Eutanasia y libertad de conciencia: derechos y obligaciones profesionales[a]

Salvador Tarodo Soria
Profesor de Derecho Público. Universidad de León.
Rosana Triviño Caballero
Profesora de Bioética y Humanidades Médicas. Universidad Complutense de Madrid.
Gonzalo Díaz-Cobacho
Investigador predoctoral. Universidad de Granada.

Puntos clave

- La necesidad de garantizar la prestación de ayuda a morir genera en los profesionales de la sanidad una serie de deberes jurídicos.
- Los profesionales sanitarios cuyas convicciones personales sean incompatibles con la práctica de la eutanasia en cualquiera de sus dos modalidades, administración o prescripción, pueden acogerse a la objeción de conciencia.
- El ejercicio de la objeción de conciencia debe ser una excepción que en ningún caso puede menoscabar el acceso y la calidad asistencial de la prestación.
- La objeción de conciencia es una decisión individual por razones de conciencia.
- No es posible ni la objeción de conciencia colectiva ni la institucional.
- No deberían poder acogerse a la objeción de conciencia el médico consultor, farmacéuticos, psicólogos clínicos u otros profesionales, pues no se encuentran directamente vinculados a la administración o prescripción de la eutanasia.

[a]Trabajo desarrollado en el marco del Proyecto de Investigación Bioética, Final de la vida, Donación y Trasplante de Órganos (INEDYTO-II) [PID2020-118729RB-I00], financiado pro el MCIN/AEI.

Libertad de conciencia, objeción de conciencia y eutanasia

La conciencia de la propia muerte y la forma de entenderla es, probablemente, uno de los ámbitos de la vida más estrechamente vinculado con las convicciones personales, objeto de protección del derecho de libertad de conciencia (art. 16.1 Constitución Española; en adelante, CE). En las sociedades plurales que se caracterizan por la existencia de diversas cosmovisiones, las decisiones sobre el final de la vida no pueden ser tomadas al margen de la voluntad de la persona interesada. Su decisión debe ser respetada, pues no existe un deber constitucional de imponer o tutelar la vida a toda costa y en contra de la voluntad del titular[2]. El derecho a elegir cómo se quiere morir y la posibilidad de adecuar este proceso a las propias convicciones es garantía de la coherencia personal, fuente de la autoestima y del respeto de los demás, y está ligada indisolublemente a la *dignidad de la persona*.

La afirmación del derecho a solicitar y recibir ayuda para morir genera una serie de deberes que afectan, fundamentalmente, a las administraciones públicas, pero también a los profesionales sanitarios. El establecimiento de estas obligaciones ha determinado que la Ley haya abierto la puerta a la objeción de conciencia (en adelante OC) para aquellos profesionales que entiendan que los deberes derivados de la ayuda a morir son incompatibles con sus convicciones personales (art. 16, Ley Orgánica 3/2021, de Regulación de la Eutanasia; en adelante LORE). Se trata del ejercicio de dos manifestaciones del derecho de libertad de conciencia de dos sujetos distintos: por un lado, el paciente que decide solicitar y recibir ayuda para morir de acuerdo con sus propias convicciones; por otro lado, el profesional que se ve afectado por un deber jurídico del que pretende sustraerse por entender que su realización sería contraria a sus convicciones.

Sin embargo, las dos pretensiones no se encuentran en un mismo plano. Es preciso recor-

Tabla 1. Objeción de conciencia a la eutanasia en la Ley Orgánica de Regulación de al Eutanasia y en el *Manual de las buenas prácticas en eutanasia*

