

INFORME SOBRE LA OBJECCIÓN DE CONCIENCIA (IVE y EUTANASIA)

INDICE DE CONTENIDO

INTRODUCCIÓN	2
1.- MARCO LEGAL.....	2
1.1. LA LEY ORGÁNICA 2/2010, DE 3 DE MARZO, DE SALUD SEXUAL Y REPRODUCTIVA Y DE LA INTERRUPCIÓN VOLUNTARIA DEL EMBARAZO	2
1.2. EL REAL DECRETO 825/2010, DE 25 DE JUNIO, DE DESARROLLO PARCIAL DE LA LEY ORGÁNICA 2/2010, DE 3 DE MARZO, DE SALUD SEXUAL Y REPRODUCTIVA Y DE LA INTERRUPCIÓN VOLUNTARIA DEL EMBARAZO	3
1.3. LA LEY ORGÁNICA 3/2021, DE 24 DE MARZO, DE REGULACIÓN DE LA EUTANASIA	3
1.4. IMPLICACIONES DE LA LO 3/2021 EN RELACIÓN AL MARCO DE LA CONSTITUCIÓN ESPAÑOÑA	4
2.- DELIMITACIÓN CONCEPTUAL	5
3.- MARCO ÉTICO	6
3.1.- PRINCIPIOS ÉTICOS DE LA OBJECIÓN DE CONCIENCIA	9
3.2.-DIRECTRICES ÉTICAS.....	10
4.- LA OBJECCION DE CONCIENCIA EN LA SANIDAD PÚBLICA	11
4.1. EN LA LEY DE SALUD SEXUAL Y REPRODUCTIVA Y DE INTERRUPCIÓN DEL EMBARAZO:	11
4.2. EN LA LEY ORGÁNICA 3/2021 QUE REGULA LA EUTANASIA, LA OC DE LOS PROFESIONALES SANITARIOS	11
5.- CUESTIONES A RESOLVER.....	13
5.1.- EL TRATAMIENTO Y CONFIDENCIALIDAD DE LOS REGISTROS DE OBJECCIÓN DE CONCIENCIA DE LOS PROFESIONALES SANITARIOS.....	13
5.2.- RESPECTO AL PERSONAL SANITARIO QUE PUEDA ACOGERSE A LA OC....	13
5.3. EL TRATAMIENTO Y CONFIDENCIALIDAD EN LA COMPOSICIÓN Y MIEMBROS DE COMITÉS, COMISIONES	13
6.-BIBLIOGRAFÍA CONSULTADA	14
APROBACIÓN DEL INFORME	15
ANEXO. MOTIVACIÓN VOTOS PARTICULARES	16

INTRODUCCIÓN

Son muchas las dudas que ha suscitado la Objeción de Conciencia (en adelante OC) entre los profesionales de la salud respecto a la aplicación de dos leyes que contemplan el derecho que tienen a objetar en la práctica profesional.

Se ha recibido de la Dirección General de Atención Sanitaria la solicitud de elaborar un informe que contemple los siguientes aspectos:

1.- Valorar, asesorar y orientar, en general, sobre posibles dilemas éticos en la aplicación de determinadas prestaciones sanitarias incluidas en la cartera de servicios del sistema nacional de salud, como son, entre otras, las reguladas en la **“Ley Orgánica 2/2010, de 3 de marzo, de salud sexual y reproductiva y de la interrupción voluntaria del embarazo”**, el **“Real Decreto 825/2010, de 25 de junio, de desarrollo parcial de la Ley Orgánica 2/2010, de 3 de marzo, de salud sexual y reproductiva y de la interrupción voluntaria del embarazo”**, la **“Ley Orgánica 3/2021, de 24 de marzo, de regulación de la eutanasia”** y el **“Decreto 82/2021, de 18 de junio, del Consell, de creación de la Comisión de Garantía y Evaluación de la Comunitat Valenciana, prevista en la Ley orgánica 3/2021, de 24 de marzo, de regulación de la eutanasia y específicamente:**

- a) El tratamiento y confidencialidad de los registros de objeción de conciencia de los profesionales sanitarios.
- b) El tratamiento y confidencialidad en la composición y miembros de comités, comisiones o cualquier otro grupo que se haya constituido para implementar lo establecido en las correspondientes normativas reguladoras.

A efectos de dar cumplimiento a dicha solicitud, el Comité de Bioética de la Comunitat Valenciana elabora el siguiente informe.

1.- MARCO LEGAL

1.1. La Ley Orgánica 2/2010, de 3 de marzo, de salud sexual y reproductiva y de la interrupción voluntaria del embarazo señala lo siguiente:

En el **artículo 19** se contemplan las **“Medidas para garantizar la prestación por los servicios de salud”**:

“1. Con el fin de asegurar la igualdad y calidad asistencial de la prestación a la interrupción voluntaria del embarazo, las administraciones sanitarias competentes garantizarán los contenidos básicos que el Gobierno determine, oído el Consejo Interterritorial de Salud. Se garantizará a todas las mujeres por igual el acceso a la prestación con independencia del lugar donde residan.

2. La prestación sanitaria de la interrupción voluntaria del embarazo se realizará en centros de la red sanitaria pública, o vinculados a la misma. Los profesionales sanitarios directamente implicados en la interrupción voluntaria del embarazo tendrán el derecho de ejercer la objeción de conciencia sin que el acceso y la calidad asistencial, de la prestación, puedan resultar menoscabadas por el ejercicio de la objeción de conciencia.

El rechazo o la negativa a realizar la intervención de interrupción del embarazo por razones de conciencia es una decisión siempre individual del personal sanitario directamente implicado en la realización de la interrupción voluntaria del embarazo, que debe manifestarse anticipadamente y por escrito. En todo caso los profesionales sanitarios dispensarán tratamiento y atención médica adecuados a las mujeres que lo precisen antes y después de haberse sometido a una intervención de interrupción del embarazo. Si excepcionalmente el servicio público de salud no pudiera facilitar en tiempo la prestación, las autoridades sanitarias reconocerán a la mujer embarazada el derecho a acudir a cualquier centro acreditado en el territorio nacional, con el compromiso escrito de asumir directamente el abono de la prestación.

3. Las intervenciones contempladas en la letra c) del artículo 15 de esta Ley se realizarán preferentemente en centros cualificados de la red sanitaria pública”.

1.2. El Real Decreto 825/2010, de 25 de junio, de desarrollo parcial de la Ley Orgánica 2/2010, de 3 de marzo, de salud sexual y reproductiva y de la interrupción voluntaria del embarazo hace referencia al Comité Clínico del que señala que *“existirá, al menos, en la red sanitaria pública, un comité clínico en cada Comunidad Autónoma del que señala que los miembros serán designados por las autoridades competentes de las Comunidades Autónomas, entre los especialistas ejercientes en la red asistencial pública de las mismas y que la designación de los mismos se publicará en el diario oficial de la Comunidad Autónoma”.*

1.3. La Ley Orgánica 3/2021, de 24 de marzo, de regulación de la eutanasia (en adelante LORE) señala:

Del preámbulo destacamos: “... Este contexto eutanásico, así delimitado, requiere de una valoración cualificada y externa a las personas solicitante y ejecutora, previa y posterior al acto eutanásico. Al mismo tiempo, mediante la posibilidad de objeción de conciencia, se garantiza la seguridad jurídica y el respeto a la libertad de conciencia del personal sanitario llamado a colaborar en el acto de ayuda médica para morir, entendiendo el término médica implícito en la Ley cuando se habla de ayuda para morir, y entendido en un sentido genérico que comprende el conjunto de prestaciones y auxilios asistenciales que el personal sanitario debe prestar, en el ámbito de su competencia, a los pacientes que soliciten la ayuda necesaria para morir. ...”

