



# La Objeción de Conciencia frente a la Eutanasia

Marina Paula Martins Agostinho Simões Fernández

Palmito Books



Título: La Objeción de Conciencia frente a la Eutanasia

© Marina Paula Martins Agostinho Simões Fernández, 2025

Todos los derechos reservados

De acuerdo con lo dispuesto en el art. 270 del Código Penal, podrán ser castigados con penas de multa y privación de libertad quienes reproduzcan o plagien, en todo o en parte, una obra literaria, artística o científica, fijada en cualquier tipo de soporte sin la preceptiva autorización.

Palmito Books®

Publicado en formato digital

1ª edición: febrero 2025

ISBN: 979-13-87676-20-9

DOI: 10.56533/HCOH6377

URL: [https://doi.org/ 10.56533/HCOH6377](https://doi.org/10.56533/HCOH6377)





## Resumen

**Palabras clave:** objeción de conciencia, eutanasia, sufrimiento insoportable, muerte digna

En este trabajo abordamos una cuestión envuelta en polémica, apenas a 2 años de la publicación de la nueva Ley de la Regulación de la Eutanasia, publicada en junio de 2021, que cambia radicalmente la penalidad de un asunto sensible a nivel social, político y cultural.

Envuelta en polémica por tratarse de una ley sin una excesiva demanda social al contrario de lo que consta en su preámbulo.

El preámbulo de la ley, apela a la dignidad de la persona y a la autonomía del paciente, principio indispensable en la relación médico paciente: se restringe a los casos con sufrimiento insoportable e involucra a profesionales sanitarios obligados a actuar, a colocar su nombre en registros de objetores de conciencia creados por las Administraciones Públicas y a sufrir la exclusión obligada a participar en las comisiones de garantía previstas en la ley.

## Abstract

**Keywords:** objection of conscience, euthanasia, unbearable suffering, dignified death

In this paper we address an issue shrouded in controversy, barely 2 years after the publication of the new Law on the Regulation of Euthanasia, published in June 2021, which radically changes the penalties for a socially, politically and culturally sensitive issue.

It is controversial because it is a law without excessive social demand, contrary to what is stated in its preamble.

The preamble of the law appeals to the dignity of the person and the autonomy of the patient, an indispensable principle in the doctor-patient relationship: it is restricted to cases of unbearable suffering and involves health professionals obliged to act, to place their names on registers of conscientious objectors created by the Public Administrations and to suffer the obligatory exclusion from participating in the guarantee commissions foreseen in the law.

## Índice de contenidos

1. Introducción .....	9
1.1 Justificación del tema elegido .....	11
1.2 Problema y finalidad del trabajo .....	12
1.3 Objetivos.....	12
2. La objeción de la conciencia: naturaleza jurídica.....	14
2.1 Naturaleza del derecho de la objeción de conciencia .....	17
2.2 Objeción de conciencia en el medio sanitario.....	23
3. La eutanasia a nivel internacional .....	34
4. Eutanasia: derecho o medida de muerte digna.....	39
5. Configuración legal de la eutanasia y de la objeción de conciencia: análisis de la LORE. 43	
5.1 Las comisiones de garantía y evaluación de la LORE: Artículos 17 y 18 .....	46
5.2 Previsión legal del ejercicio de la objeción de conciencia de los profesionales sanitarios (artículo 16 de la LORE).....	50
5.3 Los registros de objetores de conciencia frente a la eutanasia .....	51
5.4 Motivaciones y conflictos de los profesionales de salud .....	53
5.5 Los espacios libres de eutanasia.....	56
6. Hechos ocurridos resultantes de la aplicación de la LORE .....	58
7. Conclusiones .....	62
8. Referencias bibliográficas.....	67
9. Listado de abreviaturas .....	72

## Índice de figuras

Figura 1: DALY en el Grupo Etario de más de 70 años, ambos sexos, en España durante el periodo de 1990 a 2019 .....	44
Figura 2: Mapa de la UE sobre la calidad de salud en mujeres a los 65 años en relación porcentual de la esperanza de vida.....	45
Figura 3: Carta de Ottawa, 17 a 21 de noviembre de 1986 .....	49

## 1. Introducción

La objeción de conciencia en relación a la eutanasia es un tema que ha cobrado gran relevancia en los últimos años, uno de los temas más controvertidos en el ámbito de la ética médica y la Bioética. La eutanasia se refiere a la acción de poner fin a la vida de una persona que padece una enfermedad incurable o se encuentra en estado terminal, con un sufrimiento insoportable, con el objetivo de evitar padecimientos innecesarios.

La eutanasia ha sido legalizada en algunos países, como los Países Bajos, Bélgica y Canadá, y hace 23 escasos meses también en España, mientras que en otros, como los Estados Unidos y en la mayoría de los países europeos, se sigue criminalizando la práctica.

La objeción de conciencia ha generado importantes debates en torno a la moralidad y la legalidad de esta práctica. Se refiere al derecho que tienen los profesionales de la salud a negarse a participar en la eutanasia debido a objeciones éticas o religiosas, morales, culturales o doctrinales. En muchos países, como en Estados Unidos de América y en la mayoría de los países de la Unión Europea, la legalidad de la eutanasia sigue siendo un tema de debate polémico, por cuestiones múltiples de naturaleza sociocultural y de bioética; esta cuestión en España se encuentra lejos de aceptación; la ausencia de informes preceptivos de índole jurídico y médico previos a la promulgación de la Ley de la Eutanasia, la nueva Ley Orgánica 3/2021 de 24 de marzo, LORE en adelante, promulgada en un país sin una red de cuidados continuados estructurada y transversal a nivel nacional, con un sistema nacional de salud crónicamente sub financiado, que pueda ofrecer posibles opciones a la muerte «deseada y digna», son predictores de la continuidad del debate.

Los partidarios de la eutanasia argumentan que puede proporcionar una forma humana y compasiva de terminar con el sufrimiento de los pacientes que sufren mucho o no tienen esperanza de recuperación y proporcionarles una muerte digna. También argumentan que pueden ayudar a preservar la dignidad y la autonomía del paciente en los momentos últimos de la vida.

Sin embargo, los que se oponen a la eutanasia argumentan que es inmoral y poco ético terminar intencionalmente con una vida humana, independientemente de la situación vital

del paciente terminal. Otros refieren que podría dar lugar a abusos, como la eutanasia involuntaria de pacientes vulnerables o discapacitados que no pueden expresar sus deseos; y de que los Estados deben siempre garantizar el derecho a la vida, derecho especialmente protegido como derecho fundamental del artículo 15 de la Constitución española (CE).

La promulgación de una ley en un Estado donde la demanda social nunca ha tenido excesiva importancia, al contrario de lo que consta en el preámbulo de la LORE no deja de ser un hecho llamativo. La participación obligatoria de un grupo de profesionales pro eutanasia en las Comisiones de Garantía, la falta de participación obligada/obligatoria de profesionales de la salud objetores de conciencia en la toma de decisión/decisiones dentro de las Comisiones de Garantía, y la propia metodología usada en la constitución de las Comisiones, generan inseguridad jurídica, social y política que ponen en entredicho el Estado de Derecho.

La jurisprudencia del Alto Tribunal, con las sentencias 160 / 1987, de 27 de octubre, y 161 / 1987 de 27 de octubre, dejan en el limbo la posibilidad de considerar el derecho a la objeción de conciencia como un derecho general: aunque en la Constitución Española en su artículo 30.2 se reconozca este derecho, este está restringido al servicio militar; a partir del momento que cesó la obligatoriedad del mismo, desde 30 de noviembre de 2001 por la derogada Ley 17/1999 de 18 de mayo, esta objeción perdió su razón de ser (Pertierra 2016). La aplicación de la jurisprudencia del TC a la objeción de conciencia en el ámbito sanitario es motivo de reflexión y al mismo tiempo de inseguridad jurídica para este grupo de profesionales.

Este trabajo tiene como objetivo analizar en profundidad el derecho a la objeción de conciencia frente a la eutanasia en especial en el medio sanitario. Se examinarán los marcos jurídicos y jurisprudenciales del Tribunal Constitucional como principal intérprete de la CE en relación al derecho de objeción de conciencia y también la jurisprudencia del Tribunal Europeo de Derechos Humanos (TEDH).

