En sentido contrario, existen algunos casos concretos en los que podría plantearse una objeción de conciencia selectiva, por parte de personas que, en principio, no estarían en contra de esta práctica, pero que, por diversas razones, no estarían dispuestos a concretarla por diversas razones, como por entender que el paciente no tomó la decisión con la libertad necesaria, o por tratarse de una persona con temperamento depresivo, o de una persona mayor que ha sufrido presiones familiares para acabar con su vida, etc. En ninguno de estos casos la existencia de un registro de objetores permitiría al personal sanitario ejercer su derecho a la libertad de conciencia, ya que el hecho de la inscripción abarcaría de forma general, y no específica, todo tipo de objeciones de conciencia. Pero además, se impediría al personal sanitario que es favorable a la eutanasia, y que, por tanto, no estarían inscritos en el registro de objetores, pero que consideraran que existen circunstancias concretas en un caso específico que desvirtúan la integridad de esa práctica, que pudieran alegar motivos de conciencia para abstenerse de su ejecución.

Como argumentan estos mismos autores, “la sujeción de la objeción de conciencia a un registro supone una limitación de un derecho fundamental”, ya que constituye el único medio posible para llevar a la práctica su ejercicio, y no hay que olvidar que, aunque los derechos fundamentales no tienen carácter absoluto, los límites a los que pueden estar sometidos deben considerarse necesarios en una sociedad democrática, es decir, si no hubiera otra posibilidad mejor para limitar y concretar el ejercicio del derecho en cuestión, y consideramos que este no es el caso.

Por otro lado, hay que entender la existencia de reticencias por parte del personal sanitario que quiere oponerse a que sus datos se inscriban en un registro, aunque la ley diga que serán tratados de forma confidencial y cumpliendo los requisitos de la ley de protección de datos.

Otro de los problemas que puede plantear el registro de objetores es la previsible judicialización de los casos, ya que, entre la variedad de causas que pueden dar lugar a la objeción, por un lado, y los diferentes procedimientos y criterios administrativos seguidos en el seno de las

Comunidades Autónomas españolas con competencia para su regulación, por otro, habrá una pluralidad de casos conflictivos que acabarán resolviéndose en los tribunales.

En cuanto a las estadísticas sobre el uso efectivo de este registro por parte del personal sanitario a nivel nacional, se puede decir que en España un total de 3.924 profesionales sanitarios se han declarado objetores de conciencia, aunque los datos sólo han sido facilitados por seis Comunidades Autónomas, Aragón, Castilla y León, Cataluña, Madrid, Murcia y País Vasco, de un total de 17 en el país. Si tenemos en cuenta una encuesta, como la que recoge el diario El Independiente, que afirma que el 70% del personal sanitario está a favor de la práctica de la eutanasia, tendríamos un 30% de este personal con dudas sobre la legitimidad de esta práctica y, por tanto, como potenciales objetores de conciencia. Según el Ministerio de Sanidad, en las seis comunidades autónomas que han facilitado datos al respecto hasta la fecha, hay un total de 170.728 profesionales de la medicina y de la enfermería. Esto significa que, si el 30% son potenciales objetores de conciencia, es decir, un total de 51.218, y sólo 3.924 se han registrado como objetores, esto implica que el porcentaje de objetores en el registro público es del 7,6%. Esto demuestra que dicho registro no sólo es una herramienta ineficaz, sino que tiene un efecto disuasorio sobre los objetores de conciencia, es decir, se convierte en un instrumento que limita el ejercicio del derecho fundamental a la libertad de conciencia.

Podría pensarse que la voluntad del legislador de establecer un registro de objetores como único medio para que el personal sanitario pueda ejercer la objeción de conciencia ha pretendido defender los dos derechos que entran en conflicto en este caso: el nuevo derecho a morir del paciente, o el del aborto, en su caso, y el derecho fundamental a la libertad de conciencia del personal sanitario. Lo que el Parlamento español parece haber olvidado es que en el ámbito de los derechos existe una jerarquía normativa, y el nuevo derecho a morir reconocido por la ley parece situarse claramente en un escalón inferior de esa jerarquía respecto al derecho fundamental a la libertad de conciencia, que está recogido no sólo en la Constitución española, como hemos señalado anteriormente,

sino también en los principales textos normativos, tanto a nivel europeo como internacional.