En el **artículo 3.f**, se define la Objeción de Conciencia (en adelante OC) como el *“derecho individual de los profesionales sanitarios a no atender aquellas demandas de actuación sanitaria reguladas en esta Ley que resultan incompatibles con sus propias convicciones”.*

El **artículo 13** establece la Garantía del acceso a la prestación de ayuda para morir:

“1. La prestación de ayuda para morir estará incluida en la cartera común de servicios del Sistema Nacional de Salud y será de financiación pública.

2. Los servicios públicos de salud, en el ámbito de sus respectivas competencias, aplicarán las medidas precisas para garantizar el derecho a la prestación de ayuda para morir en los supuestos y con los requisitos establecidos en esta Ley”.

El **artículo 14**, referido a la prestación de la ayuda para morir por los servicios de salud, señala que *“La prestación de la ayuda para morir se realizará en centros sanitarios públicos, 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 objeción de conciencia sanitaria o por el lugar donde se realiza. No podrán intervenir en ninguno de los equipos profesionales quienes incurran en conflicto de intereses ni quienes resulten beneficiados de la práctica de la eutanasia”*.

El **artículo 16**, que regula específicamente la OC de los profesionales sanitarios, señala:

1. Los profesionales sanitarios directamente implicados en la prestación de ayuda para morir podrán ejercer su derecho a la Objeción de Conciencia. El rechazo o la negativa a realizar la citada prestación por razones de conciencia es una decisión individual del profesional sanitario directamente implicado en su realización, la cual deberá manifestarse anticipadamente y por escrito.

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

El **artículo 19** hace referencia al Deber de Secreto y señala que *“Los miembros de las Comisiones de Garantía y Evaluación estarán obligados a guardar secreto sobre el contenido de sus deliberaciones y a proteger la confidencialidad de los datos personales que, sobre profesionales sanitarios, pacientes, familiares y personas allegadas, hayan podido conocer en su condición de miembros de la Comisión”*.

El Decreto 82/2021, de 18 de junio, del Consell, de creación de la Comisión de Garantía y Evaluación de la Comunitat Valenciana, prevista en la Ley orgánica 3/2021, de 24 de marzo, de regulación de la eutanasia, en su articulado establece que las y los profesionales sanitarios propuestos, tanto titulares como suplentes, no deben haber planteado la objeción de conciencia contemplada en la Ley orgánica 3/2021, de 24 de marzo, de regulación de la eutanasia.

1.4. Implicaciones de la LO 3/2021 en relación al marco de la Constitución Española (CE).

Como se señala en el **preámbulo** *“...la eutanasia conecta con un derecho fundamental de la persona constitucionalmente protegido como es la vida, pero que se debe cohonestar también con otros derechos y bienes, igualmente protegidos constitucionalmente, como*

son la integridad física y moral de la persona (art. 15 CE), la dignidad humana (art. 10 CE), el valor superior de la libertad (art. 1.1 CE), la libertad ideológica, religiosa y de culto (art. 16.1 CE) o el derecho a la intimidad (art. 18.1 CE)”.

La CE únicamente hace mención expresa a la OC en el artículo 30.2 relacionado con el servicio militar (“*La ley fijará las obligaciones militares de los españoles y regulará, con las debidas garantías, la objeción de conciencia*”).

A la vista de la normativa indicada, se puede establecer que el problema ético común con que nos encontramos es el de la OC y su importancia a la hora de que los ciudadanos y las ciudadanas puedan ejercer los derechos que, en estas normas, se contemplan.

2.- DELIMITACIÓN CONCEPTUAL

Son muchas las definiciones que se han propuesto de OC, que parten de distintas perspectivas:

- Incumplimiento de una obligación de naturaleza legal, cuyo acatamiento produciría en la persona una grave vulneración de su conciencia, basado en motivaciones de índole ética, moral, religiosa, axiológica o de justicia por parte del objeto.
- Derecho subjetivo, de excepción, ante una obligación o normativa legal, con incumplimiento de ésta por razones religiosas o filosóficas, derivada de las relaciones laborales o funcionarias de un individuo.
- Situación explícita de negativa o rechazo, de carácter individual, ante un mandato legal o administrativo, para realizar una acción o procedimiento por razones de índole ético, moral, religioso u otras, que puede ser invocada por el personal sanitario, por el/la paciente o incluso por sus propios familiares.
- Negativa de una persona a realizar ciertos actos, o a tomar parte en determinadas actividades, que le ordena la ley o la autoridad competente, basándose en razones de convicción religiosa, moral, ética o de algún otro tipo.
- Rechazo al cumplimiento de determinadas normas jurídicas por considerarse contrarias a las creencias éticas o religiosas o lo que es lo mismo, postura de desobediencia a un imperativo legal o normativo que encuentra justificación en una profunda ideología moral del objeto.

Por tanto, en el ejercicio de las profesiones sanitarias hay que entender la OC como la negativa del profesional a llevar a cabo o cooperar directa o indirectamente con la ejecución de un acto derivado del ejercicio profesional que habiendo sido aprobado por las normas legales se considera contrario a la moral o a las normas religiosas del que debe realizarlo.

Aquí lo que se plantea son una serie de conflictos entre una norma legal y un principio ético:

- La conciencia del paciente que solicita un tipo determinado de actuación y la conciencia del profesional que considera su deber no intervenir.
- Los derechos del paciente y los derechos de los/ las profesionales implicados.
- La libertad personal y el poder estatal.

Desde luego la OC debe ser considerada como una postura de dignidad ética cuando las razones aducidas son serias, sinceras y constantes, se refieren a cuestiones graves y fundamentales, se ejerce con coherencia y de forma reiterada y se ha decidido tras una reflexión seria, bien formada, informada y calibrada.

Pero no se puede olvidar que la prestación es también un derecho de la persona solicitante y que la administración pública tiene que garantizarla.

Puesto que la OC no es hacia las personas sino hacia una acción directa específica, en ningún caso el objetor negará la asistencia al paciente, solo se abstendrá de la acción de la que objeta. Por igual razón, el personal de colaboración médica que no está ejecutando la acción, no puede dejar de cumplir con sus funciones profesionales de apoyo pre y post procedimiento.

