



UNIVERSITAT DE
BARCELONA



Observatori de
Bioètica i Dret
Universitat de Barcelona



Revista de Bioética y Derecho

www.bioeticayderecho.ub.edu – ISSN 1886 –5887

ARTÍCULO

La objeción de conciencia en el ámbito sanitario: un equilibrio entre derechos y deberes

L'objecció de consciència en l'àmbit sanitari: un equilibri entre drets i deures

Conscientious objection in the healthcare domain: A balance between rights and responsibilities

Rosa Maria Pérez-Capellades¹, Anna Falcó-Pegueroles², Sergio Ramos-Pozon³

¹ Rosa Maria Pérez-Capellades. (PhD, MSc, RN). Enfermera. Hospital del Pallars. Doctoranda en Enfermería y Salud, Universitat de Barcelona. Email: rperezca92@alumnes.ub.edu. ORCID: <https://orcid.org/0009-0005-6348-6129>.

² Anna Falcó-Pegueroles. (PhD, MSc, RN). Departamento de Enfermería Fundamental y Clínica. Facultad de Enfermería, Universitat de Barcelona. Miembro del Grupo de Investigación Consolidado SGR 325 Bioética, derecho y sociedad (BIOELSi). Universitat de Barcelona. Email: annafalco@ub.edu. ORCID: <https://orcid.org/0000-0002-3702-3009>.

³ Sergio Ramos-Pozon. Doctor en Filosofía. Departamento de Enfermería Fundamental y Clínica. Facultad de Enfermería, Universitat de Barcelona. Miembro del Grupo de Investigación Consolidado SGR 325 Bioética, derecho y sociedad (BIOELSi). Universitat de Barcelona. Email: sergioramos@ub.edu. ORCID: <https://orcid.org/0000-0002-5772-6676>.



Resumen

La entrada en vigor de la Ley Orgánica 3/2021 sobre eutanasia en España (2021), ha propiciado un debate de relevancia en el ámbito de la bioética, como es el de la objeción de conciencia (OC) de los profesionales de la salud. Ahora bien, a pesar de que la literatura científica ha abordado esta cuestión, lo cierto es que la comprensión de los motivos subyacentes que impulsan a los profesionales a objetar no está del todo clara. Diversos autores han destacado que la OC halla sus fundamentos en creencias personales, ética profesional, aspectos emocionales y dinámicas del propio sistema. A su vez, se ha observado cómo hay posiciones diversas sobre la legitimidad de la OC, generando debates sobre su validez.

Los objetivos de este artículo son revisar el concepto objeción de conciencia en el ámbito sanitario; analizar los factores que motivan este derecho; examinar las consecuencias de la OC en la carga asistencial de los profesionales no objetores; y explorar su posible conflicto ético con la justicia distributiva en la atención sanitaria. Por último, se reflexionará sobre la posibilidad de la OC institucional y sus posibles consecuencias en los derechos de pacientes y trabajadores.

Palabras clave: eutanasia; objeción de conciencia; bioética; repercusiones; barreras; objeción de conciencia institucional.

Resum

L'entrada en vigor de la Llei Orgànica 3/2021 sobre l'eutanàsia a Espanya (2021) ha suscitat un debat rellevant en l'àmbit de la bioètica, com és el de l'objecció de consciència (OC) dels professionals de la salut. Tanmateix, malgrat que la literatura científica ha abordat aquesta qüestió, és cert que la comprensió dels motius subjacents que impulsen els professionals a objectar no està del tot clara. Diversos autors han destacat que l'OC troba els seus fonaments en creences personals, ètica professional, aspectes emocionals i dinàmiques del propi sistema. Al seu torn, s'ha observat com hi ha posicions diverses sobre la legitimitat de l'OC, generant debats sobre la seva validesa. Els objectius d'aquest article són revisar el concepte d'objecció de consciència en l'àmbit sanitari; analitzar els factors que motiven aquest dret; examinar les repercussions de l'OC en la càrrega assistencial dels professionals no objectors; i explorar el seu possible conflicte ètic amb la justícia distributiva en l'atenció sanitària. Finalment, es reflexionarà sobre la possibilitat de l'OC institucional i les seves possibles repercussions en els drets dels pacients i treballadors.

Paraules clau: eutanàsia; objecció de consciència; bioètica; repercussions; barreres; objecció de consciència institucional.

Abstract

The enactment of Organic Law 3/2021 on euthanasia in Spain has sparked a significant debate in the field of bioethics, namely the issue of conscientious objection (CO) among healthcare professionals. However, despite the scientific literature addressing this matter, the understanding of the underlying reasons that drive professionals to object is not entirely clear. Several authors have highlighted that CO is rooted in personal beliefs, professional ethics, emotional aspects, and dynamics within the healthcare system. Simultaneously, there have been varying stances on the legitimacy of CO, leading to debates regarding its validity.

The objectives of this article are to review the concept of conscientious objection in the healthcare context, analyze the factors motivating this right, examine the consequences of CO on the workload of non-objecting professionals, and explore its potential ethical conflict with distributive justice in healthcare. Finally, we will reflect on the possibility of institutional CO and its potential implications for the rights of patients and healthcare workers.

Keywords: conscientious objection; bioethics; implications; barriers; institutional conscientious objection.