Interrogantes	LORE	MBPE
¿QUIÉNES?	«Profesionales sanitarios directamente implicados en la prestación de ayuda para morir»	• «Profesionales de medicina y de enfermería que intervengan en el proceso final» de administración, prescripción o suministro • «Médicos/as responsables y consultores/as» • «Otros/as profesionales sanitarios que pudiesen intervenir en el procedimiento» • «Farmacéuticos/as en el caso de que sea necesaria la formulación magistral de alguno de los medicamentos que se van a administrar dentro del proceso de ayuda para morir, y en la preparación de kits de medicamentos»
		EXPRESAMENTE EXCLUÍDOS:
		• Miembros de la Comisión de Garantía y Evaluación.
CARACTERÍSTICAS	**Individual** (art. 16)	**Individual:** «Tiene un carácter personal y, por lo tanto, no podrá ejercerse por una institución, un centro, un servicio o una unidad»
		Específica: «Referida a las acciones concretas de la ayuda para morir. No puede extenderse a los cuidados derivados de la atención habitual que requiera el paciente»
		Concreta: Artículo 8. Procedimiento a seguir por el médico responsable cuando exista una solicitud de prestación de ayuda para morir Artículo 11. Realización de la prestación de ayuda para morir
¿QUÉ?	**DOS ALTERNATIVAS DE INTERPRETACIÓN**	«Actos necesarios y directos, anteriores o simultáneos, sin los cuales no fuese posible llevarla a cabo»
	ART. 3: Frente a cualquier «demanda de actuación sanitaria regulada en la Ley» / **ART. 16:** Solo frente a la «prestación de ayuda a morir», administración o prescripción de la sustancia	**EXPRESAMENTE EXCLUÍDOS:** • «No será aplicable al resto de actuaciones sanitarias, asistenciales, de cuidados, administrativas, de información a pacientes y familiares, acompañamiento ni a los traslados intercentros»
¿CUÁNDO?	• «Anticipada» (art. 16)	• «OC general, previa y por escrito»
		• Se aceptará «la objeción sobrevenida» y la reversibilidad en la decisión
¿CÓMO?	• «Por escrito» (art. 16)	• Por escrito (en el caso de la objeción de conciencia general y previa)
¿DÓNDE?	• Inscripción en el Registro de Objetores (art. 16)	• Responsable del centro sanitario • Inscripción en el Registro
¿SUBSISTEN OBLIGACIONES PARA EL OBJETOR?	• El acceso y la calidad asistencial de la prestación no pueden resultar menoscabados por el ejercicio de la OC sanitaria (art. 14)	• «Informar al paciente de su derecho a la objeción». • «Derivar dicha solicitud a su inmediato superior o a otro profesional para iniciar el procedimiento»
LÍMITES	**ARTÍCULO 14** • «La prestación de la ayuda para morir se realizará en centros sanitarios públicos y privados o concertados y en el domicilio sin que el acceso y la calidad asistencial de la prestación puedan resultar menoscabados por el ejercicio de la OC sanitaria o por el lugar donde se realiza»	• «Las administraciones sanitarias garantizarán y facilitarán el derecho a la prestación de ayuda para morir» • «El legítimo ejercicio del derecho a la OC no puede limitar, retrasar o condicionar la solicitud del paciente» • «El ejercicio del derecho a la OC por los profesionales sanitarios no supondrá merma o menoscabo de la atención sanitaria»

LORE: Ley Orgánica 3/2021 de Regulación de la Eutanasia; MBPE: *Manual de las buenas prácticas en eutanasia*; OC: objección de conciencia.

dar que en un *Estado de derecho* (art. 1.1 CE) la regla general debe ser el cumplimiento de la norma jurídica, pues el *respeto a la ley* es fundamento del orden político y de la paz social (art. 10.1 CE). Nadie puede estar, por tanto, por encima de la ley, la OC debe ser contemplada, en consecuencia, como una excepción que solo puede ejercitarse si se garantiza el ejercicio del derecho por parte de quien legítimamente ha adoptado una decisión acorde con la ley. El texto normativo no deja lugar a dudas al afirmar que el ejercicio de la OC por parte del profesional *no puede menoscabar el acceso y la calidad asistencial de la prestación* (art. 14 LORE).