Se analizarán los límites de la aplicación de la objeción de conciencia frente a la eutanasia y los argumentos a favor y en contra de su reconocimiento como derecho autónomo, de construcción jurisprudencial de los profesionales sanitarios. Asimismo, se analizarán las implicaciones éticas, legales y sociales de la objeción de conciencia en la práctica de la

eutanasia, y se evaluará su impacto en el derecho a la vida y la dignidad humana, derechos fundamentales que cualquier Estado Social y Democrático de Derecho debe garantizar.

En definitiva, este trabajo busca aportar una visión crítica y reflexiva sobre uno de los temas más complejos, actuales y controvertidos de la actualidad, con el objetivo de contribuir al debate académico y social sobre la objeción de conciencia frente a la eutanasia y las recientes consecuencias de la aplicación de la LO 3/2021 en el medio sanitario.

### 1.1 Justificación del tema elegido

El tema elegido para este trabajo es un tema actual, en un momento inmediatamente posterior a la promulgación de la nueva ley de la regulación de la eutanasia, la Ley Orgánica 3/2021, de 24 de marzo, LORE. Un tema polémico, con algunos problemas materiales y formales de implementación, pues en la práctica se apoya en un grupo de profesionales de salud, obligado a revelar ante la Administración sus convicciones morales y sus argumentos individuales, lo que conlleva a un conflicto interno de la conciencia individual.

Los médicos son mayoritariamente pro vida y conocen perfectamente los puntos débiles de un sistema nacional y autonómico de salud crónicamente sub financiado, sin una red organizada de cuidados continuados y que sigue sin apostar en la prevención de la enfermedad o en los cuidados en la última etapa de la vida. Los cuidados de salud mental son un importante problema de Salud Pública lo que coloca en riesgo la toma de decisión o que esta se tome de forma superficial y liviana, sin una evaluación del contexto sociocultural y familiar de los pacientes y sin aportar posibles elecciones al paciente que requiere la eutanasia. La necesidad del aumento de los recursos humanos y materiales necesarios para el desarrollo sustentable de una red de cuidados paliativos a nivel nacional, en un sistema nacional de salud gratuito y universal pero crónicamente sub financiado, traduce un desequilibrio en las oportunidades de elección del paciente terminal o incurable, que de forma unilateral se puede decidir por la eutanasia en vez de optar por una muerte igual de digna, pero en compañía de sus familiares y con los tratamientos necesarios que evitan el sufrimiento y preservan la dignidad en este período de la vida.

## 1.2 Problema y finalidad del trabajo

Con este trabajo pretendo ayudar a la reflexión en relación a la eutanasia como derecho, a la implementación de la ley de la eutanasia en España, evidenciar los puntos débiles de la misma y llamar la atención para la situación de elección del paciente a la eutanasia cuyo resultado es irreversible. Los aspectos tanto materiales como formales de la Ley de la Eutanasia son abordados de forma parcial y pueden conllevar a la posible ocurrencia de fallos irreversibles y graves.

El cambio en la postura de nuestro Tribunal Constitucional y las variadas sentencias del TEDH, los aspectos formales y materiales en la constitución de las Comisiones de Garantía previstos en la LORE y la obligatoriedad de la creación Autonómica de registros de objetores de conciencia entre los profesionales del servicio público de salud, generan una situación polémica, de conflicto social y envuelta en inseguridad jurídica.

Al mismo tiempo el miedo que se genera entre la clase profesional médica atemorizada por las posibles infracciones de la anonimidad de los registros de objetores de conciencia frente a la eutanasia.

Por último, entre los propios pacientes, que dejan de creer en la clásica relación médico paciente pues desconocen la postura de su médico frente a la eutanasia y temen por su propia vida al no saber la postura de su médico cuando inician su relación con él. Cualquier paciente puede pasar por momentos de depresión, de soledad, de deseo del fin. Tener un médico objetor de conciencia, que puede intentar abrir nuevas puertas en vez de otro, que estando a favor de la eutanasia, no procure que ese paciente vea la luz al final del túnel que atravesase en algún momento de su vida.

La relación médico paciente queda fragilizada, ya que deja de apoyarse en la mutua confianza. El Estado se interpone en esa relación, como Estado excesivamente protector, decisor e interventor. Es el Estado que siempre debe proporcionar todas las opciones posibles para preservar la vida con dignidad.

## 1.3 Objetivos

Se trata de un tema complejo que requiere una reflexión crítica y fundamental, y que su abordaje debe considerar diferentes aspectos, para lograr un análisis riguroso y completo.

El objetivo principal de este trabajo es analizar la objeción de conciencia frente a la eutanasia en el medio sanitario, enfocando en el grupo de profesionales implicados en esta prestación, teniendo en cuenta la garantía constitucional del derecho a la vida y a su protección, providenciada por cualquier Estado de Derecho como es el Español.

Los objetivos específicos del trabajo que es tema de discusiones y debates sociales e políticos son aclarar conceptos inherentes a la LO 3/2021 de 25 de marzo; en una perspectiva ética, de valores y principios, como una cuestión que afecta los derechos y libertades tanto de pacientes como de profesionales de la salud; analizar las diferentes posturas jurisprudenciales al respecto, para llegar a unas conclusiones críticas y fundamentadas; tornar visible la postura del médico objetor de conciencia y de sus derechos constitucionales en relación a la negación de la prestación de la eutanasia; y por último, el impacto de esta nueva práctica clínica en el Sistema Nacional de Salud y en la sociedad.

La objeción de conciencia en la eutanasia tiene un impacto directo en la práctica clínica, y es necesario analizar cómo afecta a los profesionales de la salud, a los pacientes, a la relación médico paciente y a la calidad de la atención médica en general.

## 2. La objeción de la conciencia: naturaleza jurídica

La objeción de conciencia no tiene una definición exacta en nuestro ordenamiento jurídico. Como derecho protegido por recurso de amparo constitucional, por los artículos 53.2, 161.1,b) de la Constitución Española (CE), artículo 41.1 de la Ley Orgánica del Tribunal Constitucional (LOTC) son susceptibles de amparo constitucional, sólo en los casos y en las formas que la ley establece: la igualdad ante la ley, garantizada en el artículo 14 de la CE, las libertades y derechos reconocidos en los artículos 15 a 29 CE, que integran la sección primera del Capítulo II del Título 1 de la CE y la objeción de conciencia, aplicada al servicio militar reconocida en el artículo 30 CE.

La Declaración Universal de Derechos Humanos de las Naciones Unidas de 1948, en su artículo 1, refiere que «todos los seres humanos nacen libres e iguales y dotados como están de razón y conciencia (...)», y más específicamente en su artículo 18, que «toda persona tiene derecho a la libertad de pensamiento, de libertad y de religión (...) tanto en público como en privado». Dichos preceptos constituyen un criterio de interpretación de las normas relativas a los derechos fundamentales y a las libertades que la CE reconoce (Pertierra 2016). La libertad de conciencia es un derecho fundamental como podemos constatar en el artículo 16 CE, pero la objeción de conciencia como tal es más un elemento individual que propiamente fundamental, pues se encuentra en una situación de conflicto entre lo que es el derecho fundamental a la libertad de conciencia del artículo 16 de la CE y los límites impuestos por los Estados que aseguran el correcto funcionamiento del mismo, con sus distintas prestaciones en una sociedad democrática, libre e igual.

Si un Estado garantizara toda la variedad de posibilidades de la objeción de conciencia a sus ciudadanos, se podría poner en riesgo el propio funcionamiento del mismo como Estado. Si cada ciudadano optara por querer hacer valer su conciencia, sus conflictos individuales ante la variabilidad social de casos concretos susceptibles de lesionar el pensamiento de cada uno, un Estado podría volverse un verdadero caos, totalmente disfuncionante.

De acuerdo con el Tribunal Constitucional, el único interprete de la Constitución, la objeción de conciencia debe quedar reservada para temas de importante calado. Y es este órgano el

que tiene el poder de decisión sobre si cada conflicto es o no susceptible de ser reconocido como generador de una objeción por parte del ciudadano que se opone a la Norma apelando a conflictos de conciencia. Los Estados que protegen la libertad de pensamiento no pueden atender a la enorme variabilidad de Códigos de Ética existentes en una sociedad plural. La Doctrina Constitucional debe coexistir con independencia real y efectiva de los tres poderes del Estado, Ejecutivo, Legislativo y Judicial.