1. Introducción

La reciente aprobación en España de la Ley Orgánica 3/2021 de regulación de la eutanasia (2021), ha vuelto a situar en el debate bioético la relación entre el derecho de las personas a acceder a una prestación legalmente establecida y el derecho del profesional sanitario a acogerse a la objeción de conciencia (OC). Este nuevo contexto normativo ha hecho aflorar la situación en la que algunos profesionales de la salud pueden enfrentarse a dilemas éticos al tener que decidir si participan o no en procedimientos que van en contra de sus valores personales o creencias religiosas.

Si bien existe abundante literatura científica sobre la OC, poco se han analizado en profundidad las razones que subyacen en la decisión del profesional objetor y esta laguna de conocimiento incrementa la vulnerabilidad tanto de la persona que pide ayuda para morir como del profesional que prefiere declinar su participación en este procedimiento médico regulado por ley.

Los profesionales sanitarios pueden negarse a realizar ciertas acciones argumentando una gran variedad de razones (Brown *et al.*, 2021). Éstas pueden ser de distinta naturaleza y se relacionan con creencias personales, la ética profesional, aspectos emocionales, aspectos intrínsecos del propio sistema y la práctica clínica. Sin embargo, dependiendo de los factores que condicionen el rechazo a actuar y las razones que lo justifiquen podemos encontrar una gran variedad de contextos que, aunque similares, presentan matices diferenciadores que deben conocerse para proteger derechos.

Las creencias personales incluyen preferencias individuales, convicciones morales y religiosas, además de la negativa a realizar una acción profesional porque no es la norma habitual. El ethos profesional contiene los determinantes que entran en contradicción con los fines de la medicina o incluso con los principales preceptos del Juramento Hipocrático. Los aspectos emocionales se asocian a aquellos componentes afectivos que puedan derivarse de la actuación sanitaria. Finalmente, el sistema y la práctica clínica hace alusión a las expectativas generadas sobre el profesional, la falta de formación específica o la sobrecarga laboral, entre otros.

Dado que esta temática tiene un fuerte componente ético, moral, religioso e ideológico, es comprensible que comporte variedad de opiniones. En este sentido, podemos encontrar posiciones que van desde quienes defienden el derecho del objetor, hasta aquellos que abogan por poner restricciones e incluso quienes piensan que nunca se debería permitir (Wester, 2015; Dobrowolska *et al.*, 2020; Savulescu, 2006).

Es probable que las dudas acerca de su legitimidad se deban a las consecuencias que puede comportar la defensa moral y legal de la objeción de conciencia. Por eso, es necesario revisar hasta

qué punto cuando un profesional hace objeción de conciencia, su negativa condiciona la actividad asistencial de otros trabajadores (Bouthillier & Opatrny, 2019; Wicclair, 2019; McDougall *et al.*, 2022; Myskja, & Magelssen, 2018; Shanawan, 2016). Además, pueden producirse conflictos éticos respecto a la justicia distributiva (Panchuk & Thirsk, 2021; Schiller, 2017; Dobrowolska *et al.*, 2020; Wester, 2015; Eberl, 2019). Si estas problemáticas se producen en un contexto de objeción institucional (Shadd & Shadd 2019; Hempton, 2021), las probabilidades de que se produzcan estos conflictos aumentan.

Los objetivos de este artículo son revisar el concepto “objeción de conciencia” en el ámbito sanitario; analizar los factores que motivan este derecho; analizar las consecuencias de la OC en la carga asistencial de los profesionales no objetores; y explorar su posible conflicto ético con la justicia distributiva en la atención sanitaria. Por último, se reflexionará sobre la posibilidad de la OC institucional y sus posibles consecuencias en los derechos de pacientes y trabajadores.

2. Objeción de conciencia y términos similares

Para muchos profesionales sanitarios, el término "objeción de conciencia" puede estar relacionado, sin saberlo, con términos afines, aunque distintos, como son la desobediencia civil, la objeción de ciencia, la pseudo-objeción, la cripto-objeción y la objeción de conveniencia (Altisent *et al.*, 2008).

En relación con el primero, la desobediencia civil, se produce cuando una persona considera que una normativa jurídica no es legítima, por lo que puede deliberadamente incumplirla, con la intención de producir un cambio social a través de la modificación parcial o total de las leyes. En un contexto clínico, la finalidad de tal negativa no sería oponerse a una actuación clínica concreta, sino que, al afirmar la injusticia de la ley, estaría dispuesto a aceptar las sanciones correspondientes.

En relación con el segundo término, la objeción de ciencia ocurre cuando el profesional que evalúa el acto clínico considera que hay suficiente evidencia científica que lo desaconseja y, por tanto, podría incurrir en incumplimiento de la *lex artis* (Seoane, 2021).

En la pseudo-objeción, el profesional se declara objetor, aunque sus razones no sean morales. Lo hace por desconocimiento, porque no está seguro, porque no quiere tomar una postura al respecto o porque no quiere asumir complicaciones.

En la cripto-objeción, el sujeto no se reconoce objetor, pero actúa como si lo hiciera, alegando argumentos que desaconsejan su participación en determinados tratamientos médicos.

Por último, en relación con la objeción de conveniencia, el profesional no quiere realizar una prestación para evitar el rechazo del entorno profesional o para no asumir las tareas que otros han objetado realizar.

En este artículo defendemos que la objeción de conciencia es la negativa a cumplir una tarea profesional exigida por las leyes, aduciendo razones morales, religiosas o de conciencia. El derecho del profesional que alega objeción de conciencia debería ser respetado siempre y cuando sea para una decisión individual y para una actuación concreta, comunicada previamente de forma razonada y razonable, respetando al máximo los derechos de los pacientes a recibir la prestación sanitaria correspondiente.