Ante todas estas limitaciones, el sistema seguido en la ley de eutanasia neozelandesa nos parece una alternativa más razonable para la posibilidad de ejercer la objeción de conciencia por parte del personal sanitario, ya que establece, en su artículo 8, que los profesionales sanitarios no están obligados a intervenir en una solicitud de asistencia para morir si alegan una objeción de conciencia, sino que tienen la única obligación de informar al paciente de que tiene derecho a ponerse en contacto con el llamado Grupo SCENZ, para facilitarle el nombre y los datos de contacto de un profesional que esté dispuesto a considerar su solicitud. Desde esta consideración, parece que la ley neozelandesa no opta por la creación de un registro de objetores, como en el caso de la ley española, sino que redirige la petición del paciente al Grupo SCENZ, un organismo creado por el Director General de Sanidad para establecer una lista de médicos dispuestos a realizar la práctica de la eutanasia. Esto beneficia al paciente, ya que no ve mermado su derecho legal a acabar con su vida, y beneficia al objetor, que no tiene que cumplir con una serie de obstáculos y requisitos para hacer pública y manifiesta su objeción de conciencia.

Otra posible solución, que permitiría la supresión de cualquier tipo de registro, y ofrecería un cauce más inclusivo a la figura jurídica de la objeción de conciencia, sería la creación de equipos médicos, en los que aquellos médicos objetores a la práctica de la eutanasia pudieran hacerse cargo de todos los cuidados que el paciente pudiera necesitar, quedando al margen de cualquier actuación que pudiera asociarse a la práctica concreta de la eutanasia. Esta solución requeriría una clara distinción entre la atención al paciente y la práctica de la eutanasia.

5. CONCLUSIONES

La historia de la objeción de conciencia ha sido turbulenta. Se ha pasado de una época en la que se priorizaba como derecho fundamental y se situaba por encima de otras disposiciones legales o de los derechos de terceros, al escenario actual, en el que se han impuesto nuevos derechos,

especialmente en el ámbito de la salud reproductiva y la eutanasia. En muchos países no se ha negado la objeción de conciencia como derecho fundamental, pero se ha limitado hasta tal punto, que solicitar la exención de ciertas prácticas médicas se ha convertido en un acto de heroísmo.

Este capítulo ha tratado de demostrar que la objeción de conciencia es un derecho fundamental que debe ser reconocido en el ámbito sanitario, y que el Estado, aunque debe regular legalmente su correcto ejercicio, no puede menoscabar o limitar injustificadamente su contenido.

El análisis del anteproyecto sobre el aborto, y la nueva ley de eutanasia nos ha llevado a concluir que el legislador español limita la objeción de conciencia a través de la figura del registro de objetores. Se trata de una medida innecesaria y desproporcionada para lograr su finalidad original, que no es otra que la de conseguir una administración más eficiente de los recursos del personal sanitario. Por ello, en lugar de un registro de objetores sería deseable, en términos prácticos, la creación de un registro de médicos que acepten practicar el aborto o la eutanasia, como en el caso de la ley neozelandesa estudiada en este trabajo, ya que así se garantizaría el respeto a la privacidad e intimidad de las creencias del personal sanitario, evitando los posibles prejuicios que su declaración como objetores pudiera suponer en términos de discriminación laboral o promoción profesional.

Es innegable que la objeción de conciencia puede afectar a los derechos de los demás y, por tanto, debe poder ser objeto de limitaciones, como cualquier derecho fundamental, pero también es cierto que los derechos de terceros deben adaptarse también para permitir el derecho a la objeción de conciencia de los profesionales sanitarios. Se hace, por ello, necesario promover un ajuste razonable en el que se respete el principio de proporcionalidad y la jerarquía de los derechos, ya que un derecho fundamental, como es la libertad de conciencia, debe primar sobre una práctica médica como el aborto o la eutanasia, cuya consideración como derecho, a nivel internacional, carece a día de hoy de respaldo y de fundamento legal.

