

TRIBUNA ABIERTA

La objeción de conciencia sanitaria

Juan Siso Martín
Doctor en Derecho Público



La objeción de conciencia sanitaria es entendida como la negativa del profesional a someterse (por cuestiones éticas) a una conducta que, en principio, le es jurídicamente exigible.

Para poder ser invocada ha de sustentarse en juicios éticos o morales, no simplemente ideológicos. No hay objeción cuando lo que concurre es simple oposición. No atender a personas de determinada procedencia u orientación por este único motivo, invocando objeción de conciencia, sólo puede ser calificado de discriminación.

Tampoco debe confundirse la objeción con la insumisión. Ésta supone la negativa a someterse a cierto poder, por el desacuerdo sustancial con el mismo, sin que concurren, necesariamente, los motivos éticos o morales mencionados.

Su reconocimiento legal

La objeción de conciencia, o mejor dicho el derecho a la objeción, tiene en nuestro ordenamiento jurídico reconocimiento al máximo nivel, reconociéndose en el artículo 16 de la Constitución. La libertad ideológica y de creencias es una de las libertades públicas básicas inseparable de la dignidad de la persona. Consiste en aquello que en Francia se conoce, de una forma más elemental, como libertad de pensamiento. Sin ella, en realidad, no son concebibles otras libertades de la persona, como la de expresión o de información, a las que se refiere el artículo 20 del Texto Fundamental citado. Esta libertad de pensamiento y su posible plasmación en la objeción de conciencia tiene reconocimiento, también, como no podía ser de otra manera, en los Códigos Deontológicos profesionales.

Su aceptación tiene antigua raigambre en nuestro espacio cultural, pues la Declaración de los Derechos del Hombre y del Ciudadano, de 1798, ya expresaba que "nadie debe de ser inquietado por sus opiniones...". La Ley fundamental de Bonn, de 1949 declaraba que "...la libertad de conciencia... e ideológica... son inviolables...".

El valor del reconocimiento legal de este derecho no es meramente formal, pues para que el objetor no incurra en conducta antijurídica, expresando su objeción, es preciso que este derecho tenga reconocimiento a través de una norma jurídica. Tal es el caso en nuestro Derecho que lo inserta en el terreno de la libertad de conciencia.

No existe, sin embargo, hay que decir, una norma específica para la objeción de conciencia sanitaria, como la hubo en el terreno de la objeción al servicio militar obligatorio, con la Ley 48/1984.

La problemática de la colisión de derechos

En la práctica clínica es frecuente que se encuentren enfrentados dos derechos objeto de protección jurídica. Debe solventarse este conflicto decidiendo si pueden coexistir ambos, o no. En el primer caso habrá que fijar las reglas de la coexistencia y en el segundo determinar cuál de los dos debe ser sacrificado. Esto tiene una importancia general en el terreno asistencial, pero cobra especial relieve en el campo de la objeción de conciencia sanitaria, como vamos a ver.

El paciente solicita una actuación que el medio sanitario debe dispensar, pero el profesional concreto del que se solicita dicha actuación alega objeción de conciencia y se opone a lo solicitado. Evidentemente, se encuentran en colisión, en estos casos, el legítimo derecho del paciente a la prestación demandada y el no menos legítimo derecho del profesional a oponer, en los casos que proceda, su objeción de conciencia a lo solicitado. ¿Debe el paciente perder la obtención de lo solicitado? ¿Es, tal vez, el profesional el que ha de deponer su objeción? ¿Son compatibles ambas posturas? Veremos que la respuesta es esta última, con algunas matizaciones.

Quién puede acogerse a la objeción

Parece, en principio, que un derecho planteado con tanta generosidad para su eventual ejercicio podría alcanzar a cualquier persona que, en el entorno del acto clínico afectado, invoque su concurrencia. La interpretación no es, sin embargo, extensiva y sólo pueden acogerse a la objeción los profesionales directamente relacionados con el acto objetado: médico que ha de prescribir o ejecutar el acto; farmacéutico que debe dispensar el producto; e, incluso, el auxiliar sanitario que colabora directamente en el acto centro de la objeción (un instrumentista, por ejemplo). No es, sin embargo, admisible la objeción planteada por quien carece de acción directa en el proceso, como el celador que lleva la camilla al quirófano, el mecánico que prepara el área quirúrgica o el pinche que ha de preparar o entregar la alimentación a la persona objeto del acto objetado. En este sentido restrictivo se ha pronunciado el Tribunal Constitucional.