Las Administraciones públicas se convierten, de esta forma, en garantes del cumplimiento de las obligaciones ligadas a la prestación, pero también de la propia OC, pues su ejercicio solo va a ser posible si se aseguran las condiciones para que quien solicita ayuda para morir pueda hacerlo de forma efectiva. Las Administraciones públicas deben organizar el sistema sanitario de forma eficaz y el profesional que objeta debe, en todo caso, facilitar la continuidad de la prestación, informar, seguir los protocolos y derivar a otros profesionales, sin perjudicar u obstaculizar el ejercicio del derecho por parte del paciente.

¿Quién puede acogerse a la objeción y cuál es su alcance?

La OC a la eutanasia únicamente puede ser invocada por el *profesional sanitario* que esté *directamente implicado en la prestación* (art. 16.1 LORE). De acuerdo con la Ley 44/2003, de 21 de noviembre, *de ordenación de las profesiones sanitarias*, el concepto de *profesional sanitario* incluye, de forma genérica, a cualquier profesional que se dedique a la salud (art. 2.1), aunque no contempla profesiones dedicadas a aspectos sociosanitarios o psicosociales (art. 2.2), como el trabajo social o la psicología clínica. Esta regulación, unida a las características de la prestación de ayuda a morir, hace que la referencia en la LORE a los profesionales sanitarios afecte fundamentalmente al colectivo médico y enfermero.

Más problemas plantea la delimitación del alcance de la OC. Las expresiones: «directamente implicados en la prestación de ayuda» o «directamente implicado en su realización», del art. 16, parecen no dejar ningún lugar a dudas sobre la voluntad de restringir la objeción estrictamente a los actos de realización de la prestación de ayuda para morir descritos en el art. 11, es decir, la *administración* o la *prescripción*. El art. 3, sin embargo, introduce confusión al definir la OC como el «derecho individual de los profesionales sanitarios a no atender aquellas demandas de actuación sanitaria reguladas en esta ley que resulten incompatibles con sus propias convicciones», criterio considerablemente más extenso, pues son muchas las obligaciones contempladas en la ley y numerosos los sujetos afectados por ellas a lo largo de todo el proceso.

El comité técnico encargado de elaborar el *Manual de las buenas prácticas en eutanasia* (en adelante MBPE)[2] ha optado por una interpretación extensiva de la objeción que no compartimos. Comencemos por aclarar que el MBPE no es una norma jurídica; posee carácter *orientador de la correcta aplicación de la ley* (Disposición adicional sexta, LORE) y contiene meras recomendaciones que deben ser congruentes con los principios y derechos que la propia legislación reconoce, sin que puedan ser contrarios a los mismos. Según el MBPE, la OC alcanza a los actos de realización de la prestación descritos en el art. 11, pero, también, a las obligaciones *descritas en el artículo 8* de la ley, pues «ambas actuaciones —las del art. 8 y las del 11— deben entenderse como parte del mismo procedimiento de prestación de ayuda para morir»[2]. Por tanto, incluye a los profesionales de medicina y enfermería que intervengan en el proceso final de prescripción o administración de medicamentos (art. 11), pero también a los médicos responsables (art. 8.1 y 8.2) y consultores (art. 8.3), así como a «otros profesionales sanitarios que pudiesen intervenir en el procedimiento por requerírseles su participación, entre ellos psicólogos clínicos» y «farmacéuticos/as en el caso de que sea necesaria la formulación magistral de alguno de los medicamentos»[3]. El único límite que se establece en el MBPE es que la OC «no será aplicable al resto de actuaciones sanitarias, asistenciales, de cuidados, de información a pacientes y familiares, acompañamiento, ni a los traslados intercentros»[2].

La posición adoptada en el MBPE nos parece excesivamente laxa, rebasa incluso la amplia definición del art. 3 de la ley (al referirse a obligaciones, como la del farmacéutico, no incluidas en la LORE), y desvirtúa el criterio de restringir la objeción solamente a los «directamente implicados en la prestación de ayuda» (art. 16 LORE). Podría ser razonable que la objeción, inicialmente reservada a los profesionales que intervengan en el proceso final de prescripción o administración de medicamentos (art. 11), se extendiera a algunas de las obligaciones que afectan al médico responsable (art. 8. 1 y 2), pero más por una cuestión fáctica que conceptual. En una práctica de hondo calado ético y emocional como es la eutanasia, creemos conve-

niente que sea el mismo médico responsable, junto con el resto del equipo asistencial, quien lleve a cabo la deliberación necesaria y acompañe a lo largo de todo el proceso.