En el contexto sanitario, una gran dificultad a la hora de implementar la opción del profesional objetor, radica en la misma definición de conciencia y su importancia moral. La conciencia puede servir para distinguir entre el bien y el mal; puede ser entendida como una facultad que emerge después de un juicio moral; o incluso como una convicción de que debemos actuar de acuerdo con nuestra comprensión individual que la moralidad exige (Schuklenk, 2018).

Wicclair (2014) ha propuesto dos modelos y criterios para evaluar su genuinidad, que son el modelo militar y el modelo de la comunicación. El primero se enfoca en determinar si los profesionales de la salud cumplen con un estándar de genuinidad establecido por otros, mientras que el segundo se enfoca en involucrar a los profesionales de la salud en un proceso de reflexión y diálogo para determinar la genuinidad de sus objeciones de conciencia. Además, destaca diferentes criterios para evaluar la genuinidad de las objeciones como la consistencia, la universalidad y la no evasión. Se enfatiza la importancia de distinguir entre las objeciones de conciencia y las objeciones basadas en razones económicas o estéticas, y se sugiere que los profesionales de la salud podrían comprender mejor estas diferencias si tuvieran la oportunidad de discutir sus objeciones con alguien encargado de revisar las solicitudes de acomodación.

La cuestión relativa a la valoración de la genuinidad de la conciencia también tiene dificultades inherentes. Byrnes (2021) mantiene que el acceso confiable a las creencias morales fundamentales de una persona es cuestionable puesto que las complejidades entorno a la situación clínica y la incertidumbre pueden dificultar la articulación de estas creencias. El autor sugiere encontrar un equilibrio entre las obligaciones profesionales de los sanitarios y su derecho a objetar por motivos de conciencia, mediante la implementación de procedimientos claros y transparentes para manejar las objeciones de conciencia y la promoción de un diálogo constructivo entre profesionales y pacientes (Byrnes, 2021).

Finalmente, a modo de conclusión sobre el concepto OC en el ámbito sanitario, puede afirmarse que la auténtica OC, está basada en motivos morales o de conciencia y/o religiosos.

Ahora bien, existe la posibilidad de que fundamentarla en estos motivos pueda comportar dificultades para valorar su genuinidad, razón por la cual hallamos posturas diversas sobre si hay que permitirla o no.

3. Factores que motivan la objeción de conciencia

En cualquier sociedad moderna y plural conviven personas con diferentes valores, creencias y morales. Esta riqueza también se encuentra en el ámbito sanitario, motivo por el cual, pueden generarse problemas éticos que exijan sistemas de prevención de dicha problemática, además de modelos para la toma de decisiones éticas en salud.

Probablemente, uno de los inconvenientes o perjuicios a la hora de respetar las decisiones objetoras, viene dado por la poca reflexión ética en torno al concepto de OC, por lo que sería necesario hacer más pedagogía y formación (Lamb & Pesut, 2021).

Existen posturas favorables y desfavorables respecto a la protección del derecho de los profesionales sanitarios a la OC. En relación con las primeras, defienden que una acción determinada puede ser considerada contraria a la moral del profesional, lo cual debería ser respetado sin la necesidad de dar ninguna argumentación (Wester, 2015; Zolf, 2019). Por tanto, no sería necesario evaluar si las razones aportadas están o no fundamentadas, ya que las creencias son tan personales que no deberían poder ser cuestionadas. No obstante, este argumento implica problemas a la hora de prestar asistencia. Si no se conoce claramente en qué situaciones el profesional puede declararse objetor y en cuáles no, se puede vulnerar el derecho del paciente a ser atendido de forma ágil y, al mismo tiempo, incumplirse en el deber de atención sanitaria que tiene el profesional (Zolf, 2019).

En la misma línea, Wicclair (2011) mantiene que hay que proteger la opción de conciencia por cuatro razones. En primer lugar, debe considerarse la protección de la autonomía y la integridad moral, puesto que, al proteger a los objetores de conciencia, la sociedad muestra respeto por las elecciones morales y la integridad de los agentes autónomos. En este análisis, la negativa de un profesional sanitario a proporcionar servicios profesionales por motivos de conciencia no es simplemente una expresión de sus valores morales (en contraposición a su juicio profesional), sino que también indica que su integridad como agente moral está en juego al ser obligado a actuar contra su voluntad. En segundo lugar, deben evitarse daños psicológicos derivados de la amenaza a la integridad moral o incluso la percepción de pérdida de dicha integridad. En tercer lugar, deben poderse respetar las creencias religiosas al ser miembro de una sociedad plural, permitiendo que los profesionales sanitarios puedan actuar conforme sus

convicciones religiosas. Aun así, debe considerarse aquí que de igual manera hay que garantizar el derecho a la protección de la salud de las personas. En cuarto y último lugar, otra razón aportada por Wicclair (2011), es la promoción del pluralismo y el debate público, para poder avanzar en el campo sanitario.