Es importante destacar que no es admisible la objeción de un profesional respecto de determinados actos en el medio sanitario público, cuando lleva a cabo idénticas actuaciones fuera del mismo ámbito (ginecólogo que rechaza interrupciones de embarazo en un hospital público y las practica en la Medicina privada). Tampoco puede plantear objeción un profesional, director de un centro público, respecto de actuaciones que constituyan el objeto de prestaciones garantizadas por el sistema sanitario, solicitadas y desarrolladas en forma debida. Su condición de responsable del centro le obliga a garantizar esa prestación, otra cosa es que el profesional concreto que haya de llevarla a cabo objete, o el mismo directivo cuando, un día, regresa a su ejercicio asistencial.

Forma y momento de declarar la objeción

No existe una forma concreta de expresarla, si bien por seguridad jurídica es conveniente la comunicación escrita, de la decisión de objetar, a la Administración por parte del profesional, para que aquella pueda reajustar la asistencia y mantener activo el dispositivo sanitario, sin implicar al profesional que, por su objeción, no quiere actuar. No hay que olvidar que hablamos de objeción respecto de prestaciones garantizadas por el sistema sanitario público y que se trata de permitir la coexistencia del legítimo derecho a la objeción con el, no menos legítimo, de acceder a una prestación de la cartera de servicios pública. Conviene destacar que la Administración deberá adaptar el dispositivo sanitario en el que presta servicio el objetor a la negativa de éste; no puede, en definitiva, "orillar" profesionalmente a quien ha objetado por ese solo hecho.

No hay plazos concretos y la objeción al igual que puede ser manifestada en cualquier momento, puede ser de igual forma revocada.

Objeción y aborto

El Código Deontológico Médico recoge la irresponsabilidad del médico que actúe en prácticas abortivas dentro de los supuestos legales, así como la posibilidad del profesional de acogerse a la objeción en cualquier caso. En el segundo supuesto, establece la obligación del facultativo de informar al paciente y de respetar la libertad de éste para acudir a otro facultativo.

En todo caso, aborto delictivo o interrupción despenalizada del embarazo, el profesional sanitario puede acogerse a su legítima posibilidad de objetar. Veamos un ejemplo ilustrativo (1). En el Hospital Punta Europa de Algeciras se había programado una interrupción gestacional para un feto femenino, que contaba con 24 semanas y 5 días, a quien con anterioridad se le habían diagnosticado malformaciones (hidrocefalia, ascitis, oligoamnios y agenesia renal). El feto sobrepasaba el plazo legal para proceder a su expulsión, pues aquél termina, en el caso de las malformaciones como motivo, a las 22 semanas, a pesar de lo cual se programó la interrupción gestacional. La realización del proceso abortivo estuvo cuajada de irregularidades (2). Se realizó un cariotipo para detectar las irregularidades en el feto, comenzando el proceso antes referido, sin embargo, sin esperar su resultado. Comenzó con un intento fallido, de acabar con su vida, mediante cloruro potásico. Se decidió, entonces, intervenir en quirófano, directamente. La operación consistió en pinchar al feto (hasta nueve veces) con una aguja metálica para atravesar su cuerpo e inyectarle directamente en el corazón una dosis letal, sin lograrse el fallecimiento del feto. Se le aplicó a la gestante cytotec en vagina, producto no indicado, según los peritos, y un goteo occitócico para terminar el trabajo. La enfermera a quien se ordenó apretar el émbolo rehusó y tuvo que hacerlo uno de los ginecólogos actuantes. Este triste asunto terminó de una forma más desafortunada aún, si cabe: el feto estaba totalmente sano.