La objeción de conciencia no se limita al ámbito de la religión, como vemos en el artículo 16.1 de nuestra Carta magna, que garantiza y protege la «libertad ideológica, religiosa y de culto»; en el artículo 16.2 de la CE en el que «nadie podrá ser obligado a declarar sobre su ideología, religión o creencias» y de hecho la incluye, pero que se puede aplicar a distintos aspectos de la vida; sin embargo, siempre se podrán crear conflictos entre lo que es la normatividad imperativa y las cuestiones individuales y éticas.

La libertad del ser humano debe de estar protegida por los Estados como «garantía de la diversidad de pensamiento, de los valores éticos, evitando el totalitarismo» y la autocracia de los poderes públicos.

Los Estados deben proteger normativamente determinados supuestos sin coger el riesgo de querer satisfacer todas las pretensiones del pensamiento humano, pero sin dejar de valorar cuestiones importantes, de calado, como es la objeción de conciencia en el ámbito sanitario, que implican el desarrollo de acciones irreversibles, efectuadas por determinados grupos profesionales, que, a su vez, pueden ver limitados sus propios derechos. «Cabe a los jueces hacer una ponderación de lo que son normas imperativas y preceptos éticos, y tutelar de forma legítima siempre que una persona alega oponerse a un determinado derecho que detiene otra» (Navarro-Valls 2009).

Si intentamos analizar las distintas posturas de los ordenamientos jurídicos en relación a la objeción de conciencia, vemos que existen tres tipos de Estados, desde los dictatoriales a los democráticos y verdaderamente libres. Los Estados dictatoriales, son los que niegan el derecho fundamental de libertad de conciencia y por tanto niegan la DUDH de 1948; los Estados que no la incluyen legislativamente de modo expreso pero no la prohíben y que por tanto son Estados donde reina la inseguridad jurídica; y los Estados que dan lugar a la

concretización de este derecho de la conciencia, los que se caracterizan por la existencia de democracias maduras y por efectiva separación de poderes.

Es un hecho que sería una anarquía civil si un Estado reconociera todos los supuestos de objeción de conciencia y si se aceptara la pretensión de que este se muestre sensible a todos ellos, nos conduciría a una difícil situación de totalitarismo de la conciencia (Ciáurriz, 1996). Pero también es un hecho que en el mundo son más numerosos las democracias débiles donde el ciudadano teme por manifestar sus ideologías y vive amordazado.

Los Estados cuyas democracias son sólidas deben mostrarse sensibles al pensamiento individual, a la conciencia y a los principios morales, y no valorar únicamente la excesiva rigidez de las normas. Es el equilibrio entre la libertad del individuo y el orden jurídico que asegura el funcionamiento de los Estados de Derecho.

Por cuanto hace a la posibilidad de objeción de conciencia de personas jurídicas, la STC 139/1995 FJ 4 establece que la doctrina constitucional del reconocimiento de los derechos a favor de las personas jurídicas, contiene un «reconocimiento expreso y específico de derechos fundamentales para determinados tipos de organizaciones. Así, por ejemplo, la libertad de educación está reconocida a los centros docentes (art. 27 C.E.); el derecho a fundar confederaciones está reconocido a los sindicatos (art. 28. 1 C.E.); la libertad religiosa se garantiza a las asociaciones, de este carácter (art. 16 C.E.) o las asociaciones tienen reconocido el derecho de su propia existencia (art. 22.4 C.E.) ». La misma sentencia pone en el fundamento jurídico 4, «si el objetivo y función de los derechos fundamentales es la protección del individuo, sea como tal individuo o sea en colectividad, es lógico que las organizaciones que las personas naturales crean para la protección de sus intereses sean titulares de derechos fundamentales, en tanto y en cuanto estos sirvan para proteger los fines para los que han sido constituidas. En consecuencia, las personas colectivas no actúan, en estos casos, en defensa de un interés legítimo en el sentido del art. 162.1 b) de la C.E., sino como titulares de un derecho propio. Atribuir a las personas colectivas la titularidad de derechos fundamentales, y no un simple interés legítimo, supone crear un baluarte de derechos frente a cualesquiera poderes de pretensiones invasoras, y supone, además, ampliar el círculo de la eficacia de los mismos más allá del ámbito de lo privado y de lo subjetivo para ocupar un ámbito colectivo y social».

Sin embargo, existen características y fines del derecho que no permitan su ejercicio por la persona jurídica, como son el derecho a la vida y a la integridad física del artículo 15 de la CE o a la propia dignidad de la persona, del artículo 10 y a la intimidad personal y familiar del artículo 18.1, exclusivos de personas físicas.

## 2.1 Naturaleza del derecho de la objeción de conciencia

Hay una diferencia entre el derecho fundamental que es la libertad de conciencia del artículo 10 de la Carta de Derechos Fundamentales de la Unión Europea (CDFUE), en su punto 1, «Toda persona tiene derecho a la libertad de pensamiento, de conciencia y de religión. Este derecho implica la libertad de cambiar de religión o de convicciones, así como la libertad de manifestar su religión o sus convicciones individual o colectivamente, en público o en privado, a través del culto, la enseñanza, las prácticas y la observancia de los ritos» y el derecho de objeción de conciencia del mismo artículo en su punto 2 «Se reconoce el derecho a la objeción de conciencia de acuerdo con las leyes nacionales que regulen su ejercicio».

En el punto 1 del artículo 10 de la CDFUE se reconoce expresamente la libertad de conciencia. En el punto 2 del mismo artículo el constante dilema entre la fuerza normativa inherente a un derecho expreso en la Constitución pero circunscripto al Servicio Militar y el real, de construcción jurisprudencial que avala en determinadas circunstancias la pretensión individual de la objeción de conciencia.

Podemos considerar dos posicionamientos-base del Tribunal Constitucional, intérprete de la Constitución, en relación a la objeción de conciencia. El primero que considera este derecho como un derecho general y el otro que considera que ese derecho general solo será posible si expresamente reconocido por la Constitución o por el legislador.

La naturaleza del derecho a la objeción de conciencia ha cambiado según la jurisprudencia del Tribunal Constitucional.

Con la STC 15/1982, FJ 5, de 23 de abril, invocada por el Defensor del Pueblo, se dice que «El reconocimiento en nuestro ordenamiento jurídico de la objeción de conciencia como derecho constitucional. El alcance de la previsión constitucional contenida en el art. 30.2 al establecer que una Ley regulará con las debidas garantías la objeción de conciencia, y el

cumplimiento de dicha previsión por el legislador. La protección constitucional del derecho en ausencia de dicha legislación». La objeción de conciencia según nuestro Alto Tribunal, «es un derecho constitucional reconocido en su art. 30.2, protegido por el recurso de amparo del artículo 53.2 pero cuya relación con el art. 16 (libertad ideológica) no autoriza ni permite calificarlo de fundamental». De hecho, la exención a la prestación del servicio militar por objeción de conciencia conllevaba a su compensación por una prestación social sustitutoria. En la STC 160/1987 FJ 3, se rechaza la posición del defensor del Pueblo cuando pretendía que «la objeción de conciencia constituyera, per se o por derivación del art. 16 C.E. (libertad ideológica), un verdadero derecho fundamental», frente a las tesis del Letrado del Estado y del Fiscal, que nombran el derecho como de «simple configuración legal», limitado a la objeción de conciencia al servicio militar. En el FJ 3 puede leerse, «Se trata, pues, de un derecho constitucional reconocido por la Norma suprema en su art. 30.2, protegido, si, por el recurso de amparo (art. 53.2), pero cuya relación con el art. 16 (libertad ideológica) no autoriza, ni permite calificarlo de fundamental. A ello obsta la consideración de que su núcleo o contenido esencial -aquí su finalidad concreta- consiste en constituir un derecho a ser declarado exento del deber general de prestar el servicio militar (no simplemente a no prestarlo), sustituyéndolo, en su caso, por una prestación social sustitutoria. Constituye, en ese sentido, una excepción al cumplimiento de un deber general, solamente permitida por el art. 30.2, en cuanto que sin ese reconocimiento constitucional no podría ejercerse el derecho, ni siquiera al amparo del de libertad ideológica o de conciencia (art. 16 C.E.) que, por sí mismo, no sería suficiente para liberar a los ciudadanos de deberes constitucionales o «subconstitucionales» por motivos de conciencia, con el riesgo anejo de relativizar los mandatos jurídicos. Es justamente su naturaleza excepcional -derecho a una exención de norma general, a un deber constitucional, como es el de la defensa de España- lo que le caracteriza como derecho constitucional autónomo, pero no fundamental, y lo que legitima al legislador para regularlo por Ley ordinaria «con las debidas garantías», que, si por un lado son debidas al objetor, vienen asimismo determinadas por las exigencias defensivas de la Comunidad como bien constitucional».