Nos resulta, sin embargo, poco comprensible que la OC pueda extenderse, como expresamente se contempla en el MBPE, a las obligaciones del *médico consultor* (art. 8.3 LORE), que únicamente se circunscriben a estudiar la historia clínica y examinar al paciente para corroborar que se dan las condiciones médicas que determinan la existencia del denominado «contexto eutanásico» (art. 5 LORE). No se explica la *implicación directa* del médico consultor en la prestación de la ayuda a morir. Su tarea es de mera constatación de una situación médica que, en ningún caso, determina la práctica de la eutanasia. Esta dependerá de la decisión del paciente y de la actividad directa de los profesionales que prescriban o administren el medicamento (que sí tienen esa *implicación directa* que les permite objetar). Igualmente sucede con la referencia que el MBPE hace a la OC de otros profesionales sanitarios, como los farmacéuticos, cuya OC queda reservada a la preparación de los kits y a la hipotética e improbable circunstancia de que tuvieran que intervenir *in situ* para preparar la fórmula magistral del medicamento. En estos casos, la objeción ni siquiera cabría dentro de los ya de por sí extensos límites que la norma introduce en su definición del art. 3.

El MBPE establece la exclusión de los objetores de la Comisión de Garantías y Evaluación («deberá garantizarse que sus miembros no sean profesionales objetores a la LORE, a fin de asegurar el normal desarrollo del procedimiento de prestación de ayuda para morir»[2]), introduciendo un requisito que la ley no contempla. Esto resulta contradictorio con la oportuna indicación que el propio manual incluye de que «no podrá discriminarse a ningún profesional sanitario que haya declarado su condición de objetor de conciencia»[2]. Es preciso subrayar que, al igual que sucede con el médico consultor, ninguna de las funciones de los miembros de la Comisión de Garantía y Evaluación (art. 18) supone una *implicación directa en la prestación de la ayuda*. Por tanto, nos parece un error introducir una prohibición innecesaria no contemplada en la LORE e incoherente con el propio contenido del MBPE.

La OC es una *decisión individual por razones de conciencia* (art. 16.1 LORE). No es posible, por tanto, ni la OC colectiva ni la institucional. Los directores de instituciones, centros, servicios o unidades solo podrán, por tanto, objetar a título individual, pero no imponer sus reservas a todo el personal de las mismas. Ni siquiera es posible la OC institucional en el caso de los denominados *centros hospitalarios de tendencia*, es decir, aquellos hospitales privados con derecho a tener una ideología propia (en España, frecuentemente de carácter religioso). El art. 14, al configurar el derecho como prestación, deja claro que «la prestación de la ayuda a morir se realizará en centros sanitarios públicos, privados o concertados, y en el domicilio». De forma que, aunque la gestión e incluso la titularidad de un centro hospitalario pueda ser privada, el servicio sanitario sigue siendo público. Las administraciones conservan, por consiguiente, una obligación de regulación básica, supervisión y control de dicha función, que incluye la garantía de igualdad de derechos, servicios y prestaciones para la ciudadanía[3]. Esto determina que, cuando la LORE incluye la ayuda a morir entre las prestaciones del servicio sanitario, lo hace por igual para los centros públicos, concertados y privados. La OC puede, por ende, ser individual por parte de los profesionales sanitarios, con independencia del carácter público o privado del centro, pero no puede haber una objeción colectiva o institucional que impida la prestación. Prima, por tanto, el elemento subjetivo sobre el colectivo o institucional, pues las convicciones, que es lo que se trata de preservar, son esencialmente personales y subjetivas. Una institución puede tener un ideario, pero no experimentar culpa, remordimiento o pérdida de la propia identidad por llevar a cabo una acción contraria a sus convicciones.