Objeción y píldora postcoital

a) El producto

Este fármaco, conocido también como la "píldora del día siguiente", precisa para su eficacia de ser tomado en el plazo de las 72 horas siguientes por la persona que tuvo una relación sexual no protegida, aunque su máxima eficacia (en torno al 90 por ciento) se logra dentro de las primeras 24 horas. Su principio activo es el levonorgestrel, hormona aprobada en España en marzo de 2001. Desde entonces ha motivado profunda controversia en muy diversos campos.

Desde el punto de vista clínico se llama la atención del riesgo sanitario que puede ocasionar su uso descontrolado o indebido. En el aspecto legal, se plantea si los profesionales sanitarios pueden negarse a su prescripción o dispensación, o no pueden adoptar tal postura. Es muy importante, para ilustrar debidamente este asunto, exponer cuáles son los efectos que produce la píldora en la mujer que la toma.

- Si no ha ovulado, le impide la ovulación.
- Si ha ovulado impide la fecundación del óvulo.
- Si el óvulo está fecundado impide que éste anide.

La utilización de la píldora postcoital en su aspecto anticonceptivo, exclusivamente, ya posibilita la objeción del profesional, pero esta postura se refuerza por algunos de sus seguidores por alegar que este fármaco es, además, abortifaciente (o abortivo). Los seguidores de la tesis de que el comienzo de la vida reside en la fecundación misma se alinean en este planteamiento, así la Iglesia Católica, en contra del criterio de la Organización Mundial de la Salud que niega este aspecto (3). No se considera teratogénica pues no interrumpe un embarazo ya iniciado, como sí que lo hace un producto de uso hospitalario con el que ocasionalmente se la confunde: la mifeprestona o píldora RU-486.

b) Alcance social

Podemos hacernos una idea de la magnitud de este asunto si tenemos en cuenta que es utilizado en España por unas 500.000 mujeres al año (4), bajo el nombre comercial de Norlevo o Postinor, dispensándose gratuitamente en algunas

comunidades autónomas. Su uso se centra, básicamente, en jóvenes de hasta 26 años de edad, teniendo como usuarias un elevado número de menores y con acceso muy desigual por el lugar de residencia o la objeción posible del dispensador.

En España, las relaciones sexuales son "legales" en lo civil y lo penal a partir de los 13 años de edad y la Ley de Autonomía del paciente permite que una menor que cuente con esa edad pueda solicitar la píldora postcoital y faculta al profesional, si la considera capaz de entender la situación y utilizar el producto, a dispensarlo bajo condiciones de confidencialidad. Otra cosa es que aun cuando legalmente el profesional esté facultado para prescribirla o dispensarla, pueda negarse por cuestiones de objeción de conciencia.

Puede darse el caso de que el profesional no sea objetor a la dispensación de este producto, pero que se muestre bajo tal condición por la edad de la menor, a quien no supone con capacidad suficiente. Este terreno, terriblemente complejo, del menor maduro es fronterizo con el de la objeción en muchos casos y tiene otro contenido y condicionantes en los que ahora no podemos entrar.

c) *La objeción de ciencia*

A veces, la oposición a la dispensación de este fármaco no tiene motivos de oposición ética o moral, sino científica, unas veces con fundamento honesto y real y otras vistiendo la moral de ciencia, con el objeto de dotar a la objeción de mayor fuerza.

Se argumenta que el uso, sobre todo frecuente e incontrolado, de la postcoital tiene importantes efectos secundarios y que por ello su uso debe de evitarse o restringirse lo más posible. La Organización Mundial de la Salud reconoce, en efecto, como muchos profesionales de la salud, que puede producir desajustes en el ciclo menstrual, particularmente teniendo en cuenta que sus usuarias suelen ser mujeres jóvenes (adolescentes con frecuencia) con un organismo en formación.

Puede invocarse, también, según el caso la llamada objeción de legalidad que consiste en la creencia fundada de que no concurre la obligación de dispensar el producto bajo condiciones legales: se entiende que ha sido prescrito indebidamente o que no constituye una prestación de la cartera de servicios obligatoria, por ejemplo.