3.- MARCO ÉTICO

La OC hace referencia a un tema ético sensible y complejo, pues alude a lo más íntimo del ser humano, como es su dignidad basada en los dictámenes de su conciencia. La motivación de la OC se fundamenta en la jerarquía de valores morales propia de cada profesional. Por lo tanto, no es auténtica si se basa en motivaciones o razonamientos técnicos, jurídicos, laborales o de cualquier otra índole distinta a la propia conciencia moral. Además, es un derecho individual y no colectivo. Tiene un carácter personal, intransferible y concreto.

En la práctica clínica, el problema esencial surge al confrontarse el derecho de quien objeta a la libertad de conciencia ideológica o religiosa y el del/ de la paciente las prestaciones sanitarias en los términos establecidos por la ley.

A la hora de reflexionar desde la perspectiva ética sobre la eutanasia y la OC debemos tener en consideración algunos cambios sociales relevantes: la creciente prolongación de la esperanza de vida, con el consiguiente retraso en la edad de morir, en condiciones no pocas veces de importante deterioro físico y psíquico; el incremento de los medios técnicos capaces de sostener durante un tiempo prolongado la vida de las personas sin lograr la curación o una mejora significativa de la calidad de vida; la secularización de la conciencia social y de los valores de las personas acerca de la vida; y el reconocimiento de la autonomía de la persona también en el ámbito sanitario.

Es obligación de los poderes públicos atender las demandas y valores de la sociedad, para preservar y respetar sus derechos y adecuar las normas que ordenan y organizan nuestra convivencia.

La eutanasia es una conducta activa directa que conlleva la muerte de la persona solicitante por motivos humanitarios, cuando, con gran deterioro de su calidad de vida, se enfrenta a una muerte próxima, e inevitable y cuando su calidad de vida es ínfima. Esta situación ha de ser tal que condicione que la persona no pueda quitarse la vida, pero no por falta de decisión, sino por imposibilidad de ejecución.

De un lado, hay que entender el principio de inviolabilidad de la vida humana y de otro, comprender la idea de calidad de vida. Al analizar este punto surge la siguiente pregunta: ¿es la vida un valor absoluto, que prevalece en todo momento y que se constituye como núcleo de los restantes derechos, o posee más bien un valor relativo que cede en determinadas circunstancias y bajo ciertas condiciones?.

Hay que considerar que en el artículo 1.1 de la Constitución se señalan como valores superiores del ordenamiento jurídico la libertad, la igualdad, la justicia y el pluralismo político, sin que se aluda a la vida. Así visto, desde nuestra Constitución, el mantenimiento de la vida podría considerarse, llevándolo a un extremo, como un delito de coacciones o de lesiones. Aunque el derecho a la vida, sí que está recogido en el artículo 15 de la Constitución, sobre los restantes derechos.

El debate sobre estos temas es extraordinariamente amplio y abarca posturas abiertamente irreconciliables.

El derecho a la disposición de la propia vida es algo permitido y no reprochado por nuestro ordenamiento jurídico. El suicidio frustrado o el intento de suicidio no se encuentran penados. Pero, por el contrario, implicar a los demás en esa disposición sí se encuentra penado; por tanto, uno tiene derecho a disponer de la propia vida, pero no lo tiene para implicar a los demás.

Tal como se entiende hoy la eutanasia, hay que pensar, por un lado, en las posibilidades de intervención para aliviar el sufrimiento de una persona y, por otra parte, en las convicciones morales de la misma sobre la preservación de su vida en unas condiciones que considere incompatibles con su dignidad personal. Y, en este sentido, es necesario considerar que la calidad de vida muy deteriorada influye en el concepto de dignidad que es particular de cada persona.

La solicitud de la prestación de ayuda para morir ha de ser una decisión autónoma, entendiéndose por tal aquella que está fundamentada en el conocimiento sobre los hechos más relevantes de su proceso, que incluya las alternativas terapéuticas y las posibilidades de actuación incluyendo los cuidados paliativos, todo ello después de haber sido la persona informada adecuadamente por el equipo sanitario que le atiende, que tendrá la obligación de respetar sus valores vitales, debiendo abstenerse de imponer criterios de actuación basados en los propios y con la obligación de respetar el rechazo de la persona a determinados tratamientos.

La persona solicitante además de padecer una enfermedad grave e incurable o una discapacidad grave crónica debe haber formulado la solicitud de manera voluntaria, por

escrito, que deberá repetirse al menos en una ocasión con una separación de quince días naturales, y no ser resultado de una presión externa. Además, debe ser mayor de edad.

En este sentido, el de DERECHO del paciente, se debe hacer referencia a la sentencia del Tribunal Supremo que declaró de utilidad pública a la Asociación Derecho a Morir Dignamente al considerar que su actividad promueve el derecho fundamental a la vida recogido en el artículo 15 de la Constitución y fija como doctrina que *“la finalidad de actividades encaminadas al asesoramiento de las personas en el momento final de su vida debe estimarse como promoción del derecho a la vida y, en consecuencia, una asociación que asuma dichos fines reúne las condiciones para ser declarada de utilidad pública”*. Los fines de esta Asociación, entre otros son:

- Defender el derecho de toda persona a disponer con libertad de su cuerpo y de su vida, y a elegir libre y legalmente el momento y los medios para finalizarla.
- Defender los derechos del ciudadano al final de su vida.
- Ayudar a los socios al final de su vida mediante los recursos de los que, en cada momento, disponga la asociación.

Desde el punto de vista ético pueden entrar en conflicto algunos principios protegidos tanto por la Declaración Universal de los Derechos Humanos como por la CE (dignidad, vida, integridad física y moral, libertad ideológica y de conciencia, autonomía). La mayoría de los países del mundo ha resuelto ese conflicto defendiendo la inviolabilidad de la vida humana y, al mismo tiempo, la necesidad de procurar a las personas una muerte en paz, evitándoles el sufrimiento y la prolongación artificial de sus vidas. España, en la línea inaugurada hace algo más de veinte años por los Países Bajos y Bélgica, aprobó en marzo de 2021 una ley en la que, manteniendo con carácter general el principio de inviolabilidad de la vida humana, lo suprime en los supuestos de enfermedad terminal o enfermedad crónica, siempre que concurra en cualquier de ellos un sufrimiento insoportable por parte del paciente. Por ello, si la persona solicita en esos casos, y solo en ellos, de manera consciente y libre la ayuda a morir, la administración sanitaria se la deberá prestar, bien en forma de eutanasia o de suicidio asistido.

La conciencia es el reducto último de la ética, y el derecho tiene muy difícil regular un asunto tan íntimo. Y es que la solución no está en la búsqueda de normas estrictas de aplicación mecánica, sino en la promoción de la prudencia y la responsabilidad moral en las personas implicadas.

La posición del/de la profesional sanitario/a en estos supuestos es difícil y muy incómoda. La Jurisprudencia no ha sido, a lo largo de la historia, lo suficientemente uniforme para poder sacar unas conclusiones fiables en cuanto a las pautas de actuación. Y en el caso de que se declare objetor de conciencia es importante recalcar que ello no implica el abandono de la persona que solicita ayuda para morir, y debe facilitar la derivación de la misma a profesionales que estén dispuestos a seguir sus deseos.

En todos estos ámbitos, debemos señalar como máxima dificultad la consideración de que la OC por parte del/de la profesional tiene como consecuencia la limitación de los derechos de otra persona.