Por otra parte, en ocasiones, se apela a la negativa de la objeción de conciencia argumentado que en un sistema sanitario los intereses de los pacientes van por encima de los intereses de los profesionales. Este es el caso de Symons (2022), quien concibe la objeción de conciencia en base a la objeción de falibilidad y la objeción de discreción profesional. La objeción de falibilidad es una crítica a la idea de que la ley y los códigos de conducta profesionales son guías infalibles para la conducta ética en la atención médica. Se sugiere que la objeción de conciencia ha proporcionado históricamente una forma de controlar los excesos de la ley y las convenciones profesionales. La objeción de discreción profesional se basa en el hecho que los médicos deben tener la libertad de tomar decisiones fundamentadas en el mejor interés de sus pacientes. Por eso, una objeción de conciencia permitiría negarse a actuar en el mejor interés para el paciente.

Por otra parte, en relación con los argumentos que apuestan por poner restricciones a la OC, se basan en el derecho del paciente a recibir el tratamiento o intervención sanitaria regulada legalmente.

Se ha sugerido que, para alegar objeción por motivos de conciencia, el profesional ha de poder argumentar y justificarla en base a razones morales, ideológicas o religiosas. Algunos autores, incluso, van más allá y exigen, para que sea éticamente aceptable, una "restricción de razonabilidad" en la que se indique normativamente en qué áreas puede ser legítima una OC y en cuáles no (Zolf, 2019). Sin embargo, otros autores sostienen que es necesario demostrar la genuinidad de la demanda de objeción, en tanto que esta debe ser razonable y justificable que demuestre la razonabilidad y la autenticidad de la decisión (Card, 2017).

Otra opción también es pedir a los objetores que demuestren que su OC se hace en base a creencias morales o religiosas, aunque estas creencias no se puedan justificar. Este tipo de argumentación recibe el nombre de "demostrar la genuinidad" (Kantymir & Mcleod, 2014).

También encontramos la postura de Navarro (2021), que propone aplicar restricciones a modo de contraprestación al deber legal. La primera podría ser de tipo asistencial, como por ejemplo que el objetor hiciera revisión de historias clínicas; la segunda, realizar tareas de apoyo, por ejemplo, en los comités de ética; y la tercera, que la autora considera la más adecuada, que la información "objeto de conciencia" sea incorporada a la base de datos de la historia clínica de los pacientes en el sistema de salud pública. Esta última opción, se complementaría con un segundo elemento que es la creación de un registro de objetores de conciencia.

Por último, aunque la literatura expone más argumentos a favor que en contra de la OC, existen obviamente posiciones que se apoyan en el hecho de que los pacientes podrían ser discriminados y sufrir retrasos o dificultades para acceder a los servicios sanitarios si son atendidos por un profesional objetor. Algunos autores sostienen que cuando se compromete la calidad, eficiencia o entrega equitativa de un servicio, no debe ser tolerada (Savulescu, 2006) e incluso admiten que no se debería aceptar una objeción de conciencia si esto supone una carga excesiva para otros profesionales (Wicclair, 2014).

Savulescu & Schuklenk (2017) sostienen que los profesionales están obligados a actuar en interés de los pacientes y no en los suyos propios, puesto que están obligados a proporcionar los servicios que ofrecen los sistemas de salud independientemente de sus principios y valores. Incluso afirman que se debería hacer una selección entre los profesionales sanitarios al optar por un puesto en el ámbito sanitario y se debería seleccionar preferentemente a aquellos que no sean objetores.

4. Repercusiones de la OC en los profesionales no objetores

La sobrecarga asistencial derivada de la OC ha sido ya estudiada en el contexto sanitario, ya sea en relación con la interrupción voluntaria del embarazo (Bo *et al.*, 2015; Autorino *et al.*, 2020; Finegan, 2019) o con los servicios prestados por los profesionales farmacéuticos (Fovargue & Neal, 2022), aunque no suficientemente estudiada en el contexto de fin de vida de los pacientes, en relación con la eutanasia o el suicidio médicamente asistido.

Como hemos expuesto anteriormente, la negativa a participar en una intervención sanitaria se basa en valores y/o creencias personales. No obstante, cabe destacar que, en relación con la eutanasia y el suicidio asistido, se pueden producir objeciones de conciencia por temor a la posible carga emocional asociada o por temor a las posibles repercusiones psicológicas. Puede haber también miedo a la estigmatización por parte de los compañeros de trabajo, y deseo de evitar la carga administrativa asociada a un requerimiento de muerte médicamente asistida (Bouthillier & Opatrny, 2019). En todo caso, objetar no puede llevar implícito la desatención del paciente ni que los otros miembros del equipo deban asumir de facto una sobrecarga no planificada durante su actividad asistencial. Aunque no existe una regla que determine la medida en que puede haber dicha sobrecarga, ésta dependerá de ciertas variables como el número de profesionales dispuestos a realizar el acto clínico que debería haber hecho el objetor, o la cantidad y frecuencia en la que se dan profesionales sanitarios objetores (Wicclair, 2019).

Myskja & Magelssen (2018), sugieren que una de las obligaciones que deberían asumir los profesionales objetores fuese la de cooperar en la reducción de las cargas que se produzcan en los

otros profesionales. Shanawan (2016), mantiene que los médicos han de proporcionar información de todas las opciones médicas con sus pacientes, incluso aquellas que ellos mismos puedan objetar, además de facilitar en tal caso que otro profesional pueda proporcionar la atención médica objeto de objeción, priorizando siempre los intereses del enfermo. Esta sugerencia también sería aplicable a otros profesionales sanitarios objetores.