Objeción y esterilizaciones no terapéuticas

Se trata de aquellos casos en los cuales se practica una actuación médica a personas que desean perder su capacidad generativa, sin que concorra ninguna causa clínica que así lo demande. Es, evidentemente, el caso de las ligaduras tubáricas de las mujeres o de las vasectomías en los hombres cuando tengan carácter satisfactivo; de otro modo objetar a su práctica se trataría, simplemente, de una denegación de asistencia. Otra cosa es valorar hasta qué punto muchas veces estamos en el terreno terapéutico tradicional y cuándo entramos en el satisfactivo. Una mujer de elevada edad, con numerosas cesáreas anteriores a quien se le prescribe, para evitar otro embarazo, una ligadura de trompas ¿podría encontrar una lícita objeción de conciencia en el profesional? ¿y otra, sin ese problema clínico, pero con problemas sociales de dramática gravedad que decide su esterilidad por esos motivos? Como sucede en tantas ocasiones la valoración sólo puede efectuarse analizando cuidadosamente los casos concretos. Queden planteadas las cuestiones, al menos.

Se introduce, en este asunto, actualmente, otra complicación que ha venido de la mano del progreso científico. ¿Tiene la misma valoración y posibilidad de ser invocada la objeción cuando las esterilizaciones son reversibles?

Objeción y el final de la vida

Conviene, siquiera brevemente, recordar la diferencia entre algunos conceptos

que vulgarmente muestran límites a veces difusos:

- Cuidados paliativos: Aquellas atenciones que se dispensan a persona aquejada de una enfermedad terminal e irreversible, con el único objeto de aliviar sus sufrimientos y dignificar su última etapa. Ayudar a vivir hasta la muerte.
- Sedación terminal: Supresión de la consciencia en los momentos finales de la existencia, con objeto de proporcionar un óbito indoloro, sucesivo, por otra parte, seguro, próximo e irreversible.
- Eutanasia: Producción del fenómeno muerte a una persona que puede, o no, haberlo solicitado y que se produce como resultado directo deseado o de forma indirecta cuando el objetivo pretendido es otro.

En este último terreno es donde puede surgir la condición de objetor. La eutanasia directa se encuentra en el terreno penal y la indirecta en nuestro medio en realidad no existe, como vamos a ver.

En la eutanasia indirecta se plantea la duda de si es lícito, buscando el alivio de un enfermo terminal, administrarle un producto que pueda acortarle la vida. A un enfermo de cáncer de pulmón se le alivia, en su última fase, con opiáceos, pero es sabido que pueden producir depresión respiratoria y en alguien en esas condiciones llevarle a una crisis mortal. ¿Debe prescindirse de la prescripción, bajo esta consideración? ¿Ha de dispensarse en el pensamiento de que la obligación deontológica concurre en ese sentido? Entiendo que la respuesta correcta es la última, habida cuenta de la antigua tradición hipocrática de la obligación del profesional de aliviar, cuando ya no puede curar.

Reconocida la posibilidad de que el médico objete surge el problema, ahora, en el entorno de la muerte, en un terreno impensado hasta hace algunos años y es el planteamiento que supone determinar cuándo se actúa sobre un moribundo o cuándo se está haciendo sobre un cadáver.

El problema no es otro que el de definir legalmente la muerte. Siendo ésta un proceso de destrucción celular progresivo, lo que interesa no es cuándo se completa este proceso (como podría parecer) sino cuándo se hace irreversible, es decir, cuándo aparece el punto sin retorno.

Hasta hace algún tiempo el criterio era el de la parada cardiorespiratoria, pero hoy ya es posible mantener esa función en un cuerpo técnicamente calificado de cadáver. Por ello, hay que acudir a otro criterio que actualmente no es otro que el del cese de las funciones cerebrales o encefálicas. Hasta ese momento, pues, se actúa sobre una persona y pasado el mismo sobre un cadáver. Bajo este planteamiento, retirar medios artificiales de subsistencia (un respirador, por ejemplo) a quien se encuentra en el llamado silencio eléctrico cerebral ya no es un acto eutanásico.