Resta por precisar el significado de la afirmación de que la OC es una decisión *por razones de conciencia* (art. 16.1 LORE). El Tribunal Europeo de Derechos Humanos se ha encargado de puntualizar que la protección del art. 9 del Convenio Europeo de Derechos Humanos (derecho a la libertad de pensamiento, conciencia y religión) se aplica únicamente «a la opinión que alcanza determinado nivel de fuerza, seriedad, coherencia e importancia»[4]. Quedan, en consecuencia, fuera de su ámbito de protección tanto las ideas, creencias y opiniones que no alcancen el grado de la convicción, como las meras cuestiones técnicas, preferencias o gustos personales.

El profesional sanitario que sienta la necesidad debe objetar, por tanto, con responsabilidad. La OC debe ser auténtica, se protegen las convicciones más profundas, tan estrechamente vinculadas con la propia identidad, que la persona, de verse obligada a comportarse en contra, sentiría que deja de ser ella misma. No se exige, sin embargo, prueba o justificación de este arraigo. El Estado debe creer a quien objeta, pues no tiene forma de entrar dentro de la

conciencia a valorar la autenticidad de las convicciones, salvo cuando estas se exteriorizan a través de acciones (por ejemplo, si un profesional sanitario objeta a una práctica en hospitales públicos y la realiza en hospitales privados). Los formularios de solicitud de OC no incluyen exigencia alguna de justificación. Desde el punto de vista legal, es indiferente el motivo y, en su dimensión interna, incontrolable su autenticidad. Esta garantía democrática no puede ser aprovechada para incurrir en un uso irresponsable o espurio de la OC. Hay autores que han defendido la necesidad de realizar algún tipo de justificación sobre los motivos para la objeción, en aras de la transparencia y la rendición de cuentas[5,6].

Finalmente, es necesario hacer referencia a la posibilidad de la *OC parcial*. La LORE admite, como se ha señalado, la OC a *la prestación de ayuda a morir* (art. 16) y contempla dos modalidades de la misma: *prescribir* y *administrar* (art. 3.). Dada la diferencia cualitativa que existe entre la acción de prescribir y la de administrar, sería posible que fuera solo la administración directa de la sustancia la que produjera un conflicto ético inasumible pero no así su prescripción. La *OC parcial* debería ser admitida, siempre que se garantice, en condiciones de igualdad, el ejercicio del derecho a aquellos pacientes que no pueden administrarse la sustancia por sí mismos.

También puede ocurrir que haya profesionales dispuestos a realizar o no la eutanasia en función de otros factores particulares (tipo de enfermedad o de paciente; grado de relación con el paciente; haber formado parte o no del proceso deliberativo, entre otros). Se trataría, sin embargo, de supuestos sustancialmente diferentes del anterior más vinculados con el pluralismo ético con el que cada profesional afronta la ayuda a morir que con una necesidad de preservar convicciones vinculadas a la propia personalidad, que es lo que determina la existencia de la OC. Quedarían, en cualquier caso, estos supuestos fuera del ámbito de reconocimiento de la LORE, que solo admite la OC a *la prestación de ayuda a morir*. No cabe duda que todas estas problemáticas reflejan la complejidad ética que supone la atención en el final de la vida y abren un debate sobre casos particulares no contemplados por el legislador.

Procedimiento para el ejercicio de la objeción de conciencia en el contexto eutanásico

De acuerdo con lo establecido en la LORE (art. 16), los requisitos para ejercer la OC son dos: por un lado, la comunicación de manera individual, anticipada y por escrito del rechazo a realizar la prestación por razones de conciencia al servicio asistencial correspondiente. Por otro lado, la inscripción de la declaración de objeción en un registro autonómico creado para ese fin. La información que se solicita en ambos casos se limita a la identificación y lugar de trabajo de la persona que objeta, amparada por el principio de estricta confidencialidad y la normativa de protección de datos personales. El procedimiento se puede realizar virtualmente si se cuenta con DNI electrónico o certificado digital y, por las razones expuestas en el apartado anterior, no incluye aspectos relacionados con los motivos de la negativa a realizar la prestación.