Con la STC 160/1987 FJ 5, el posicionamiento del Tribunal Constitucional en su jurisprudencia ha ido reconociendo la objeción de conciencia como una manifestación de la

libertad ideológica o de conciencia del artículo 16 de la CE como un derecho implícito de la mente del hombre.

Con la STC 161/1987 FJ 5 la postura del Tribunal Constitucional, en un intento de proteger el Estado Democrático de una posible anarquía de pensamiento, se posiciona de forma distinta en un período de apenas un año. En el FJ 5 puede leerse, «Como criterio complementario puede considerarse también como contenido esencial de un derecho aquella parte de su contenido «que es absolutamente necesaria para que los intereses jurídicamente protegibles, que dan vida al derecho, resulten real, concreta y efectivamente protegidos». Estos criterios han de aplicarse a cada caso concreto, ateniéndose a la forma en que el derecho de que se trate esté configurado en la Norma fundamental. Dentro de este planteamiento hemos de examinar si la exclusión legal contenida en el art. 1.3 de la Ley 48/1984, implica una reducción del contenido del derecho del art. 30.2 de tal alcance que lo desnaturaliza, o bien si la restricción analizada puede considerarse proporcionada en relación con los demás intereses constitucionalmente protegibles y no lesiva para el contenido esencial del derecho. La fijación en el mismo precepto constitucional del servicio militar obligatorio y la obligada regulación del derecho de objeción de conciencia «con las debidas garantías», en el sentido ya indicado, delimitan la libertad del legislador para configurar el derecho de objeción, forzándole a ponderar todos los bienes jurídicos protegibles en juego».

Este derecho queda reservado para hechos de importante calado y según cada caso concreto se evaluará esa garantía. Así ven los ciudadanos como sus derechos y libertades son amoldados según los hechos circunstanciales y para encontrar protección deben estar expresamente previstos por el legislador. Teniendo en cuenta la enorme variabilidad posible de hechos reales y el retraso crónico de adaptación del derecho a la realidad actual, muchos ciudadanos verán limitadas sus pretensiones y encontrarán colisiones en el seno del Estado Democrático y de Derecho.

La objeción de conciencia frente a la eutanasia encuentra su fundamento a nivel constitucional pero limitado al servicio militar: más que un derecho fundamental, los distintos ámbitos sociales de eventual aplicación de la objeción de conciencia son derechos constitucionales cuya función es proteger la libertad de pensamiento y de conciencia.

Por un lado, el hecho de que la previsión constitucional de la objeción de conciencia solo está en el art. 30.2. ahí descansa su reconocimiento como derecho constitucional.

En ámbitos profesionales como es el caso del ámbito sanitario, la aplicación o el ejercicio de la objeción de conciencia ha sido reconocido como manifestación de otro derecho fundamental (libertad ideológica 16.1 CE, implícitamente de conciencia). Y es aquí en donde claramente se puede ver la configuración constitucional a través de construcción jurisprudencial.

Los Estados verdaderamente democráticos deben proteger la libertad ideológica de sus ciudadanos, y este derecho debe estar constitucionalmente amparado. La titularidad del mismo pertenece a los profesionales del medio sanitario y el presupuesto habilitante es el medio sanitario donde los profesionales de salud son requeridos a actuar contra su pensamiento y sus ideologías.

Este derecho general deriva, en nuestra Constitución, del artículo 16, del reconocimiento de la libertad ideológica y religiosa. Es en la libertad ideológica que se incluye el derecho a la objeción de conciencia y por tanto este derecho estaría implícitamente protegido: esta es la posición de nuestro Tribunal Constitucional en variadas sentencias. Como las STC 15/1982, FJ 5 y 53/1985, FJ 7, considerando el derecho de objeción de conciencia como un derecho autónomo, de construcción jurisprudencial.

En relación al segundo posicionamiento, en el cual el derecho a la objeción de conciencia se reconoce cuando expresamente previsto en la Constitución, encontramos las dos sentencias del Alto Tribunal, 160/1987 FJ 3 y 161/1987 FJ 5, ya citadas en este trabajo, de carácter casi contradictorio, y que la primera originó la nueva redacción de la LO 5/1985 de 5 de julio, que regulaba el aborto: de una primera sentencia, la 160/1987, a favor de reconocer la objeción de conciencia como un derecho fundamental y por tanto, especialmente protegido, reconocido en la Norma Suprema en su artículo 30.2, a la segunda la 161/1987, en la cual el Tribunal Constitucional se posiciona a favor del reconocimiento directamente constitucional, pero no fundamental. En su FJ 3 podemos leer que «Debe, pues, considerarse el derecho a la objeción de conciencia a la prestación del servicio militar obligatorio como un derecho autónomo, cuya conexión con la libertad ideológica no impidió al constituyente configurarlo en la forma que estimó oportuna. Tanto es así que el art. 53.2 de la Norma suprema le

otorga de manera expresa la tutela del recurso de amparo, lo que sería innecesario si se tratase de una mera aplicación de la libertad ideológica garantizada en el art. 16, pues entonces bastaría para recurrir en amparo por posibles vulneraciones del derecho a la objeción de conciencia con invocar dicho art. 16, que de acuerdo con el mismo art. 53.2 está protegido por aquel recurso». Con esta sentencia, al eliminar el posible reconocimiento de la objeción de conciencia frente a un deber previsto en la Normativa, puede poner en riesgo las claves de la moral y de la ética, constituyendo el máximo exponente del culto a las leyes.

Es de hecho una postura que limita el ejercicio de la objeción de conciencia pues el Tribunal Constitucional concede al Estado el poder de decidir a qué ciudadanos y ante qué situaciones reconoce la objeción de conciencia si esta no se encuentra expresa como derecho constitucional o en la jurisprudencia. Todo por el mantenimiento del orden público y del correcto funcionamiento de los poderes públicos.

En un primer punto de vista, la conciencia individual es colocada en un segundo plano y su ejercicio no puede entrar en conflicto con la norma (De Lora y Gastón 2008).

Sin embargo los adeptos a esta postura del TC con la STC 161/1987, reivindican la seguridad jurídica y la posibilidad de que la conciencia individual puedan siempre y en todo caso justificar el incumplimiento normativo, lo que sería una caótica anarquía: el propio artículo 16.1 de la Constitución Española remarca un límite específico «el mantenimiento del orden público protegido por la ley». El comportamiento específico de cada ciudadano queda condicionado por el orden público; el reconocimiento de un derecho general de objeción de conciencia podría poner en causa el mandato general de obediencia normativa que sin duda, hace temblar las bases del Estado democrático.

Pese a que al comparar el criterio del Tribunal Constitucional de 1987 con el criterio actual, como podemos constatar en las STC 145/2015 FJ4, donde se puede leer «La objeción de conciencia forma parte del contenido del derecho fundamental a la libertad ideológica y religiosa reconocido en el art. 16.1 CE y, como ha indicado este Tribunal en diversas ocasiones, la Constitución es directamente aplicable, especialmente en materia de derechos fundamentales». En relación con la doctrina expuesta debe destacarse la singularidad del pronunciamiento traído a colación, en tanto que el reconocimiento de la objeción de conciencia trascendió del ámbito que es consustancial al art. 30.2 CE (el servicio militar

obligatorio), dadas las particulares circunstancias del supuesto analizado por este Tribunal». Más concretamente, la STC 155/2009 FJ 2 b) « es a este Tribunal a quien corresponde apreciar en cada caso la existencia o inexistencia de esa «especial trascendencia constitucional»; esto es, cuándo, según el tenor del art. 50.1 b) LOTC, «el contenido del recurso justifique una decisión de fondo por parte del Tribunal Constitucional en razón de su especial trascendencia constitucional», atendiendo para ello a los tres criterios que en el precepto se enuncian: «a su importancia para la interpretación de la Constitución, para su aplicación o para su general eficacia y para la determinación del contenido y alcance de los derechos fundamentales».