6. REFERENCIAS

- Ahdar, R. (2021). El derecho a la objeción de conciencia con respecto al aborto y la eutanasia: un informe de Nueva Zelanda. *Revista General de Derecho Canónico y Derecho Eclesiástico del Estado*, 57, 1-22.
- Anteproyecto de Ley Orgánica por la que se modifica la Ley Orgánica 2/2010, de 3 de marzo, de salud sexual y reproductiva y de la interrupción voluntaria del embarazo, aprobada en Consejo de Ministros el 30 de agosto de 2022. Disponible en: <https://cutt.ly/UNGHNob>
- Consejo de Europa (1950). Convenio Europeo de Derechos Humanos. Disponible en: <https://cutt.ly/DNHkzp7>.
- Consejo de Europa (2010). The right to conscientious objection in lawful medical care. Disponible en: <https://cutt.ly/8NL6Bf9>.
- El Independiente (2019). Una encuesta refleja que el 70% de los médicos está a favor de la eutanasia, 11 de diciembre de 2019. Disponible en <https://bit.ly/3IOxZqf>
- Fleming, V., Maxwell, C. y Ramsayer, B. (2020). Accommodating Conscientious Objection in the Midwifery Workforce: A Ratio-Data Analysis of Midwives, Birth and Late Abortions in 18 European countries in 2016. *Human Resources for Health*, 18(42), 1-9.
- Garcimartín, M^a. C. (2021). La objeción de conciencia en España. *Revista General de Derecho Canónico y Derecho Eclesiástico del Estado*, 57, 1-51.
- Ley de elección del final de la vida 2019, nº 67, 16 de noviembre. Disponible en <https://bit.ly/3Ojqvwq>
- Ley Orgánica 2/2010, de 3 de marzo, de salud sexual y reproductiva y de la interrupción voluntaria del embarazo. BOE núm. 55 de 4 de marzo de 2010. Disponible en: <https://cutt.ly/NNGHxX5>
- Ley Orgánica 3/2021, de 24 de marzo, de regulación de la eutanasia. BOE núm. 72, de 25 de marzo de 2021. Disponible en: <https://cutt.ly/cNGJlsQ>
- Mason, R., Nicol, J., Walker, J., Barnett, L., y Nicol, J. (2012). An Examination of the Duty to Accommodate in the Canadian Human Rights Context. Library of Parliament.
- Ministerio de Sanidad (2020). Número de profesionales de la enfermería que trabajan en el Sistema Nacional de Salud (SNS) en Atención Primaria, Atención Hospitalaria, Servicios de urgencias y emergencias (112/061) y Especialistas en formación según comunidad autónoma. Disponible en <https://bit.ly/3PompEU>

- Ministerio de Sanidad (2020). Número de profesionales de la medicina que trabajan en el Sistema Nacional de Salud (SNS) en Atención Primaria, Atención Hospitalaria, Servicios de urgencias y emergencias (I12/061) y Especialistas en formación según comunidad autónoma. Disponible en <https://bit.ly/3INLxIF>
- Navarro-Valls, R. (2014). Una ocasión perdida. Comentario a la STC de 23 de septiembre de 2014, sobre el registro de objetores de conciencia al aborto. *Revista General de Derecho Canónico y Derecho Eclesiástico del Estado*, 36, 1-7.
- Navarro-Valls, R. (2021). La objeción de conciencia a la eutanasia. *El Cronista del Estado Social y Democrático de Derecho*, 92, 8-15.
- Navarro-Valls, R., J. Martínez-Torrón J. (1997). *Las objeciones de conciencia en el derecho español y comparado*. McGraw-Hill Interamericana de España.
- Navarro-Valls, R., J. Martínez-Torrón J. (2006). Protección de la objeción de conciencia como derecho fundamental. Consideraciones sobre los proyectos de acuerdo de la República eslovaca con la Iglesia católica y con otras iglesias registradas. *Revista General de Derecho Canónico y Derecho Eclesiástico del Estado*, 12, 1-51.
- Navarro-Valls, R., J. Martínez-Torrón J. y M^a. J. Valero, M^a. J. (2022). Eutanasia y objeción de conciencia. *Palabra*.
- Ollero, A. (2014). Voto particular a la STC 151/2014. Disponible en <https://bit.ly/3B12kQt>
- Punzano, D. y Fernández, M^a. T. (2022). España tiene al menos 3.900 profesionales objetores de conciencia. *Redacción Médica*, 26 de enero de 2022. Disponible en <https://bit.ly/3PDdmiQ>
- Schuklenk, U. y Zolf, B. (2018). No conscientious objection without normative justification: Against conscientious objection in medicine. *The American Journal of Bioethics* 18(7), 60-61.
- Smalling, R. and Schuklenk, U. (2017). Against the accommodation of subjective healthcare provider beliefs in medicine: Counteracting supporters of conscientious objector accommodation arguments. *Journal of Medical Ethics*, 43(4), 253–256.
- STC 151/2014, de 25 de septiembre de 2014.
- TEDH, *Grimmark v. Sweden*, 12 March 2020, No. 43726/17.
- TEDH, *Steen v. Sweden*, 12 March 2020, No. 62309/17.
- Wicclair, M. R. (2011). *Conscientious objection in health care: An ethical analysis*. Cambridge University Press.