Responsabilidad por una objeción mal planteada

Tenemos dos derechos legítimos en litigio, como hemos apuntado, en la escena sanitaria: el de obtener una prestación incluida en la cartera de servicios del sistema sanitario y el de objetar en conciencia a una solicitud legítima.

Cabe considerar, como hemos analizado, si pueden coexistir ambos derechos, a lo cual se responde afirmativamente. Pero hacer efectivo el primero (la actuación) junto el segundo (la objeción) hace necesario que el profesional que legítimamente se niega facilite, sin embargo, el camino hacia otro profesional o medio sanitario en el que el solicitante de su derecho pueda hacerlo efectivo.

Imaginemos el caso de una mujer que solicita la práctica de un cariotipo, para detectar eventuales taras o deformidades en el feto que lleva en su seno y que se le niega esta práctica o se le demora tanto que se le hace impracticable. ¿Qué sucedería de llevarse adelante un embarazo con resultado de una criatura con Síndrome de Down? El hecho es que la mujer, de haber conocido a tiempo esta

situación, podía haber decidido abortar, o no (por razones éticas, religiosas o cualesquiera otras). Se le impidió colocarse en la situación de decidir, usurpándole su autonomía y la posibilidad de reclamación es clara, por el resultado e, incluso, por la propia conducta omisiva del medio sanitario.

Si nos referimos a la píldora postcoital, podemos traer a colación el caso de la mujer que repetidamente y en distintos medios la solicita y tras las sucesivas negativas, logra tomarla cuando ya es tarde, la hormona no surte su efecto y presumiblemente por esa razón, queda embarazada ¿Es posible afirmar inequívoca relación causal entre la demora en la obtención del producto y el embarazo? En caso afirmativo ¿Cabría considerar al profesional (o profesionales objetores) responsables directos del estado de gestación no deseado? En caso negativo ¿podría, al menos, aplicarse la tesis de la responsabilidad por pérdida de oportunidad, es decir, por no haber dejado concurrir las condiciones de lo que pudo o no producirse?

¿Podría ser demandado quien niega el acceso a una ligadura tubárica a la mujer antes referida, de avanzada edad en lo reproductivo, multipara con numerosas cesáreas anteriores y a quien el último embarazo causa la muerte por la no esterilización?

Aplicando la objeción de conciencia a la eutanasia, cabe preguntarse si sería responsable el médico que niega la administración de determinado tratamiento sedativo a un paciente que sufre atroces dolores y no facilita esa opción en otro profesional. Debemos concluir que sí lo será y podrá exigirse responsabilidad, según la vía procesal elegida, al propio profesional o al medio sanitario en el que actúa. El motivo serían, sin duda, los innecesarios sufrimientos del propio paciente y los daños morales de los familiares observadores de tan cruel situación.

Epílogo

Si la Medicina tiene como objeto atender la salud de las personas, el cometido del Derecho es garantizar la convivencia en el seno de la sociedad. La primera (la más noble de las artes y la más humana de las ciencias, como se dijo) cuenta para ello con sus conocimientos técnicos y el trabajo de sus profesionales y el segundo lo hace mediante la fijación de unas normas que comprometen a todos los elementos intervinientes en la relación humana, a la cual, naturalmente, no es ajena la Medicina y la práctica asistencial en la que se desempeña. Medicina y Derecho, pues, se necesitan mutuamente y dibujan asuntos tan apasionantes como el que en estas páginas se ha tratado de reflejar.

Notas

1. Juzgado número cuatro de Algeciras, diligencias enero de 2007.
2. Diario la Gaceta del Lunes, 27 de enero de 2007.
3. (http://www.who.int/reproductive-health/family_planning/es/ec.html)
4. Diario El País de 10 de agosto de 2006, página 30.

[índice](#)

El Médico Interactivo es una publicación electrónica dirigida exclusivamente al profesional sanitario destinado a prescribir o dispensar medicamentos, por lo que se requiere una formación especializada para su correcta interpretación.

El Médico Interactivo está por ello reconocido oficialmente por las autoridades sanitarias correspondientes como Soporte Válido para incluir publicidad de medicamentos o especialidades farmacéuticas de prescripción dirigida a los profesionales sanitarios (S.V. 214-R-CM).