El carácter notablemente abierto e indeterminado, tanto de la noción de «especial trascendencia constitucional», como de los criterios legalmente establecidos para su apreciación, confieren a este Tribunal un amplio margen decisorio para estimar cuándo el contenido de un recurso de amparo «justifica una decisión sobre el fondo ... en razón de su especial trascendencia constitucional». Como es obvio, la decisión liminar de admisión a trámite del recurso al apreciar el cumplimiento del citado requisito no limita las facultades del Tribunal sobre la decisión final en relación con el fondo del asunto». Vemos pues una ventana de oportunidad al ciudadano que pretende ver su libertad de pensamiento realmente protegida, por la posibilidad de que el TC pueda aclarar o modificar su doctrina en relación a un caso concreto. Este posicionamiento es verdaderamente de un Estado de Derecho.

El TC ha ido intentando adaptar su doctrina de forma progresiva a la medida de la evolución de la realidad social. Cabe señalar, por lo que se refiere al derecho a la objeción de conciencia, que existe y puede ser ejercido con independencia de que se haya dictado o no tal regulación. La objeción de conciencia forma parte del contenido del derecho fundamental a la libertad ideológica y religiosa reconocido en el art. 16.1 de la Constitución y, como ha indicado este Tribunal en diversas ocasiones, la Constitución es directamente aplicable, especialmente en materia de derechos fundamentales.

Esta postura mucho más de acuerdo con los valores de nuestro Ordenamiento Jurídico, y con el contenido del artículo 16 de la CE, se aparta así del totalitarismo dictatorial de algunos

Estados cuyas democracias débiles aportan la inseguridad jurídica y limitación de derechos individuales.

La justicia y la libertad son valores superiores del ordenamiento jurídico, y el poder político no es la única fuente de justicia: el poder político debe pues ser limitado por la propia ley. La objeción de conciencia es el producto de la libertad ideológica de todos y cada uno de los ciudadanos (Sánchez y Sánchez 2009).

La naturaleza de la objeción de conciencia aplicada al medio sanitario no es un derecho fundamental pero sigue siendo constitucional. Su defensa permite el recurso de amparo aunque sea un derecho autónomo el cual el TC permite eximir del cumplimiento de determinados deberes constitucionales o legales por resultar ese cumplimiento contrario a las propias convicciones.

## 2.2 Objeción de conciencia en el medio sanitario

La objeción de conciencia en el medio sanitario se encuentra íntimamente relacionada con el Derecho: los sistemas jurídicos en general exigen obediencia y cumplimiento, y reaccionan frente a los casos de incumplimiento, restringiendo libertades individuales. La dimensión coactiva y normativa del Derecho es bien definida por Kant: «es el conjunto de condiciones bajo las cuales el arbitrio de uno puede conciliarse con el arbitrio del otro según una ley universal de la libertad» (Hernández 1992).

Pero no solo las normas jurídicas regulan el comportamiento humano: las normas morales entran en concurrencia con aquellas, de forma que el mandato incluido en la norma jurídica entra en conflicto con el mandato de la norma moral. En la objeción de conciencia el sujeto no está dispuesto a atender al imperativo jurídico pues este entra en un conflicto relevante con su pensamiento, con su moral. Los ordenamientos jurídicos normalmente no tienen en consideración a los argumentos de la ciudadanía más banales y solo se limitan a hacer cumplir las normas, tanto en países democráticos como los que no impera un sistema garantista de las libertades individuales.

Entre estos dos tipos de países la gran diferencia es que en sistemas democráticos algunas (pocas) veces se reconoce la importancia de este tipo de conflictos del hombre libre y la posibilidad de que el individuo pueda de hecho atender a su imperativo moral frente a la norma. El objetor no es un delincuente o un desobediente: la llamada «válvula de escape»

referida por Peces-Barba Martínez, permite la gestión de este tipo de conflictos sin que el infractor sea penalizado o se sitúe contra la legalidad. Esta es la correcta definición de la objeción de conciencia: la existencia de un desacuerdo relevante entre la conciencia individual y la norma de tal forma que la primera prevalece sobre la segunda, sin poner en riesgo el funcionamiento del Estado.

Como reflexión fundamental está la existencia de una configuración legal de un «derecho a solicitar ayuda para morir» no implica la obligación de acceder a la solicitud. El medio sanitario ofrece actualmente un campo prolífero a una variada gama de conflictos entre la conciencia individual y los progresos en las distintas áreas biomédicas: desde los nuevos tratamientos médicos, el uso de los fármacos «off label» sobre todo en oncología, las técnicas de reproducción asistida y la formación de embriones, la nanotecnología y los problemas de salud de los profesionales que los manejan, el protagonismo es del enfermo en la toma de decisión frente a la opinión del médico, característica de la autonomía del paciente.

En la toma de decisiones de la práctica clínica diaria se ponen en juego unos valores: el ser humano es sin lugar a duda un ser moral; la ética médica en general moldea la ética humanística buscando la mejor solución y la dimensión jurídica ha entrado de lleno en la resolución de conflictos en el ámbito sanitario. Problema agudizado actualmente con la promulgación de la LORE.

Es un tema antiguo la oposición de algunos enfermos a tratamientos médicos, llamada la «falsa objeción de conciencia». Son ejemplo las transfusiones de sangre y los Testigos de Jehová. En estas situaciones, es el paciente que pone en riesgo su propia vida ante la negativa a autorizar un determinado tipo de tratamiento, con la agravante de que esta decisión recaiga sobre el tutor legal de un menor o un incapacitado judicialmente. Aunque no busquen la muerte directamente, no quieren transgredir determinados deberes que les impone su religión. En este tipo de situaciones están involucrados tres tipos de voluntades: la del paciente que al ser menor o incapacitado, entra la voluntad del tutor; la del médico asistente; y la del Juez. Tanto el médico como el enfermo o el tutor del menor o del incapacitado tienen el deber de obedecer a la decisión del juez que decide que se trate el paciente. Si el juez aplica de forma negligente la ley, la responsabilidad caerá sobre este. Lo

que ha de determinarse es si forma parte o no del contenido de la libertad religiosa la opción de muerte de aquel que rechaza el tratamiento por motivos de conciencia (Pertierra 2016). Según el TC este se posiciona de forma muy clara en su STC 154/2002, FJ 8 y FJ 9 de 18 de julio, cuando determina la existencia de límites en el ejercicio del derecho fundamental a la expresión o manifestación de la libertad religiosa y de que los derechos fundamentales no tienen carácter absoluto. Sin embargo en el caso de esta sentencia, el TC dicta que la vulneración del principio de legalidad es inherente a la vulneración del derecho a la libertad religiosa. En el FJ 17 otorga el amparo a los padres del joven fallecido «Como ya se ha expresado, en el presente caso los padres del menor fallecido invocaron su derecho a la libertad religiosa como fundamento de su actitud omisiva y, al mismo tiempo, posibilitaron sin reservas la acción tutelar del poder público para la protección del menor», por vulneración del derecho fundamental a la libertad religiosa (art. 16.1 CE), con la consiguiente anulación de las resoluciones judiciales impugnadas. Prevalece el derecho fundamental a la libertad religiosa sobre el derecho fundamental a la vida.

En España el legislador ha esperado demasiado tiempo para reconocer el derecho a la objeción de conciencia de los profesionales de salud. Los Colegios Profesionales, como corporaciones de derecho público, son los encargados de la elaboración de los respectivos códigos deontológicos de cada profesión, se han adelantado al legislador al incluir en sus Códigos Deontológicos este derecho (Ramiro Avilés, p. 68-69).

En el Código de Deontología de 1999 en sus artículos 9.3 de las relaciones del médico con sus pacientes y dentro del Capítulo VI de la reproducción Humana, artículo 26.1, y en el artículo 27, sobre la muerte, ya se hacía énfasis en la postura del médico objetor, anticipándose a la LO 3/2010 de salud sexual y reproductiva y de la interrupción voluntaria del embarazo, que prevé la objeción de conciencia de los médicos en el aborto.