Para evitar la inseguridad jurídica citada anteriormente, sería interesante el plantearse el desarrollo legal del derecho de Objeción de manera genérica estableciendo expresamente, cuando menos, su concepto, supuestos o ámbitos concretos de ejercicio, requisitos y procedimiento de su ejercicio y personal sanitario que puede ejercerlo.

3.1.- PRINCIPIOS ÉTICOS DE LA OBJECCIÓN DE CONCIENCIA

En la OC podemos ver dos principios fundamentales, el de autonomía, que otorga el derecho a la persona, en el desempeño de su libre voluntad, a solicitar la ayuda a morir sin coacción, con conocimiento (información) y consentimiento (toma de decisiones) y el de libertad de conciencia, entendiéndose como el derecho del profesional, de manera individual, a abstenerse de todo acto que vulnere su moral, ideológica o religiosa, y en esta ley en concreto, que vulnere su creencia del derecho a la vida con base en el principio de no maleficencia (no causar daño) implícito en Códigos Deontológicos de Medicina y de Enfermería o al propio ejercicio (*Lex Artis*) de la profesión.

Si se analiza el contenido de la LORE desde el punto de vista de los principios de la bioética, no se encuentran en el texto postulados que sean contrarios a estos principios básicos. A favor de la compatibilidad de la ley con esos principios encontramos los siguientes argumentos:

No maleficencia. No hay elementos que determinen la realización de daño físico, psíquico o moral a las personas, sino que debe entenderse como un acto que lleva consigo la protección de la dignidad. Más aún, cabe sostener que se causa más sufrimiento negando la libertad de decisión de finalizar con un proceso agónico físico o psíquico que vulnera la propia dignidad del/ de la paciente en su escala de valores. Por lo que se refiere a la **autonomía** es fundamental el criterio del que se parte de que las todas las personas deben tomar todas las decisiones que afecten a su salud y a su enfermedad. En este sentido se contempla el derecho a la solicitud y a la información.

En base al principio de **beneficencia**, busca promocionar el bienestar de las personas, procurando que realicen su propio proyecto de vida en la medida de lo posible y siempre respetando los valores individuales.

Finalmente, teniendo en cuenta el principio de **justicia**, se debe asegurar que la norma se aplique por igual a toda la ciudadanía, independientemente de sus condiciones y de su residencia, lo que tiene que significar un reparto de los recursos públicos equitativo, para conseguir que la norma sea eficiente.

En cualquier caso, lo más importante es que se trata de una Ley que no obliga a nadie: ni a pacientes ni a profesionales. Ejercer la solicitud a la eutanasia es algo personal y libre, es un derecho, nunca una obligación. Como se expresa en el Art. 1 de la LORE, “*El objeto*

de esta Ley es regular el derecho que corresponde a toda persona que cumpla las condiciones exigidas a solicitar y recibir la ayuda necesaria para morir,...”

Pero es importante destacar también que puede significar la introducción de cambios personales, profesionales y sociales para que los derechos y la dignidad de la persona sean el objetivo primordial en la atención del proceso final de la vida.

La OC debe contemplar por igual los derechos y obligaciones tanto de profesionales como de pacientes, de manera que el ejercicio de unos no vulnere los del otro. De aquí se derivan unas directrices éticas que garanticen el derecho de ambos protagonistas (profesionales y paciente) mediante la regulación o normativa básica.

La decisión de poner fin a la vida se debe tomar con absoluta libertad, autonomía y conocimiento, protegida por tanto de presiones de toda índole que pudieran provenir de entornos sociales, económicos o familiares desfavorables, o incluso de decisiones apresuradas. Al mismo tiempo, mediante la posibilidad de la OC, se garantiza la seguridad jurídica y el respeto a la libertad de conciencia del personal sanitario llamado a colaborar en el acto de ayuda para morir, que comprende el conjunto de prestaciones y auxilios asistenciales que el personal sanitario debe realizar, en el ámbito de su competencia, a los/las pacientes que soliciten la ayuda necesaria para morir.

Es en definitiva el Estado Democrático y de Derecho, el que debe preservar y garantizar la coexistencia de los derechos de todos los ciudadanos, y en este caso particular, los de pacientes y profesionales de la salud directamente implicados en el acto mismo de la aplicación de la eutanasia.

3.2.- DIRECTRICES ÉTICAS

Las diferentes posturas y planteamientos derivados de la OC han determinado directrices éticas, planteando ciertas condiciones:

- a) Explicitar y fundamentar la OC: Existe un documento modelo del Ministerio que ha sido adaptado por las diferentes Consejerías de Salud.
- b) Presentar el documento de OC en tiempo y forma en las diferentes gerencias con el máximo cumplimiento de confidencialidad y protección de datos del o la profesional sanitaria que objeta.
- c) Derivar y trasladar al/la paciente si lo requiere.
- d) Imposibilidad de objetar frente a situaciones de emergencia. Es éticamente reprochable que se plantee sólo en situaciones donde existe un contrato institucional (público).
- e) No se pueden obtener ventajas ni desventajas laborales (amonestaciones, marginación, ni ningún tipo de discriminación).
- f) Las instituciones sanitarias públicas o profesionales en cargos jerárquicos no podrían declararse ni reconocerse como posibles objetores.
- g) Respeto por las diferencias personales y culturales en la relación profesional/paciente y entre los propios profesionales.

Es importante señalar la dificultad que puede suponer, en algunas situaciones, asegurar que la capacidad y la autonomía personal sean completas en las personas solicitantes de eutanasia. Pero en un contexto eutanásico, no solo es importante la valoración de la competencia de las personas solicitantes, sino también la valoración de su autonomía moral que, como en cualquier situación que requiera consentimiento, se debe realizar por parte del/de la médico o mejor del conjunto del equipo asistencial responsable de cada caso.

En este sentido se ha de tener en cuenta la importancia de la planificación anticipada de decisiones, de forma conjunta con el personal sanitario, que debe hacerse de forma prolongada en el tiempo y en el que podrán participar otras personas del entorno del paciente, considerándolo un proceso progresivo de comunicación y deliberación.

4.- LA OBJECCION DE CONCIENCIA EN LA SANIDAD PÚBLICA

Si analizamos el impacto que la OC ha tenido en el desarrollo e implementación de las normas legales, vemos:

4.1. EN LA LEY DE SALUD SEXUAL Y REPRODUCTIVA Y DE INTERRUPCIÓN DEL EMBARAZO.

La OC se reconoce para el personal sanitario “directamente implicado” en la interrupción voluntaria del embarazo (IVE), señalando debe hacerse “*sin que el acceso y la calidad asistencial de la prestación puedan resultar menoscabadas*” articulándose como una decisión siempre individual que debe manifestarse anticipadamente y por escrito. En el articulado de la Ley no se recoge ningún tipo de regulación que registre a los sanitarios que objetan, este hecho ha tenido consecuencias muy importantes en su aplicación en los Centros Sanitarios Públicos, de tal manera que, según los últimos datos disponibles de 2020, solo un 15.49% de las IVE/ILE realizados en España se han hecho en Centros Sanitarios Públicos, mientras que el 84.51% fueron en Centros Privados Acreditados y/o Concertados.