El objetivo de estos requisitos es garantizar una gestión adecuada de la prestación de ayuda para morir. La inclusión del registro de objetores, principal novedad en la regulación de la OC existente en España, pretende proporcionar una visión de conjunto sobre la realidad de los centros en los que pueden llevarse a cabo estas prácticas. Este panorama resulta más difícil de establecer solo con la declaración de objeción en cada uno de los centros. De hecho, el conocimiento de la OC sanitaria en España (número de profesionales que recurren a ella, cómo se distribuye en el territorio, qué consecuencias acarrea) resulta escaso. Esta situación es contraria al principio de transparencia exigible a todo servicio público y puede tener un impacto relevante en la igualdad de acceso a la prestación en todo el territorio.

La introducción del registro como condición para el ejercicio de la OC ha dado lugar a fuertes críticas desde diversos partidos políticos[7] e instituciones colegiales[8]. Se argumenta que es un mecanismo de potencial discriminación y vulneración de la confidencialidad. Asimismo, se reivindica que existe un derecho fundamental a no tener obligación de declarar sobre la ideología, la religión o las creencias (art. 16.2 CE), por lo que se considera que este requisito contraviene este precepto constitucional. Frente a estos argumentos, cabe señalar que la LORE prevé que la información sea tratada confidencialmente y de acuerdo con la legislación vigente en materia de protección de datos. Además, quienes objeten no tienen la obligación de declarar sobre el contenido o motivación de sus convicciones, sino de notificar su rechazo a una prestación legalmente establecida e incluida en la cartera de servicios, para poder garantizar el derecho de las personas que la requieran.

Desde posiciones críticas se ha defendido también que se trata de una medida de escasa utilidad, considerando que la inscrip-

ción en el registro no es una condición indispensable para el ejercicio de la OC, sino un procedimiento de carácter organizativo que no puede restringirlo[8]. Ciertamente, ni la declaración anticipada ni la inscripción en el registro suponen un impedimento para el ejercicio de la OC.

De ahí que consideremos fundamental la reflexión pausada sobre las implicaciones éticas de participar en una eutanasia, en qué casos y circunstancias cabría una negativa por motivos de conciencia y cuáles deben ser sus límites no solo jurídicos, sino también éticos. La ley no prevé ningún mecanismo para controlar el uso legítimo de la OC; no existen comprobaciones, ni requisitos vinculantes, ni sanciones. Queda, pues, en buena medida en manos de los profesionales evitar el abuso de una figura que, si bien cuenta con una cobertura legal eficaz y un sólido reconocimiento jurídico y moral, presenta el riesgo de dejar sin efectividad la prestación a la que se objeta y, por ende, los derechos de quienes la solicitan.

Como alternativa y en otro contexto, se ha propuesto la creación de un registro de no objetores, bajo la premisa de que resultaría más efectivo para la planificación del servicio que el de objetores[9]. Sin embargo, entendemos que esta opción convierte la OC en la norma y niega su carácter de excepción sujeta a una serie de condiciones que, aunque no resulten vinculantes, pretenden incentivar su ejercicio responsable. Si la norma regula el cumplimiento de los deberes que garantizan la prestación, corresponde a quien objeta, y no a quien cumple con su obligación, la inscripción en el registro.

Otro aspecto que se debe tener en consideración es la llamada *OC sobrevenida*, que puede surgir en aquellos profesionales que cambian de convicciones o detectan el conflicto de conciencia durante el desarrollo del proceso eutanásico. A nuestro juicio, dicha circunstancia debería ser amparada, pues el derecho a la libertad de conciencia incluye el derecho a cambiar de convicciones, siempre que se garantice que no afecte al ejercicio del derecho de ayuda a morir. Implicaría, también, poder inscribir o anular, cuantas veces sea necesario, las declaraciones de objeción en el Registro. El límite a la OC sobrevenida sería, de esta forma, el mismo que el de la OC previa: que no se menoscabe el acceso y la calidad asistencial de la prestación.