En el Código de Deontología Médica de 2011, en su capítulo IV, artículo 32.2, hace referencia a la objeción de conciencia, más precisamente en que «el reconocimiento de la objeción del médico es un presupuesto imprescindible para garantizar la libertad e independencia de su ejercicio profesional»; y se incluye una definición concreta de ese derecho de los médicos en su artículo 32.1: «se entiende por objeción de conciencia la negativa del médico a someterse, por convicciones éticas, morales o religiosas, a una conducta que se le exige, ya

sea jurídicamente, por mandato de la autoridad o por resolución administrativa, de tal forma que realizarla violenta seriamente su conciencia».

El sentido moral de este derecho se encuentra bien explícito en el artículo 34.1: «se refiere al rechazo a ciertas acciones, pero nunca puede significar un rechazo a las personas que demandan esa acción en función de sus características individuales: edad, raza, sexo, hábitos de vida, ideología o religión», esto es, el rechazo por criterios de oportunismo o por conveniencia.

También el Código Deontológico de la Enfermería Española de 1989, hace una alusión al derecho de objeción de conciencia del enfermero/a explícitamente ante la posible discriminación del profesional de salud en su artículo 22 donde encontramos lo siguiente, «De conformidad con lo dispuesto en el artículo 16.1 de la Constitución Española, la Enfermera/o tiene, en el ejercicio de su profesión, el derecho a la objeción de conciencia que deberá ser debidamente explicitado ante cada caso concreto. El Consejo General y los Colegios velarán para que ningún Enfermero/a pueda sufrir discriminación o perjuicio a causa del uso de ese derecho».

Y el Código de Ética Farmacéutica y Deontología de la profesión farmacéutica de 2001 se refiere en su artículo 28 a «la responsabilidad y libertad personal del farmacéutico le faculta para ejercer su derecho a la objeción de conciencia respetando la libertad y el derecho a la vida y a la salud del paciente».

La postura del Tribunal Constitucional es la de proteger el derecho a la vida frente a los derechos ideológicos o religiosos: en las Sentencias de este Tribunal, 154/2002, FJ4 y 141/2000, FJ 4, se demuestra la importancia de los derechos fundamentales y de cómo pueden ocurrir situaciones en las cuales se contraponen dos de ellos. Podemos leer en la STC 141/2000, FJ 4, «La libertad de creencias, sea cual sea su naturaleza, religiosa o secular, representa el reconocimiento de un ámbito de actuación constitucionalmente inmune a la coacción estatal garantizado por el art. 16 CE, «sin más limitación, en sus manifestaciones, que las necesarias para el mantenimiento del orden público protegido por la ley», y sigue, «Cuando el art. 16.1 CE se invoca para el amparo de la propia conducta, sin incidencia directa sobre la ajena, la libertad de creencias dispensa una protección plena que

únicamente vendrá delimitada por la coexistencia de dicha libertad con otros derechos fundamentales y bienes jurídicos constitucionalmente protegidos.

Sin embargo, cuando esa misma protección se reclama para efectuar manifestaciones externas de creencias, esto es, no para defenderse frente a las inmisiones de terceros en la libertad de creer o no creer, sino para reivindicar el derecho a hacerles partícipes de un modo u otro de las propias convicciones e incidir o condicionar el comportamiento ajeno en función de las mismas, la cuestión es bien distinta».

La Sentencia del TC 154/2002 FJ 4 de 18 de julio, marca un precedente que altera profundamente la protección a la vida frente al derecho a la libertad religiosa: aunque el TC no declare que el derecho a la vida deje de ser un valor superior y prevalente, el hecho marcante es la absolución de los padres de un niño de 13 años que fallece por negarse a ser transfundido, a pesar de la decisión del Juez y del acatamiento de la decisión judicial por los padres del niño. En este caso la negativa del menor prevaleció sobre las órdenes judiciales al considerarse detentor de la madurez suficiente a la comprensión de sus decisiones.

De igual modo, en la anterior STC 141/2000, de 29 de mayo, FJ 4 ya referida «desde el momento en que sus convicciones y la adecuación de su conducta a las mismas se hace externa, y no se constriñe a su esfera privada e individual, haciéndose manifiesta a terceros hasta el punto de afectarles, el creyente no puede pretender, amparado en la libertad de creencias del art. 16.1 CE, que todo límite a ese comportamiento constituya sin más una restricción de su libertad infractora del precepto constitucional citado; ni alterar con el sólo sustento de su libertad de creencias el tráfico jurídico privado o la obligatoriedad misma de los mandatos legales con ocasión del ejercicio de dicha libertad, so pena de relativizarlos hasta un punto intolerable para la subsistencia del propio Estado democrático de Derecho del que también es principio jurídico fundamental la seguridad jurídica».

El Juez debe ordenar la ejecución forzosa del tratamiento en causa de modo a evitar la muerte o incurrir en un delito de omisión del deber de socorro previsto en nuestro Código Penal en su artículo 195. El derecho a la libertad religiosa del artículo 16 de la CE tiene un límite que es la salud y la vida de las personas. Una vez más el respeto por los derechos fundamentales de los demás o protegidos por la Constitución Española conllevan a

considerar que el derecho de objeción de conciencia es de hecho un derecho que aunque de construcción jurisprudencial es legalmente protegido por vía directa o indirecta.

La concurrencia normativa es el régimen de nuestro ordenamiento jurídico y en cada caso concreto se definirá la ponderación de intereses en juego. El ejercicio o limitación de cada derecho no origina la exclusión de una norma y los intereses en conflicto definirán la solución en cada caso concreto, aunque las resoluciones no sean del todo simples.

Un dato importante ha sido la Opinión del Comité de Bioética de España sobre la objeción de conciencia en Sanidad, de 13 de octubre de 2011 en la cual este Comité se posiciona a favor de la regulación de este derecho a nivel sanitario: «no hacerlo significa dejar abierto el catálogo de posibilidades de objeción sin predeterminedar cuándo y de qué manera ésta es legítima, con la inseguridad jurídica que todo ello conlleva. Por el contrario, regular la objeción significa poner coto y controlar la libertad de las personas de oponerse a la norma cuando juzgan que en conciencia deben de hacerlo».

Es importante como vemos, la concreción exacta de los casos de objeción de conciencia: el Comité establece los límites concretos de este derecho, « a) carácter individual de la objeción de conciencia; b) prohibición de que los centros aleguen objeción de forma institucional; c) el sujeto de la objeción debe ser el implicado en la prestación; d) la objeción debe ser específica y referida a acciones concretas; e) los centros sanitarios deberán tener los datos relativos a los objetores que les permitan garantizar su gestión y prever el cumplimiento de las obligaciones de asistencia sanitaria; f) aceptación de la objeción de conciencia sobrevenida y de la reversibilidad de la misma; g) La coherencia de las actuaciones del objetor en relación con su ideología y creencias deberá poder ser constatada en el conjunto de su actividad sanitaria; h) El reconocimiento de la objeción de conciencia es compatible con que el legislador establezca una prestación sustitutoria para el objetor». Vemos algunas similitudes con lo previsto en la LORE, como en el inciso e) y también discrepancias, como en el inciso b).

Otro aspecto importante de la objeción de conciencia en el medio sanitario es la reproducción asistida: la Ley 14/2006 sobre Técnicas de Reproducción Humana Asistida y alguna Jurisprudencia todavía insegura y sin criterios sólidos al respecto, como es el caso de la STC 145/2015, FJ 4, que abordaremos más adelante, aportan posibles objeciones de

conciencia del personal sanitario y de las personas directamente implicadas en estas formas de reproducción, desde la fertilización in vitro a la inseminación artificial, la transferencia de embriones, la congelación de los mismos y la transferencia intratubárica de cigotos (Martínez-Torrón 2015, p. 1-29).

La objeción de conciencia en el medio farmacéutico siempre teniendo en cuenta el conflicto entre norma y derecho de objeción de conciencia, y como centro de la cuestión, el ciudadano, que requiere acceso a determinados tratamientos legalmente prescritos por el facultativo especialista de área, la actitud de la Administración Pública es la de armonización. Aunque en el Código de Ética Farmacéutica y Deontología de la Profesión Farmacéutica de 2001 por la Asamblea General de Colegios Oficiales de los Farmacéuticos de España, prevé expresamente la objeción de conciencia de estos profesionales frente a actuaciones en su ámbito laboral que se opongan a sus convicciones o su conciencia. Este tipo de conflicto se conoció por la negación de la venta de determinados tipos de anticonceptivos por los farmacéuticos que consideran que la vida humana se inicia con la fecundación.