Teniendo en cuenta que en nuestro país se realizan unas 100.000 interrupciones voluntarias del embarazo al año, no se puede considerar esta una práctica ocasional, el hecho de no tener identificados los profesionales objetores ha podido condicionar la adecuada planificación de los recursos necesarios para cumplir con la prestación a la que está obligada la Administración.

4.2. EN LA LEY ORGÁNICA 3/2021 QUE REGULA LA EUTANASIA, LA OC DE LOS PROFESIONALES SANITARIOS recogida en el art.3f. ha tenido otro tratamiento, a la hora de gestionarla, ya que incluye la creación de un registro de profesionales sanitarios objetores de conciencia (art.16.2), quedando protegido el derecho a la intimidad y a la protección de datos personales contenidos en el mismo.

Por otro lado, y para más garantía, el **Manual de Buenas Prácticas en Eutanasia**, aprobado por el Consejo Interterritorial establece que “*las administraciones sanitarias deban aceptar aquellas objeciones de conciencia que no hayan sido inscritas previamente*

en el registro”. Este documento reconoce también “la objeción sobrevenida” y la “reversibilidad en la decisión”. El hecho de conocer anticipadamente la situación en cuanto a los objetores “*facilita la necesaria información de la administración sanitaria para que esta pueda garantizar una adecuada gestión de la prestación de ayuda a morir*”.

El impacto que la OC ha tenido en el desarrollo de la LORE no se puede medir ya que entró en vigor recientemente, el 23 de junio de 2021. Lo que sí se conoce es el gran respaldo a la eutanasia de la opinión pública, lo que incluye también al colectivo sanitario.

La OC no puede impedir a las personas que observan los requisitos exigidos por la Ley el cumplimiento de las condiciones que permitan la equitativa, legal y eficiente provisión de la IVE/ILE, o de la eutanasia.

En este sentido hay que tener en cuenta que, en la sanidad pública, el derecho a la OC puede conculcar los derechos de los pacientes, por lo que es necesario que los establecimientos sanitarios públicos cuenten con recursos humanos suficientes para garantizar los derechos de los ciudadanos y ello independientemente de las condiciones y el medio en que tiene lugar el ejercicio profesional (medio urbano/núcleos rurales; centros asistenciales/domicilio). El acceso y la calidad asistencial de la prestación no pueden resultar menoscabados por el ejercicio de la OC sanitaria, por lo que la negativa por parte de los profesionales por razones de conciencia es una decisión individual que debe manifestarse anticipadamente y por escrito.

Otras consideraciones éticas a tener en cuenta son las derivadas de una sociedad plural y abierta que debe de garantizar el respeto al disenso sin penalizar a la persona que objeta, garantizando a la vez el respeto a los derechos de los ciudadanos.

En todo caso, el derecho a la OC no es un derecho absoluto, sino que, como todos los derechos fundamentales, tiene sus límites en cuanto que puede vulnerar los derechos de otras personas. Se debe promover siempre que sea posible conciliar ambos derechos, lo que implica una correcta planificación de las prestaciones en un determinado territorio, de forma que las situaciones límite queden minimizadas.

El ejercicio de la OC pasará siempre por que el/la profesional sanitario/a se retire del caso buscando una alternativa que nunca suponga abandonar al/a la paciente, facilitando la continuidad asistencial y cumpliendo determinadas formalidades con el fin de permitir una correcta organización de las prestaciones. En todo caso debe de ser la Administración la que asuma la responsabilidad de garantizar siempre esta atención.

Ante una pregunta parlamentaria, el Consejo General de Colegios de Médicos, se ha posicionado pidiendo la regularización de la OC sanitaria en una norma independiente.

Por el contrario, el Ministerio de Sanidad se ha manifestado claramente en contra: “la OC ya viene recogida, suficientemente, en el ordenamiento jurídico, la OC está incluida en el derecho fundamental a la libertad ideológica y religiosa reconocida en el art. 16.1 de la Constitución Española”. Debe regularse el modo de efectuar la declaración de OC del personal sanitario mediante un documento que recoja de forma explícita a qué prácticas

concretas afecta, con el fin de que el gestor sanitario pueda organizar adecuadamente la atención a los usuarios. Este planteamiento exige una actitud activa de los poderes públicos y de la administración sanitaria que, en tanto que garantes de la eficacia de ambos derechos, deben velar para que ambas condiciones se cumplan.

5.- CUESTIONES A RESOLVER

En cuanto a las cuestiones específicamente en la consulta realizada; queremos señalar lo siguiente:

5.1.- EL TRATAMIENTO Y CONFIDENCIALIDAD DE LOS REGISTROS DE OBJECCIÓN DE CONCIENCIA DE LOS PROFESIONALES SANITARIOS.

En la normativa que se ha revisado las referencias son escasas. Solamente la LORE lo refleja y de forma superficial. Establece la normativa que deberá de realizarse desde el principio de estricta confidencialidad y a la normativa de protección de datos de carácter personal.

Ello, desde el punto de vista ético, a nuestro entender no genera conflicto, si bien cabe indicar que la Administración debe tomar las medidas necesarias para que se puedan ejercer los derechos, a la interrupción del embarazo y a la aplicación de los procedimientos eutanásicos por parte de los ciudadanos y las ciudadanas que lo soliciten.

5.2.- RESPECTO AL PERSONAL SANITARIO QUE PUEDA ACOGERSE A LA OC.

El Consejo Interterritorial del Sistema Nacional de Salud ha elaborado un Manual de buenas prácticas y en su punto 6.2 recomienda a los profesionales que de acuerdo con el artículo 16.1 de la LORE, podrían ejercer su derecho a la OC. Serían quienes realicen actos necesarios y directos, anteriores o simultáneos, sin los cuales no fuese posible llevarla a cabo. Además del personal médico y de enfermería que intervengan en el proceso final, también podrían ejercer su derecho a la OC, los/as médicos/as responsables y consultores/as, así como otros profesionales sanitarios que pudiesen intervenir en el procedimiento, como los psicólogos/as clínicos. También se incluirían los farmacéuticos/as en el caso de que sea necesaria la formulación magistral de medicamentos que pudieran administrarse en el proceso de ayuda para morir, así como en la preparación de los kits de medicamentos. No obstante lo anterior, cabe recordar que el Manual de Buenas Prácticas no es una norma legal sino una guía de la que cabe distanciarse en caso de discrepancia grave respecto del modo en que interpreta la ley.

5.3. EL TRATAMIENTO Y CONFIDENCIALIDAD EN LA COMPOSICIÓN Y MIEMBROS DE COMITÉS, COMISIONES o cualquier otro grupo que se haya constituido para implementar lo establecido en las correspondientes normativas reguladoras.

En la LORE, el artículo 19 hace imperativo, a los miembros, guardar secreto de todo lo que acontece en sus reuniones y nada más se estipula en cuanto a ese deber de secreto en dichas normativas. En cuanto a sus componentes, en el caso del Comité de Garantías y Evaluación (CGE), entendemos que, en virtud de la normativa de transparencia y de la importancia que

tiene el conocimiento por parte de la ciudadanía, no hay circunstancia alguna que justifique la limitación para conocer la identidad de sus integrantes.