5. El conflicto ético entre la objeción de conciencia y la justicia distributiva

Los profesionales sanitarios tienen, desde su ámbito de competencia, la responsabilidad de atender las necesidades de atención de la salud de todos los miembros de la sociedad y de preservar y proteger la confianza depositada en ellos. La atención sanitaria es un derecho y debe ser gestionado de manera ética y responsable por el bien común de la sociedad. En este contexto, Shanawan (2016) afirma que la objeción de conciencia puede generar una desigualdad e injusticia al comprometer el acceso de un paciente a este bien público.

Un ejemplo de ello podrían ser los profesionales sanitarios de zonas rurales o con menos densidad poblacional, que podrían experimentar conflictos derivados de su deseo de objetar y, al mismo tiempo, querer que los pacientes puedan recibir esa prestación. En dichas zonas, donde la sustitución de personal sanitario es más limitada, los profesionales podrían sentirse obligados a proporcionar el procedimiento en cuestión a pesar de sus objeciones personales (Panchuk & Thirsk, 2021). Además, ello comportaría una mayor dificultad también para los pacientes que desean recibir atención sanitaria en su propia área de residencia (Schiller, 2017; Dobrowolska *et al.*, 2020); y estarían involucrados costos financieros añadidos para acudir a otro proveedor, lo que afectaría especialmente a los pacientes con menos recursos económicos (Wester, 2015).

En la misma línea, existe una tensión entre el respeto a la objeción de conciencia de los profesionales sanitarios y la justicia distributiva también en el contexto del final de la vida. La distribución justa y equitativa de los recursos y servicios de atención sanitaria es uno de los pilares fundamentales de los sistemas sanitarios. Sin embargo, es importante recordar que los recursos en atención sanitaria son limitados, y que la OC puede tener un impacto significativo en la distribución justa de estos recursos. Por lo tanto, es necesario abordar la cuestión de la OC con el objetivo de respetar los derechos de los pacientes y, al mismo tiempo, garantizar el derecho de los profesionales a objetar. Una solución propuesta es que los profesionales transfieran la atención médica a otros que sí estén dispuestos a proporcionarla (Eberl, 2019).

En cualquier caso, la objeción de conciencia no debe utilizarse como una excusa para retrasar o negar el acceso a los servicios y tratamientos necesarios para los pacientes. Los profesionales de la salud y los responsables gestores y políticos, tienen la responsabilidad de garantizar que se aborden estas cuestiones de manera equitativa para garantizar que los pacientes reciban siempre la atención adecuada. Y cuando la objeción de conciencia viene dada, no desde el profesional sanitario sino desde la propia institución, esta situación puede comportar discriminación e injusticias si la objeción no se gestiona adecuadamente

6. La objeción de conciencia institucional

La objeción de conciencia es un tema complejo y controvertido que puede serlo más aún cuando se defiende de forma institucional. Algunos países como España, Chile o Colombia han debatido su legitimidad (Díez, 2022).

La objeción institucional se refiere a la negativa de una persona jurídica a ofrecer determinados tratamientos o servicios que estén en conflicto con sus valores, mientras que la objeción individual se refiere a la negativa de un profesional, motivada por cuestiones íntimas y personales.

La doctrina jurídica española, contempla las denominadas “empresas ideológicas”, que son las que tienen un ideario o ética particular, cuestión que podría enfrentar con la dimensión ética interna del trabajador. El Tribunal Constitucional aprobó la Directiva 2000/78/CE, sobre discriminación en el ámbito del empleo y la ocupación, que incorpora el concepto “respeto a la ética de la organización” (Puig, 2020).

Desde el Observatorio de Bioética y Derecho se apuntaba en el año 2007, que las personas podían acogerse al derecho a la objeción de conciencia, derivado de la libertad ideológica y de culto, pero no las instituciones (Casado & Corcoy, 2007).

Más recientemente, el Tribunal Constitucional desestimó un recurso de inconstitucionalidad contra la Ley Orgánica 3/2021, de 24 de marzo, de regulación de la eutanasia, en el cual se negaba la posibilidad de extender la objeción de conciencia a un ámbito institucional, por carecer de fundamento constitucional y por poner en riesgo la efectividad de la prestación (Tribunal Constitucional, 2023).

El Comité de Bioética de España, entidad asesora del Gobierno en cuestiones bioéticas, defiende la legitimidad de la objeción de conciencia institucional en relación con la ayuda para morir (2021a & 2021b). Si bien argumentan que una institución no puede poseer conciencia, al

ser una entidad jurídica y no moral, reconocen que las personas que conforman dicha institución pueden verse afectadas en su libertad religiosa o de conciencia si se les obliga a realizar procedimientos que van en contra de sus creencias. En consecuencia, sostienen que una institución puede actuar como un agente moral si sus decisiones se basan en valores éticos y morales compartidos por su personal. Mantienen que la objeción de conciencia institucional es posible siempre y cuando se respeten los derechos de los pacientes y se garantice su acceso a los procedimientos necesarios, estableciendo protocolos claros y transparentes para gestionar la OC institucional y garantizar la información y el acceso a la atención sanitaria para todos los pacientes.

Ahora bien, el Comité de Bioética de Catalunya (2021), se pronunciaba con una posición contraria basada en que todas las instituciones que gestionan servicios sanitarios, sociosanitarios o residenciales están obligadas a cubrir todas las prestaciones de la cartera de servicios del Sistema Nacional de Salud. Por consiguiente, una institución que se niegue a prestar este servicio no solo falta al respeto a la autonomía del paciente, sino que impone un ideario que se sitúa por encima del consenso social establecido por la legislación. Además, una OC institucional que impone un ideario y/o valores a sus profesionales obstaculiza el ejercicio profesional.