En junio de 2015 el Tribunal Constitucional dicta la sentencia 145/2015, FJ 4, de 25 de junio, con la cual introduce un cambio de postura en relación a la posibilidad de proteger el derecho de objeción de conciencia sin que exista una expresa previsión normativa previa.

La legitimidad del farmacéutico a rechazar la dispensa de determinados productos farmacéuticos, en este caso concreto, preservativos y la píldora poscoital, alegando que la vida humana se inicia con la fecundación y por lo tanto, «se invocaba el derecho a la objeción de conciencia como justificación para no disponer de existencias de preservativos ni del medicamento con el principio activo *levonorgestrel*».

El TC estimó la objeción de conciencia del farmacéutico en relación a la píldora del día después pero no en relación a los preservativos, lo que es sin duda una postura original reveladora de un análisis parcial de la cuestión. Se coloca en dos niveles de importancia los hechos denegados por el farmacéutico objetor, la píldora del día siguiente potencial abortivo y justificante de la objeción y el preservativo, como una mera barrera mecánica a la penetración de los espermatozoides. Ambos son métodos anticonceptivos interpuestos en distintos momentos de la concepción.

La sociedad actual, posmoderna, heterogénea en distintos ámbitos, y donde la libertad de pensamiento, de ideología están previstos en las Constituciones de Estados Democráticos y Sociales de Derecho, debe esforzarse por encontrar un punto de equilibrio entre el contenido de las normas jurídicas y los criterios de actuación de los ciudadanos de acuerdo con su conciencia (Ibáñez 2009, p. 21-71). El fundamento de la objeción de conciencia encuentra un conflicto entre la norma legal que impone un hacer y la norma moral o ética que se opone a tal actuación.

De acuerdo con la Ley de regulación de la eutanasia en vigor, los profesionales sanitarios de una forma general se ven limitados no solo de la exclusión laboral de determinados profesionales, como también se ven implicados en la inscripción en registros de objetores de conciencia cuyo anonimato y finalidad última no es del todo clara, aunque la ley se refiere a la seguridad de esos datos, que pueden incluso denotar posibles connotaciones políticas.

La norma no impone la obligación de proveer lo necesario para morir. En todo caso, regula un procedimiento para que se valore la viabilidad y remite el caso a los médicos que si están de acuerdo en efectivarla.

¿Cuál es entonces la verdadera razón de los registros de objetores de conciencia? Se entiende que quienes por sus convicciones ideológicas o religiosas no estén de acuerdo, simplemente se deberían abstener de atender la solicitud de ayuda a morir. ¿Cómo conciliar este requisito con el contenido del artículo 16.2 de la Constitución Española, que dice precisamente que «nadie podrá ser obligado a declarar sobre su ideología, religión o creencias»? Como veremos más adelante, con la STC 19/2023, FJ 10, de 22 de marzo, con la cual se ha desestimado la solicitud de inconstitucionalidad de la LORE, estos registros son necesarios e imprescindibles para la correcta gestión de las prestaciones públicas del Estado. Sin embargo, estos registros son vistos por los profesionales sanitarios objetores de conciencia como un atentado a la libertad de pensamiento o de conciencia pues no hay nadie que no se sienta intimidado, fragilizado, atemorizado e inseguro por tener de colocar su nombre en una lista cuya finalidad última es la cultura organizacional de las Instituciones. En los días que vivimos el miedo de perder una oportunidad laboral es real y cada vez hay menos libertad para expresar una opinión que vaya contra el dirigismo ideológico de los medios de comunicación.

Como ha escrito Michel Houellebecq, en «Las partículas elementales» de 1998, existen dos visiones antropológicas opuestas en el fondo en dos momentos de la vida: el aborto y la eutanasia: esta visión opuesta en relación a aspectos inherentes a la propia vida demuestran la dificultad en abordar jurisprudencialmente estas cuestiones y que se traduce en la práctica por las distintas (y distantes) sentencias dictadas por el Tribunal Constitucional (las SSTC 15/1982 FJ 5 y 53/1985 FJ 7 y FJ 14, la 160 /1987 FJ 3 y la 161/1987 FJ 5) .

La objeción de conciencia frente a la eutanasia es más un derecho de construcción jurisprudencial que un derecho fundamental, que involucra un grupo específico de personas ligadas a la salud.

Tal como presente en la LO 2 / 2010 de 25 de marzo, modificada por la actual LO 1 /2023, de 28 de febrero, de salud sexual y reproductiva y de la interrupción voluntaria del embarazo, se esbozó ya el contenido presente en la LORE: «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 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 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 dispensaran tratamiento y atención medica adecuados a las mujeres que lo precisen antes y después de haberse sometido a una intervención de interrupción de embarazo».

Pese a la indefinición del contenido de «profesionales directamente implicados», también presente en la ley de eutanasia, en la interrupción voluntaria del embarazo estos son mayoritariamente facultativos especialista del área de Ginecología-Obstetricia, por lo que de forma más fácil se delimitan los profesionales directamente implicados, que en el caso de una eutanasia. En la eutanasia, cualquier profesional sanitario puede ser considerado como directamente implicado, pues cualquier paciente con sus multi morbilidades propias de la edad avanzada y de variados estados patológicos, es necesaria e idealmente abordado y

tratado de forma multidisciplinaria, siendo estos pacientes los que podrán reclamar la eutanasia.

Con la Ley Orgánica 1/2023, de 28 de febrero, de salud sexual y reproductiva y de la interrupción voluntaria del embarazo, se reitera la necesaria inscripción de los facultativos en registros de objetores de conciencia como consta en su Preámbulo: «Se reconoce expresamente el derecho a la objeción de conciencia del personal sanitario en el artículo 19 bis, y se regula ex novo el registro de objetores de conciencia en el artículo 19 ter.

Cabe destacar que se configura el derecho a la objeción de conciencia como una decisión individual del personal sanitario directamente implicado, en la realización de la interrupción voluntaria del embarazo, que debe manifestarse con antelación y por escrito.

El acceso o la calidad asistencial de la prestación no se verán afectados por el ejercicio individual del derecho a la objeción de conciencia. Para ello, los servicios públicos se organizarán siempre de forma que se garantice el personal sanitario necesario para el acceso efectivo y oportuno a la interrupción voluntaria del embarazo.

Finalmente, quienes se declaren personas objetoras de conciencia lo serán a los efectos de la práctica directa de la prestación de interrupción voluntaria del embarazo tanto en el ámbito de la sanidad pública como de la privada».

Es importante que se remarque la «decisión individual del personal sanitario», pues se aproxima del hecho de considerar la objeción de conciencia como un derecho del actor.

La constitución de registros de profesionales objetores de conciencia se basa en la necesidad de garantizar el acceso efectivo a la interrupción voluntaria del embarazo a nivel de centros públicos como también a nivel de los centros privados. Aunque se garantice por ley la confidencialidad y protección de los datos de los profesionales de salud, de este entrecruzamiento de datos es posible averiguar cuáles son los facultativos que eventualmente se consideren objetores en el servicio público de salud y no lo sean en los centros privados. Esta podría ser la finalidad última y oscura de la creación de registros de objetores y sería idealmente sustituida por otra, mucho más transparente y efectiva, si se constituyeran registros de facultativos pro interrupción voluntaria del embarazo o por analogía, pro eutanasia.

Sólo en un Estado democrático, verdaderamente plural es posible el reconocimiento de la libertad de conciencia y del pensamiento. Cuando la ley es contraria a la conciencia o a la moral del individuo, éste puede optar por su conciencia e incumplir la ley sin temer el castigo por su incumplimiento. Este es el verdadero fundamento de la objeción de conciencia, el confronto norma legal frente a la ética/moral que se opone a tal actuación. Con los profesionales sanitarios la posibilidad de este tipo de conflictos durante su práctica profesional son frecuentes: los valores y derechos constitucionales tales como la vida, la dignidad, la integridad física y moral, conllevan a que la conciencia médica se preste a la negación a actuar o cooperar directa o indirectamente con determinados actos previstos en las normativas; los profesionales de salud a través de la objeción de conciencia, se oponen a ejecutar actos contrarios a la ayuda a vivir, ayuda que están acostumbrados a dar y para la cual se han formado.