6.-BIBLIOGRAFÍA CONSULTADA

- 1.- Bernal-Carcelén, I. La eutanasia, tendencia y opiniones en España. Rev. Esp. Sandid. Penit. (2020); 22 (3):119-123.
- 2.- Broggi i Trias, MA. Por una muerte apropiada. Barcelona: Anagrama; 2013.
- 3.- Castro, Cristina. Objetores de conciencia: la eutanasia reabre un debate sin resolver en España. El independiente, 10 de octubre de 2021 <https://www.elindependiente.com>.
- 4.- Comité de Bioética de España, Informe sobre la objeción de conciencia en relación con la prestación de la ayuda para morir de la ley orgánica reguladora de la eutanasia, 2021.
- 5.- Declaración Universal de los Derechos Humanos.
- 6.- Documento sobre la objeción de conciencia en sanidad. Grupo de Opinión del Observatori de Bioètica i Dret. Barcelona, noviembre, 2007
www.bioeticayderecho.ub.es
- 7.- Domínguez O. “Objeción de Conciencia, la muerte y el morir en enfermedades en etapa terminal”. Acta Bioethica 2009; 15 (1): 94 – 99
- 8.- Gamboa-Antiñolo FM y Poyato-Galán JM. La objeción de conciencia de los profesionales sanitarios. Gaceta Sanitaria. (2021); 35 (4):358-360.
- 9.- Gisbert, Susana. Conciencia y aborto. El plural, 28 septiembre 2021. https://www.elplural.com/opinion/conciencia-aborto_275515102.
- 10.- Ley Orgánica 3/2021, de 24 de marzo, de regulación de la eutanasia.
- 11.- Martínez K. Medicina y objeción de conciencia. Anales del Sistema Sanitario de Navarra 2007; 30 (2): 215 – 223.
- 12.- Neira K., Szmulewicz E. “Algunas reflexiones en torno al derecho general de objeción de conciencia”. Rev. Derecho y Humanidades 2006; 12: 185 -198.
- 13.-Sieira S. La objeción de conciencia sanitaria.

APROBACIÓN DEL INFORME

El presente informe se aprobó, en fecha 15 de junio de 2022, por mayoría de los miembros del Comité de Bioética de la Comunitat Valenciana.

Resultados de la votación:

- Votos a favor: **12**

- Votos en contra: **5 con voto particular**, emitidos por:
 - **Javier Lluna González**, representante de la Sociedad Valenciana de Bioética.
 - **M^a Antonia Jiménez De Aldasoro**, representante del Consejo Autonómico de Colegios de Médicos de la Comunitat Valenciana.
 - **Luis Franco Vera**, representante de la Real Academia de Medicina de la CV.
 - **Barbara Chiralt Bailach**, representante de las Asociaciones de Pacientes.
 - **Vicente Bellver Capella**, representante de las Universidades de la CV.

ANEXO. MOTIVACIÓN VOTOS PARTICULARES

JAVIER LLUNA GONZÁLEZ representante de la Sociedad Valenciana de Bioética

Dentro del respeto a todos los participantes en el desarrollo de este informe, y siendo consciente del esfuerzo realizado en la elaboración de este, deseo argumentar mi decisión en contra considerando los siguientes aspectos:

1.- Se dedica buena parte del documento a justificar y argumentar aspectos favorables a la eutanasia cuando ya existe una Ley que ha sido aprobada, y por tanto este debate ahora es innecesario. Cuestión que puede apreciarse en varios párrafos del punto 3 MARCO TEÓRICO.

Como ejemplo, en el párrafo en el que se indica que el Tribunal Supremo declaró de utilidad pública a la Asociación Derecho a Morir Dignamente, considero que todo este párrafo es gratuito y sobra en el contexto de lo solicitado por la Dirección General. Sigue argumentando en favor de la eutanasia cuando no es el caso. La solicitud se hace con relación a aspectos éticos de la objeción de conciencia en la aplicación de la ley del aborto y de eutanasia. No pretende entrar en el debate ni justificación de esta última.

2.- Subyace también en este documento la sensación de un enfrentamiento entre dos derechos, el de acceder a la eutanasia y el de objetar como profesional sanitario a la realización de la misma. Parece que el culpable de la no prestación de la ley podría llegar a ser el objetor. Concretamente, aparte de párrafos que afortunadamente fueron eliminados del documento original tras el debate oportuno, permanecen los siguientes:

“Puesto que la OC no es hacia las personas sino hacia una acción directa específica, en ningún caso el objetor negará la asistencia al paciente, solo se abstendrá de la acción de la que objeta. Por igual razón, el personal de colaboración médica que no está ejecutando la acción, no puede dejar de cumplir con sus funciones profesionales de apoyo pre y post procedimiento”.

La suposición de que un profesional negará asistencia a un enfermo no es más que eso una suposición. Una cosa es negar legalmente la asistencia a morir por cuestiones de conciencia y otra negarse a la asistencia médica de cualquier índole. Este párrafo no deja de ser una conjetura y se considera también gratuito incluso para algunos probablemente ofensivo.

En otro párrafo se dice:

“En todos estos ámbitos, debemos señalar como máxima dificultad la consideración de que la OC por parte del/de la profesional tiene como consecuencia la limitación de los derechos de otra persona”.

El legislador tiene la responsabilidad de que el usuario haga uso de su derecho, pero reconociéndose también el derecho de la objeción, no debe considerarse a este último responsable. En todo caso debe ser la administración, que respetando el derecho de ambos, ponga los medios oportunos para que se cumpla la ley.

Otro párrafo en el que se aprecia esta supuesta responsabilidad es:

“A la vista de la normativa indicada, se puede establecer que el problema ético común con que nos encontramos es el de la OC y su importancia a la hora de que los ciudadanos y las ciudadanas puedan ejercer los derechos que, en estas normas, se contemplan”. Repetición de los mismo.

3.- Finalmente considero que se da muy escasa importancia a las cuestiones específicas que se plantean en la solicitud.

M^a ANTONIA JIMÉNEZ DE ALDASORO representante del Consejo Autonómico de Colegios de Médicos de la CV, se adhiere al argumento de Javier Lluna González.