En Chile esta forma de objeción se ha utilizado en relación con el aborto y la educación sexual (Kottow, 2021). Defensores de la objeción de conciencia institucional se basan en que es necesaria para proteger las creencias y valores de las organizaciones religiosas y otras organizaciones con fines específicos. Algunos argumentan que la objeción de conciencia institucional puede ser utilizada para socavar los derechos reproductivos y sexuales, así como para limitar el acceso a servicios públicos importantes (Cabello & Núñez, 2018).

En relación con el contexto de final de vida, las objeciones institucionales pueden repercutir negativamente en la experiencia del paciente, especialmente en la muerte asistida y los cuidados paliativos. Los pacientes pueden encontrarse con obstáculos, incluyendo retrasos en la evaluación de su elegibilidad y dificultades para obtener los medicamentos necesarios, en el caso de la muerte asistida. Además, estas objeciones pueden limitar las opciones del paciente y generar conflicto emocional y estrés en los últimos días de vida, también de la familia.

Por tanto, resulta crucial implementar una regulación más precisa que armonice las posiciones institucionales con la elección del paciente. Es fundamental garantizar una mejor regulación que permita equilibrar las posiciones institucionales con las preferencias del paciente, así como mejorar la transparencia y la comunicación clara de las posiciones institucionales. De esta forma, se asegura que los pacientes tengan acceso a la atención que desean al final de sus vidas (White *et al.*, 2023).

Shadd & Shadd (2019) sostienen que las instituciones tienen derecho a autogobernarse y decidir si ofrecen o no ayuda para morir a sus pacientes, basándose en el principio ético fundamental de la autogobernanza institucional en la práctica médica. Este derecho les permite tomar decisiones en torno a su propia práctica, lo que incluye decidir si ofrecen o no esta prestación sanitaria. Los autores argumentan que existen varias razones legítimas, no relacionadas con la objeción de conciencia, por las que un centro de salud podría optar por no ofrecer la eutanasia o el suicidio asistido, como la capacidad y experiencia institucional, así como la percepción del cuidado paliativo en relación con la eutanasia. Es posible que gran parte de esta cuestión se deba a una comprensión inadecuada del concepto objeción de conciencia.

Es necesario destacar que cuando una institución se niega a proporcionar algunos procedimientos en concreto y a rechazarlos en consecuencia, no está ejerciendo una objeción de conciencia auténtica. La verdadera objeción de conciencia se basa en la conciencia y los derechos de las personas. Según sostiene Wester (2015), una institución puede tener una misión clara, que incluso comparte ciertas similitudes con la conciencia de una persona, ya que es fundamental para la identidad y la integridad de la institución. Dicha misión representa los valores éticos, compromisos y principios específicos que defiende. Sin embargo, consideramos que una institución no puede fundamentar sus premisas en derechos civiles, aunque tenga una serie de valores que quiera respetar y fomentar.

Un Estado aconfesional no debe permitir la objeción de conciencia institucional ya que los valores y principios de las instituciones no deben prevalecer sobre los derechos de las personas. Una objeción institucional que no respete los valores y principios de sus profesionales estaría imponiendo un ideario y restringiendo los derechos de los profesionales y esto sería una injusticia y una violación de derechos fundamentales. Sin embargo, sería legítima una objeción de conciencia institucional siempre y cuando no impida a los trabajadores llevar a cabo la praxis médica que la institución rechaza.

Aunque una institución debe definir su código ético, éste no debe confundirse con la capacidad de normativizar la posición de sus trabajadores frente a una actuación regulada por ley y aprobada democráticamente, que los profesionales están obligados a cumplir y los pacientes tienen derecho a recibir. El profesional debe ser libre para elegir sin coacción. La institución debe facilitar la elección de los pacientes y garantizar el acceso a la prestación.

Es esencial que la institución ofrezca alternativas viables para que el paciente pueda recibir la atención médica necesaria, sin comprometer los principios de la institución.

Por eso, compartimos la tesis de Hempton (2021) al recomendar que, en caso de que una institución rechace participar en determinados procedimientos médicos por coherencia con sus

valores, debería establecer cómo responder a las solicitudes de los pacientes de información o acceso a la atención requerida.

Conclusiones

La OC es un tema actual, complejo y controvertido, debido a la potencial colisión entre derechos y obligaciones de pacientes y profesionales sanitarios, a la vez que, por los problemas relacionados con una distribución justa de los recursos sanitarios, siempre limitados. La similitud con otros términos similares puede aumentar la confusión sobre qué es OC y cuáles son los factores que la motivan. Por tanto, es importante delimitar adecuadamente su significado y alcance y analizar el impacto en la práctica profesional y la atención de los pacientes.

Es importante considerar también que la OC puede generar sobrecarga asistencial dentro de los equipos sanitarios, cuestión relevante a considerar por los gestores para garantizar la calidad asistencial.

Si bien la atención sanitaria es universal en todo el territorio español, la distribución geográfica de los recursos puede influir en aquellas situaciones en las que el objeto se encuentra en un entorno rural de atención a la salud, puesto que hay menor posibilidad de sustituir al profesional objeto. Esto puede retrasar o dificultar la solicitud del paciente motivo de objeción, por lo que existiría un conflicto ético con repercusiones a nivel institucional y económico.