Conclusiones

El derecho a solicitar y recibir ayuda para morir se configura como prestación, de forma que genera una serie de deberes tanto en los poderes públicos como en los profesionales sanitarios. La LORE reconoce la OC a los profesionales que entiendan que las obligaciones derivadas de la ayuda a morir entran en conflicto con sus propias convicciones personales. La OC debe ser una excepción que no puede impedir «el acceso y la calidad asistencial de la prestación». El ejercicio de la OC debe realizarse de forma respetuosa con las convicciones y la libertad de elección del paciente. Las Administraciones públicas deben organizar los servicios de forma que se garantice la continuidad y efectividad de la prestación. Para contribuir a este objetivo, la LORE introduce el registro de objetores como un mecanismo que veremos si acaba resultando un instrumento eficaz y complementario del requisito establecido en regulaciones similares (notificación anticipada a la persona responsable del servicio correspondiente). La comisión técnica responsable del MBPE se ha encargado de completar aspectos que la LORE no ha determinado suficientemente: qué profesionales pueden objetar, cuál es el alcance de la OC (conflicto entre arts. 3 y 16) y sobre qué obligaciones se proyecta (¿únicamente las del art. 11?, ¿también las del art. 8? o, ¿todas las que derivan de la aplicación de la Ley *-ex* art. 3-?). Desde nuestro punto de vista, el resultado de dicha interpretación es que la posibilidad de recurrir a la OC ha quedado, en ocasiones, explícitamente ampliada respecto a lo previsto en la ley, en otras, peligrosamente indefinida. A nuestro juicio, la OC debería restringirse a los «profesionales sanitarios directamente implicados en la prestación de ayuda para morir» (art.16) y proyectarse únicamente sobre las obligaciones de administrar o prescribir la sustancia (art. 11). La OC no debería extenderse al médico consultor, cuya intervención se circunscribe a corroborar la existencia del contexto eutanásico y que, por tanto, no tiene implicación directa en la ayuda a morir. Tampoco a otros profesionales sanitarios o farmacéuticos, a menos que participen directamente en la ayuda a morir. La OC es una decisión individual, no es posible, por tanto, ni la OC colectiva ni la institucional. Sí debe admitirse, sin embargo, la *OC parcial*, a una de las dos modalidades de ayuda a morir y la *OC sobrevenida*, pues el derecho de libertad de conciencia incluye la posibilidad de cambiar de convicciones.

Este reconocimiento que tanto la LORE como el MBPE otorgan a la OC, libre de sanciones y exigencias vinculantes, convierte a la objeción en un recurso cuya protección y garantía resulta incomparablemente mayor a la que se establece para la efectividad de la prestación de eutanasia. Semejante desequilibrio puede dar lugar a la vulnera-

Resumen

La Ley Orgánica 3/2021 de Regulación de la Eutanasia introduce el derecho a solicitar y recibir ayuda para morir y lo configura como una prestación que genera unas obligaciones en las administraciones públicas y en los profesionales sanitarios. La norma reconoce a los profesionales sanitarios la posibilidad de acogerse a la objeción de conciencia, si entienden que la ayuda a morir les supone deberes incompatibles con sus convicciones personales. La ley aclara que el ejercicio de la objeción por parte del profesional no puede menoscabar el acceso y la calidad asistencial de la prestación por parte de quien ha decidido acogerse a ella. Sin embargo, deja abierta una serie de interrogantes sobre qué sujetos pueden acogerse a la objeción de conciencia y cuál es el alcance de esta. La opinión de los autores es que la objeción es un mecanismo de carácter excepcional cuyo ejercicio ha de ser individual y responsable; está restringida a los profesionales *directamente implicados* en la prestación y solo se extiende a aquellas obligaciones directamente vinculadas con la ayuda a morir.

ción de la autonomía de las personas solicitantes y, *de facto*, al incumplimiento del deber de no abandono que forma parte de las obligaciones profesionales. Para evitar estas consecuencias indeseables, cabe confiar, por un lado, en el cumplimiento de las obligaciones legales y en el buen hacer de las Administraciones públicas; por otro, en el ejercicio responsable de la OC por parte de los profesionales sanitarios. Para ello, la empatía, proximidad y predisposición hacia la reflexión conjunta y la toma de decisiones compartida pueden contribuir de manera significativa a afrontar la complejidad que supone la atención en el final de la vida. Solo así será posible garantizar el respeto de todas las conciencias, las de los profesionales y las de quienes buscan un buen morir.