LUIS FRANCO VERA representante de la Real Academia de Medicina

El voto particular que presento se apoya en las siguientes consideraciones:

- El Comité de Bioética de la Comunitat Valenciana (en adelante, CBCV) ha recibido la solicitud de elaborar un informe sobre el ejercicio de la objeción de conciencia (en adelante, OC), en especial en referencia a los dilemas éticos que surjan de la aplicación de la “Ley Orgánica 2/2010, de 3 de marzo, de salud sexual y reproductiva y de la interrupción voluntaria del embarazo”, el “Real Decreto 825/2010, de 25 de junio, de desarrollo parcial de la Ley Orgánica 2/2010, de 3 de marzo, de salud sexual y reproductiva y de la interrupción voluntaria del embarazo”, la “Ley Orgánica 3/2021, de 24 de marzo, de regulación de la eutanasia” y el “Decreto 82/2021, de 18 de junio, del Consell, de creación de la Comisión de Garantía y Evaluación de la Comunitat Valenciana, prevista en la Ley orgánica 3/2021, de 24 de marzo, de regulación de la eutanasia”.
- En un Estado de Derecho, las leyes aprobadas por el Parlamento se deben acatar, con independencia del juicio particular –favorable o desfavorable– que cada ciudadano tenga sobre el contenido y alcance de la ley. Si su opinión no es favorable, tiene el derecho a procurar la modificación de la ley por los métodos establecidos en la sociedad democrática y, en todo caso, tiene el derecho a la OC, derecho reconocido por la Constitución en su artículo 16.1 con la precisión incluida en el apartado II.14 de la sentencia del Tribunal Constitucional 53/1985. Como quiera que la OC puede vulnerar los derechos de terceros, es preciso que su ejercicio se regule adecuadamente.
- Por tanto, esta regulación ha de ser el objeto del informe solicitado por parte de la Dirección General de Atención Sanitaria. No se trata, pues, de enjuiciar las leyes referidas en el primer párrafo de este escrito, sino solamente de precisar el marco ético de la OC a dichas leyes y de aportar las soluciones que se estimen convenientes.

Teniendo en cuenta las consideraciones anteriores, estimo que el apartado 3. “Marco ético”, del informe elaborado debería circunscribirse a la OC, no a la eutanasia en sí. La introducción a este apartado simplemente trata de justificar la conveniencia y la éticidad de la eutanasia, cuestión que está fuera de lugar toda vez que se parte de una situación en que la eutanasia está ya aprobada. En este sentido, los párrafos que se identifican a continuación por la página del texto final en que aparecen y por su comienzo, no deberían aparecer en el informe.

- Página 7. Párrafo “A la hora de reflexionar desde la perspectiva ética...” Constituye una justificación de la conveniencia de la eutanasia aportando, además, razones subjetivas, que no tienen por qué ser compartidas por todos los miembros del Comité
- Página 7. Párrafo “La eutanasia es una conducta activa...” Incluye conceptos difíciles de valorar (por ejemplo, el de calidad de vida) y termina con una pregunta sobre el valor absoluto de la vida que está fuera de lugar. Además, no se ve cómo puedan influir en la regulación del ejercicio de la OC los conceptos mencionados, que seguramente habrá tenido en cuenta el legislador al elaborar la ley.
- Página 8. Párrafos “El derecho a la disposición de la propia vida...” y “Tal como se entiende hoy la eutanasia...” No influyen sobre la regulación del ejercicio de la OC. Además, incluyen razones de fuerte carga ideológica.
- Página 9. “Desde el punto de vista ético...” Otra vez se intenta, ahora desde una perspectiva de derecho comparado, justificar la conveniencia de legislar sobre la eutanasia. Nuevamente, hay que advertir que esa legislación ya está aprobada y que ahora se trata de regular el ejercicio del derecho a la OC.
- Página 9. Párrafo “Para evitar la inseguridad...” Si bien el párrafo anterior tiene sentido en esta introducción, las ideas vertidas en el de referencia trascienden las competencias de este Comité.

Aunque el contenido del apartado 3.1, “Principios éticos de la objeción de conciencia”, puede ser objeto importante del informe, el análisis del contenido de la Ley Orgánica de Regulación de la Eutanasia (en adelante, LORE) desde el punto de vista de los principios de la bioética, adolece del mismo defecto señalado para la introducción al apartado 3: trata de justificar por qué es ética la eutanasia, cuestión que habría tenido interés en un debate previo a la aprobación de la LORE, pero que ahora está fuera de lugar. Por otro lado, es posible construir el discurso bioético apoyándose en fundamentos distintos a los propuestos por la bioética principialista.

En el apartado 3.2, “Directrices éticas”, aunque se añada el adjetivo “públicas” en la primera línea del punto f), valdría la pena mencionar expresamente que un centro sanitario de titularidad no pública puede, de acuerdo con su ideario, rechazar corporativamente la práctica de aborto o de eutanasia. Se garantizaría de este modo el ejercicio de un derecho implícitamente reconocido en la aprobación del funcionamiento de la institución correspondiente.

Finalmente, sería conveniente que se hiciera una mención explícita a las garantías previstas por la Ley de Protección de Datos, cuando se habla del tratamiento y custodia del registro de objetores.

En resumen, estimo que el Informe, en su redacción final, dedica la mayor parte de su contenido a dar una visión positiva de la legislación aprobada por el Parlamento, especialmente de la LORE, y deja sin abordar numerosos aspectos de la regulación del derecho a la objeción de conciencia.

BÁRBARA CHIRALT BAILACH representante de las Asociaciones de Pacientes

El sentido en contra de mi voto está motivado porque con este informe volvemos a hacer el camino andado y ni mucho menos resolvemos lo que nos ha traído aquí. Desarrollar argumentaciones de por qué debemos garantizar la eutanasia y permitir la OC no aporta nada nuevo que mejore las acciones que la Administración deba tomar. El informe se limita a describir parte de la argumentación previa, es un preámbulo y explico por qué. Un ejemplo de mejora la podemos hallar en que la LORE incorpora respecto a la Ley de Salud sexual y reproductiva y de IVE es la existencia de registros de OC. Ésta es una medida práctica con la que Administración se asegura conjugar realidades existentes: conocer los medios con los que cuenta. Es una iniciativa que mejora una dificultad. Con este informe ¿en qué ayudamos a la Administración a que tome decisiones prudentes? Detallamos las justificaciones y cuán relevante es la sentencia del Tribunal Supremo de declaración de Utilidad Pública de una asociación para afirmar que lo que esta sociedad ha decidido está bien decidido. Nos recreamos observando que hay conflictos irresolubles derivados de nuestra libertad de tomar decisiones, cuando esos conflictos son la consecuencia lógica de ello: que unas personas quieren unas cosas y otras, otras. Y se nos pregunta cómo tratarlo, qué hacer con ello, cómo tratará bien la Administración estas situaciones. A la persona que sufre y no le encuentra sentido a ese sufrimiento ni a su existencia le decimos que tiene derecho, que lo entendemos y que la Administración Pública lo garantizará. Al profesional que sabe de ese sufrimiento del paciente, pero que considera que acabar con la vida del paciente no es una solución al sufrimiento en este mundo, le decimos que puede objetar. Al Estado que se ha comprometido a respetar ambas decisiones, le decimos ‘haz lo que tenías previsto, hay motivos éticos para hacerlo’. Mi voto es en contra porque por mucho que queramos cumplir con unos plazos, si lo que aportamos no concluye con algún elemento que mejore esta realidad (es mi hipótesis, la Dirección General de Asistencia Sanitaria es quien tendrá que valorar) es lo mismo que no presentarlo. El trabajo hecho sirve de preámbulo. Cuando la Dirección General de Asistencia Sanitaria solicitaba un informe que orientase la práctica de la actividad asistencial en relación al ejercicio de la objeción de conciencia en el contexto de la interrupción voluntaria del embarazo y de la aplicación de la eutanasia solicitaba que este comité facilitara elementos de decisión que además de responder a la legalidad, permitieran a la Administración tomar decisiones que recojan valores éticos para que las medidas que tome no lesionen la coexistencia de ambos derechos. Cuando se nos pide que valoremos cómo preservar la integridad de las personas