En cuanto a la objeción institucional, ésta puede ser irrespetuosa e injusta respecto a los derechos y valores del paciente, así como comprometer la libertad profesional y ética de los trabajadores sanitarios. Para respetar los valores de los trabajadores de la salud, habrá que respetar también a aquellos que estén dispuestos a realizar prácticas asistenciales que la propia institución rechaza, como ejercicio de transparencia y responsabilidad, generando así confianza entre los profesionales, al ver sus valores respetados.

En todo caso, la objeción de conciencia debe ser respetada, como ejercicio honesto hacia las ideologías y valores de las personas, independientemente de que sean compartidas o no, como reflejo de un estado democrático comprometido con los valores y principios fundamentales de sus ciudadanos, a la vez que el sistema se responsabiliza de garantizar la atención de calidad y regulada a nivel legal, solicitada por el paciente. Animamos el debate sobre la OC y a la búsqueda continua de fórmulas que garanticen la coexistencia del derecho del profesional a objetar por conciencia y el derecho del paciente y su entorno familiar a ser atendido con excelencia.

Referencias

- ◆ Altisent, R., de Lorenzo, R., González, R., Gracia, D., Monzon, J. L., Rodríguez, J., *et al.* (2008). Ética de la objeción de conciencia. En: Guías de ética en la práctica médica https://www.fcs.es/images/Publipdf/Guia_etica_objecion_conciencia.pdf
- ◆ Autorino, T., Mattioli, F., & Mencarini, L. (2020). The impact of gynecologists' conscientious objection on abortion access. *Soc Sci Res*, 87, 102403. doi: 10.1016/j.ssresearch.2020.102403.
- ◆ Bo, M., Zoti, C., & Charrier, L. (2015). Conscientious objection and waiting time for voluntary abortion in Italy. *Eur J Contracept Reprod Health Care*, 20(4), 272-282. doi: 10.3109/13625187.2014.990089.
- ◆ Bouthillier, M., Opatrny, L. (2019). A qualitative study of physicians' conscientious objections to medical aid in dying. *Palliative Medicine*, 33(9), 1212-1220. doi:10.1177/0269216319861921.
- ◆ Brown, J., Goodridge, D., Thorpe, L., Hodson, A., & Chipanshi, M. (2021). Factors influencing practitioners who do not participate in ethically complex, legally available care: scoping review. *BMC Med Ethics*, 22(1), 134. doi: 10.1186/s12910-021-00703-6.
- ◆ Byrnes, J. (2021). The Problem of "Core Moral Beliefs" as the Ground of Conscientious Objection. *HEC Forum*, 33, 291-305. doi: 10.1007/s10730-020-09425-5.
- ◆ Cabello, J., & Núñez, A. (2018). Objeción de conciencia institucional y regulación en salud: ¿existe una excusa legítima frente al aborto en Chile? *Rev. Bioética y Derecho*, 43, 161-177.
- ◆ Card, R. (2017). The Inevitability of Assessing Reasons in Debates about Conscientious Objection in Medicine. *Camb Q Healthc Ethics*, 26(1), 82-96. doi: 10.1017/S0963180116000669.
- ◆ Casado, M., & Corcoy, M. (coords). (2007). Documento sobre objeción de conciencia en Sanidad. Observatori de Bioètica i Dret. Disponible en: <http://www.publicacions.ub.edu/refs/observatoriBioEticaDret/documents/07898.pdf>
- ◆ Comité de Bioética de España. (2021a). Opinión del comité de bioética de España sobre la objeción de conciencia en sanidad. Available: <http://assets.comitedebioetica.es/files/documentacion/es/La%20objecion%20de%20conciencia%20en%20sanidad.pdf>
- ◆ Comité de Bioética de España. (2021b). Informe del comité de bioética de España sobre la objeción de conciencia en relación con la prestación de la ayuda para morir de la ley orgánica reguladora de la eutanasia. Available: <http://assets.comitedebioetica.es/files/documentacion/Informe%20CBE%20sobre%20la%20Objecion%20de%20Conciencia.pdf>
- ◆ Comité de Bioètica de Catalunya. (2021). Reflexions del Comitè de Bioètica de Catalunya i el Comitè d'Ètica de Serveis Socials de Catalunya sobre una possible negativa, en nom de l'ideari institucional, a l'aplicació de la Llei reguladora de l'Eutanàsia. Available: https://canalsalut.gencat.cat/web/.content/_Sistema_de_salut/CBC/recursos/documents_tematica/reflexions-possible-negativa-a-laplicacio-de-la-llei-reguladora-de-leutanasia.pdf
- ◆ Díez, J. (2022). ¿Tiene cabida en nuestro ordenamiento la objeción institucional para las entidades sanitarias? *Anuario de Derecho Eclesiástico del Estado*, 38, 321-340.
- ◆ Dobrowolska, B., McGonagle, I., Kozak, A., & Kane, R. (2020). Conscientious object in nursing: Regulations and practice in two European countries. *Nursing Ethics*, 27(1), 168-183.
- ◆ Eberl, J. (2019). Protecting reasonable conscientious refusals in health care. *Theor Med Bioeth*, 40(6), 565-581. doi: 10.1007/s11017-019-09512-w