Agradecimientos

A los miembros del proyecto de investigación INEDyTO II sobre Bioética y Prácticas Relacionadas con el Final de la Vida (PID2020-118729RB-I00), que han aportado sus enriquecedoras ideas para la elaboración del presente artículo.

Lecturas recomendadas

→ **Tarodo S. Libertad de conciencia y derechos del usuario de los servicios sanitarios. Universidad del País Vasco; 2005.**

La monografía estudia el derecho de libertad de conciencia y la autonomía del paciente en el ámbito de la sanidad. Se analizan de forma sistemática los derechos a la intimidad, a la información sanitaria y a decidir sobre cuestiones que afectan a la propia salud.

→ **Triviño R. El peso de la conciencia. La objeción en el ejercicio de las profesiones sanitarias. Madrid: CSIC-Plaza y Valdés; 2014.**

Este libro aborda, desde un punto de vista de la ética aplicada, el concepto, la evolución, las perspectivas teóricas y las condiciones del ejercicio de la objeción de conciencia en el ámbito sanitario.

Bibliografía

1. Preámbulo de la Ley Orgánica 3/2021, de 24 de marzo, de regulación de la eutanasia (BOE n.º 72, de 25 de marzo de 2021).
2. Manual de Buenas Prácticas en Eutanasia, Ministerio de Sanidad; 2022. [Consultado: 15 de diciembre de 2021]. Disponible en: https://www.sanidad.gob.es/eutanasia/docs/Manual_BBPP_eutanasia.pdf
3. Tarodo Soria, S. Libertad de conciencia y servicios sanitarios prestados por entes confesionales concertados con el Estado, en: CIMBALO G. (ed.), Federalismo fiscale, principio di sussidiarietà e neutralità dei servizi sociali erogati: esperienze a confronto Atti del Convegno di Ravenna 4-6 maggio 2006. Italia: Bononia University Press; 2007.
4. TEDH, Campbell y Cosans contra Reino Unido, § 36.[Internet.] [Consultado el 15 diciembre 2021] Disponible en: https://hudoc.echr.coe.int/eng#{%22itemid%22:[%22001-57455%22]} .
5. Triviño Caballero R. El peso de la conciencia. La objeción en el ejercicio de las profesiones sanitarias. Madrid: CSIC-Plaza y Valdés; 2014.
6. Card RF. A New Theory of Conscientious Objection in Medicine. Justification and Reasonability. Londres: Routledge; 2020.
7. Daniele L. «Los médicos se oponen al registro de objetores a la ley de eutanasia». ABC [Internet]. 3 de marzo de 2021. [Consultado el 15 diciembre 2021]. Disponible en: https://www.abc.es/sociedad/abci-consejo-general-colegios-medicos-opone-registro-objetores-ley-eutanasia-202103031436_noticia.html
8. Consejo General de Colegios Oficiales de Médicos (CGCOM). «El CGCOM no considera necesario la creación de un registro de objetores de conciencia ante la regulación de la eutanasia y el suicidio asistido» [Internet]. 2021. Disponible en: https://www.cgcom.es/sites/default/files/u183/np_registro_objetores_eutanasia_cgcom_03_03_21.pdf Consultado el 15 diciembre 2021.
9. Europa Press. «Presidente del Comité de Bioética propone un registro de no objetores al aborto y pide no limitar el derecho a objetar». 23 de septiembre de 2021; [Consultado el 15 diciembre 2021]. Disponible en: https://www.europapress.es/sociedad/noticia-presidente-comite-bioetica-propone-registro-no-objetores-aborto-pide-no-limitar-derecho-objetar-20210923182914.html.