que puedan hallarse en un conflicto, nos piden que seamos capaces de recoger la diversidad de posturas y seamos capaces de aproximar soluciones a visiones diferentes que tiene esta sociedad y cómo encajar estas posturas e integrarlas por el bien común. Que seamos capaces de conciliar posturas justificadas y dar alternativas mejores que las que existen. Se nos pide la aplicación práctica de un saber. El informe de OC habla de posiciones irreconciliables y expone de manera razonada mediante los marcos legales y los principios que los motivan la conclusión que se aportó de manera preliminar: que el registro de objetores de conciencia será confidencial y que no hay motivos para que el Comité de Garantías y Evaluación lo sea. El informe recoge la normativa legal que es el contexto y se posiciona en la autoridad del Derecho como justificación. La legalidad es una razón, pero no es la única razón. Si acompañamos a los ciudadanos con los principios de la bioética, los acompañamos a todos, también a los que objetan. Si en un momento del proceso de elaboración del informe nos preguntamos por la veracidad de las motivaciones de la OC porque se han dado situaciones que nos llevan a cuestionar su autenticidad en ellas, es porque reconocemos que la sociedad es utilitarista y, no sé en qué nos basamos para pensar que esta concepción no está presente en otras prácticas (edadismo). Si expresamos que un cambio social como la acentuación del envejecimiento de la población da razones a esta sociedad para legislar para que podamos elegir cuándo deseamos morir, con él estamos tomando como hecho que el proceso de envejecer tiene como consecuencia el deseo de morir. El proceso de argumentación, extensamente elaborado, ha sido desarrollado para avalar la conclusión de partida. No cabe duda de que ha sido un extenso trabajo y habrá exigido al equipo redactor una dedicación que el resto hemos encontrado hecho. Es justo que se reconozca. Y con ánimo de aportar, la decisión de mi voto negativo responde a que considero que el informe no recoge la tarea encomendada asumiendo mi propia responsabilidad. El informe recoge el respeto a la decisión de OC y de manera insistente recuerda que la declaración de OC, será el perjuicio de otro, por lo que se deberán proveer garantías. Atribuye a la persona que objeta la responsabilidad del sufrimiento de otro. El mensaje que damos con el informe es que la persona que no puede participar en el acto eutanásico por sus convicciones está lesionando a una persona que sufre. Expresamos que no puede ser objeto de reproche moral, pero recordamos que está fallando a una persona vulnerable. En el proceso de elaboración del informe, se advertía de aplicaciones incorrectas de la OC, prácticas que podían tener un origen egoísta (aprovechamiento de los mecanismos legales para no cumplir con la obligación que marca la ley en beneficio propio) o desconsiderado (el no acatamiento a participar en la eutanasia impide a una persona que sufre que deje de sufrir). El informe, con su cuestionamiento de los límites de la libertad de conciencia, parece que estableciera una jerarquización de principios. Sigo sin haber encontrado motivos para establecer que el principio que motiva la OC y la eutanasia sean tan distintos y que, por lo tanto, tengan que jerarquizarse: la libertad del agente para tener convicciones que fundamenten los actos personales. Argumento por qué no encuentro motivos para jerarquizar las razones de quien solicita eutanasia con las razones para declararse objetor de conciencia, esboqué en mis comentarios al informe de OC en el mes de marzo. En situaciones similares tanto pacientes como profesionales sanitarios toman decisiones distintas (solicitando eutanasia o no solicitándola, y declarándose objetor o no

haciéndolo), con lo cual no son las circunstancias únicamente las que motivan esa decisión, sino las valoraciones de cada persona: de si a pesar de ese sufrimiento le merece o no la pena seguir viviendo, en el caso de pacientes. Lo que los profesionales jerarquizan cuando deciden objetar o deciden no hacerlo también son distintas. Es esa jerarquía de razones las que nos lleva a actuar a cada persona en uno u otro sentido. Si entendemos que está justificado que cada uno tenga sus razones y que de acuerdo con ellas actúe, estamos dando por buena esa capacidad. Estamos dando por buena la libertad de conciencia. Y por ese motivo, está tan justificada la que motiva en un sentido, como en cualquier otro. Volviendo al informe, se llega a expresar que la libertad de conciencia está limitada cuando causa un daño a un tercero. (“OC no es un derecho absoluto, sino que, como todos los derechos fundamentales, tiene sus límites en cuanto que puede vulnerar los derechos de otras personas”). El mensaje que se extrae es que un perjuicio es mayor que otro. Concluimos que ambas posturas son respetables si se ajustan a derecho, pero nos posicionamos: no incorporamos la preocupación por el perjuicio del profesional al que señalamos diciendo que objetando daña a una persona vulnerable. Hablamos del gran respaldo a la eutanasia en la opinión pública y no nos preguntamos si la opinión pública apoya también que nadie debería tener que actuar en contra de sus convicciones morales. El temor a las consecuencias del ejercicio de la OC en la aplicación de la LORE nos preocupa por los antecedentes con IVE. Pero la insistencia en esa preocupación no está justificada, dado que en la LORE se corrige contemplando el registro de OC como mecanismo para garantizar la eutanasia y la objeción de conciencia. La respuesta que se nos pide son recomendaciones sobre el tratamiento y confidencialidad de los registros de OC y de la composición de los Comités y Comisiones para garantizar no perjudicar a los ciudadanos: al paciente y al profesional y con este informe no tengo certeza de que estemos dando recomendación alguna. Cuando un paciente solicita eutanasia y el profesional sanitario objeta ¿en qué momento dejará de acompañarlo en el proceso? ¿a quién lo derivará? ¿a otro profesional de su servicio, a otro facultativo del paciente? ¿cómo sabrá quién no ha objetado ya? ¿quién accederá al registro de OC? ¿Cómo sabrá el médico responsable qué médico consultor no es objetor de conciencia? ¿Y qué personal de enfermería, farmacia y demás participantes no son objetores de conciencia? ¿Tendrán entre ellos que expresar sus convicciones morales? El registro es confidencial, ¿pero entre ellos tendrán que exponer su posición? ¿cualquier profesional sanitario podría verse implicado?, Si la declaración de objeción de conciencia recomendamos que no sea sobrevenida, ¿tienen todos los profesionales susceptibles de participar que decidir ya si contamos con ellos o no? ¿tenemos que valorar si las justificaciones de la OC son válidas? ¿Alguien va a valorar si las justificaciones para objetar son válidas? ¿podemos actuar cuando las razones no son válidas? ¿qué medidas se pueden tomar? Estas son algunas preguntas que no sé si ya están resueltas por la Administración.

VICENTE BELLVER CAPELLA representante de las Universidades de la CV, se adhiere al argumento de Bárbara Chiralt Bailach.