- ◆ Finegan, T. (2019). Conscientious objection to referrals. *J Med Ethics*, 45(4), 277-279. doi: 10.1136/medethics-2018-105067
- ◆ Fovargue, S., & Neal, M. (2022). UK pharmacists' experiences and perceptions of conflict between personal ethical commitments and professional obligations, as set out in professional guidance. *Int J Pharm Pract*, 30(3), 241-246. doi: 10.1093/ijpp/riac022
- ◆ Kantymir, L., & McLeod, C. (2014). Justification for conscience exemptions in health care. *Bioethics*, 28(1), 16-23.
- ◆ Hempton, C. (2021). Voluntary assisted dying in the Australian state of Victoria: an overview of challenges for clinical implementation. *Ann Palliat Med*, 10(3), 3575-3585.
- ◆ Kantymir, L., & McLeod, C. (2014). Justification for conscience exemptions in health care. *Bioethics*, Jan;28(1):16-23. doi: 10.1111/bioe.12055
- ◆ Kottow, M. (2021). Conscientious objection in medicine: Experience in Chile. *Dev World Bioeth*, 21(2), 63-67. doi: 10.1111/dewb.12294
- ◆ Lamb, C., & Pesut, B. (2021). Conscience and conscientious objection in nursing: A personalist bioethics approach. *Nursing Ethics*. doi: 10.1177/0969733021996037
- ◆ Ley Orgánica 3/2021, de 24 de marzo, de regulación de la eutanasia. «BOE» núm. 72, de 25 de marzo de 2021, páginas 34037 a 34049 (13 págs.)
- ◆ McDougall, R., White, B., Ko, D., Keogh, L., & Willmott, L. (2022). Junior doctors and conscientious objection to voluntary assisted dying: ethical complexity in practice. *J Med Ethics*, 48(8), 517-521. doi: 10.1136/medethics-2020-107125
- ◆ Myskja, B., & Magelssen, M. (2018). Conscientious objection to intentional killing: an argument for toleration. *BMC Med Ethics*, 19(1), 82. doi: 10.1186/s12910-018-0323-0
- ◆ Navarro, S. (2021). La objeción de conciencia en sanidad: contraprestación y registro de objetores. Tesis doctoral. Available: <https://www.tdx.cat/handle/10803/672651?locale-attribute=es#page=1>
- ◆ Panchuk, J., & Thirsk, L. (2021). Conscientious objection to medical assistance in dying in rural/remote nursing. *Nurs Ethics*, 28(5), 766-775. doi: 10.1177/0969733020976185
- ◆ Puig, M. (2020). La tensión entre la libertad ideológica y la libertad de empresa. *Derechos y Libertades*, 42, 303-335. doi.org/10.14679/1161
- ◆ Savulescu, J. (2006). Conscientious objection in medicine. *BMJ*, 332(7536), 294-297.
- ◆ Savulescu, J., & Schuklenk, U. (2017). Doctors Have no Right to Refuse Medical Assistance in Dying, Abortion or Contraception. *Bioethics*, 31(3), 162-170. doi: 10.1111/bioe.12288
- ◆ Shadd, P., & Shadd, J. (2019). Institutional non-participation in assisted dying: Changing the conversation. *Bioethics*, 33(1), 207-214. doi: 10.1111/bioe.12528
- ◆ Schiller, C. (2017). Medical Assistance in Dying in Canada: Focus on Rural Communities. *The Journal for Nurse Practitioners*, 13(9), 628-634.
- ◆ Schuklenk, U. (2018). Conscientious objection in medicine: accommodation versus professionalism and the public good. *British Medical Bulletin*, 126, 47-56. doi: 10.1093/bmb/ldy007
- ◆ Seoane, JA. (2021). Lex artis como estándar de la práctica clínica. *Folia Humanística*, 2(6), 1-23. doi: 10.30860/0081
- ◆ Shanawan, H. (2016). The Challenges of Conscientious Objection in Health Care. *J Relig Health*, 55, 384-393. doi: 10.1007/s10943-016-0200-4
- ◆ Symons, X. (2022). Conscientious Objection in Health Care: Why the Professional Duty Argument is Unconvincing. *The Journal of Medicine and Philosophy*, 47, 549-557. doi: 10.1093/jmp/jhac013

- ◆ Tribunal Constitucional. (2023, 13 de septiembre). NOTA INFORMATIVA N° 69/2023 [Comunicado de prensa].
https://www.tribunalconstitucional.es/NotasDePrensaDocumentos/NP_2023_069/NOTA%20INFORMATIVA%20N%C2%BA%2069-2023.pdf
- ◆ Wester, G. (2015). Conscientious Objection by Health Care Professionals. *Philosophy Compass*, 10(7), 427–437. doi: 10.1111/phc3.12235.
- ◆ White B., Jeanneret, R., Close, E., & Willmott L. (2023). The impact on patients of objections by institutions to assisted dying: a qualitative study of family caregivers' perceptions. *BMC Medical Ethics*, 24:22
- ◆ Wicclair, M. R. (2011). *Conscientious objection in health care: An ethical analysis*. Cambridge: Cambridge University Press.
- ◆ Wicclair, M. (2014). Managing Conscientious Objection in Health Care Institutions. *HEC Forum*, 26, 267–283. doi: 10.1007/s10730-014-9241-9
- ◆ Wicclair, M. (2019). Conscientious Objection, Moral Integrity, and Professional Obligations. *Perspectives in Biology and Medicine*, 62(3), 543-559.
- ◆ Zolf, B. (2019). No conscientious objection without normative justification: Against conscientious objection in medicine. *Bioethics*, 33(1), 146–153. doi: 10.1111/bioe.12521.

Fecha de recepción: 9 de septiembre de 2023

Fecha de aceptación: 4 de diciembre de 2023

Fecha de publicación: 14 de febrero de 2024