La finalidad última de la medicina es ayudar mejorar la vida, darle calidad, ayudar a vivir. Lo aportan, protegen la vida y ya cuando eso no es posible, se implican a dar o auxiliar a morir con dignidad, minorando el sufrimiento. Pero siempre en una última instancia, excluidas todas las posibilidades pro vida existentes.

### 3. La eutanasia a nivel internacional

A nivel internacional y regional no existe ningún instrumento internacional de derechos humanos que regule la eutanasia o la muerte asistida. En general todos reconocen el derecho a la vida como un derecho fundamental y por tanto, especialmente protegido.

La jurisprudencia del Tribunal Europeo de Derechos Humanos (TEDH) con sede en Estrasburgo, ha dictado varias sentencias, muy controvertidas, en las que ha llegado a afirmar que el derecho a la autonomía personal, derivado, de acuerdo con su jurisprudencia, del derecho al respeto de la vida privada, incluye «el derecho del individuo a decidir de qué forma y en qué momento debía terminar su vida» (Junio 2022).

El caso Pretty contra Reino Unido de 29 de abril de 2002 como sentencia de Sala, una paciente terminal de una esclerosis lateral amiotrófica, enfermedad neurodegenerativa progresiva impeditiva de acometer un suicidio y que en su fase terminal provoca pérdida de dignidad y grande sufrimiento; aunque el suicidio en Reino Unido no sea un delito, si es lo de ayudar a otros a cometerlo. La demandante se quejó de la negativa de las Autoridades en autorizar que su esposo la ayudara a cometer suicidio y de que la ayudara a morir. El Tribunal dictaminó que no hubo ni violación del artículo 2 del CEDH (derecho a la vida), ni del artículo 3 del mismo Tratado (prohibición de tratos inhumanos o degradantes). La obligación positiva del estado requerida por Pretty no se podría deducir de este último artículo. Igualmente el TEDH consideró que no se había violado los artículos 8 (derecho al respeto de la vida privada), artículo 9 (libertad de conciencia) ni del artículo 14 (prohibición de discriminación).

El caso de la sentencia Haas c. Suiza, de 20 de enero de 2011. Este ciudadano suizo que padecía de un trastorno bipolar grave, invoca el art. 8 de la Convención Europea de Derechos Humanos, para la obtención de una receta médica basada en un informe exhaustivo de foro psiquiátrico, para la obtención del pentobarbital sódico, y que le fue denegada en repetidas ocasiones y por distintos organismos: en la misma sentencia se puede leer «al no poder cumplir con tales condiciones, Haas alega que su derecho a decidir el momento y la manera

de morir no se respeta. Además, sostiene que en una situación excepcional como la suya, el acceso a los medicamentos necesarios para el suicidio debería estar garantizado por el Estado. Por ello, el recurrente está convencido de ser víctima de una injerencia en el ejercicio de su derecho al respeto por la vida privada garantizado por el art. 8 de la Convención. Además, estima que el pentobarbital sódico es el único método de suicidio digno, seguro, rápido e indoloro». Aunque se estimó que no había ocurrido ninguna violación del artículo 8 de la CEDH, el TEDH dicta que «incluso suponiendo que los Estados tienen la obligación positiva de adoptar medidas que permitan facilitar un suicidio digno, en el presente caso las autoridades suizas no violaron tal obligación» (Haas c. Suiza 2011)

Otras sentencias del TEDH van en el mismo sentido, el de respetar el derecho a la vida como derecho fundamental: el caso Koch contra Alemania, sentencia de Sala de 19 de julio de 2012, en la cual la esposa del demandante, tetrapléjica, habría solicitado ayuda al Instituto Federal de productos Farmacéuticos y Médicos para obtener una dosis letal del fármaco para suicidarse en su domicilio en Alemania, que le fue denegada; terminó por cometer suicidio con la ayuda del marido en Suiza con la ayuda de una asociación. En 2005, el demandante interpuso un recurso administrativo contra el Instituto Federal, que solicitaba la ilegalidad de esa decisión. Tanto el tribunal Administrativo, como el de Apelación y el mismo Tribunal Constitucional Federal declararon la inadmisibilidad de los recursos. El demandante declaró que con esas negativas se habría infringido su derecho a su vida privada y familiar.

El TEDH declaró que hubo violación de los derechos procesales del demandante previstos en el artículo 8 por la afectación directa del demandante y su esposa en la administración del fármaco letal, como también por el grado cercano de parentesco existente: el demandante y su esposa sufrieron directamente por la negativa de las Autoridades Alemanas en la adquisición de una dosis letal del fármaco. Teniendo en cuenta que no existía consenso en el Consejo de Europa cuanto a la autorización o prohibición de cualquier forma de suicidio asistido, el TEDH dictaminó que la competencia material de la cuestión pertenecía a la jurisdicción alemana.

A 30 de septiembre de 2014, sentencia de la Gran Sala, del caso Gross contra Suiza: una persona mayor que querría poner fin a su vida pero sin patología asociada del foro orgánico. Las Autoridades Suizas denegaron la adquisición del fármaco letal; una vez más la

demandante alego la violación del artículo 8 del Convenio. El dictamen del TEDH fue, por mayoría, la inadmisión de la demanda: el intento de la demandante en inducir error en los motivos de fondo de su petición, ya que se habría muerto en noviembre de 2011 y la demandante habría intentado ocultar del Tribunal y de su abogado. Este comportamiento fue clasificado de abuso del derecho individual según los artículos 35.3 del Convenio y las sentencias de la Gran Sala nunca llegaron a ser firmes por lo que perdieron su validez jurídica. El caso Lambert y otro contra Francia, de 5 de junio de 2015 sentencia de la Gran Sala reitera la posición del TEDH en depositar en las legislaciones nacionales los actos de sus ciudadanos: de forma sucinta, un médico suspendió la alimentación de Vincent Lambert, tetraplégico por traumatismo craneoencefálico secundario a accidente de tráfico: los familiares directos alegaron la violación del artículo 2 (derecho a la vida) del Convenio europeo de Derechos Humanos. El informe de tres médicos sobre la decisión del médico asistente de Vincent avalado por el Consejo de Estado Francés, fue considerado conforme a derecho. El TEDH dictaminó no haber violación de ese artículo como alegado por los demandantes y de nuevo alego la falta de consenso entre los Estados Miembros del Consejo de Europa en relación a las formas de eutanasia pasiva (suspensión de tratamientos para alargar la vida) tomada por los médicos en su práctica diaria; la Autoridades Nacionales son las responsables de verificar si estas decisiones son o no legales según la legislación nacional y si son tomadas de acuerdo con la voluntad del paciente.

En relación a decisiones tomadas por el TEDH cuanto a la inadmisibilidad de demandas, los casos más mediáticos fueron lo de Sanles contra España, con la decisión de inadmisibilidad de 26 de octubre de 2000, Ada Rossi y otros contra Italia de 16 de diciembre de 2008 y el de Nickilson y Lamb contra Reino Unido de 23 de junio de 2015.

En el primer caso, Sanles Sanles contra España, la demandante puso fin a la vida de su cuñado en enero de 1998, a solicitud de este, mientras se tramitaba el procedimiento iniciado por él. La demandante solicitó no sólo el derecho a una vida o muerte dignas, como también al derecho a la no injerencia en el deseo de su cuñado de acabar con su vida.

El TEDH declaró inadmisibles por razones de *ratione personae*, las demandas conforme a los artículos 2 (derecho a la vida), 3 (prohibición de tratos inhumanos o degradantes), 5

(derecho a la libertad), 6 (derecho a un juicio justo), 8 (derecho al respeto de la vida privada) y 9 (libertad de conciencia). La demandante que alegaba ser víctima de las violaciones de esos artículos no lo había sido directamente.

En el segundo caso, Ada Rossi y otros contra Italia, el Tribunal Italiano de Casación dictaminó que la Autoridad Judicial podía autorizar la petición del padre y tutor para la suspensión de la alimentación artificial e hidratación de su hija que se encontraba en estado vegetativo hacía años, en virtud de un accidente de tráfico: la acreditación de las condiciones de un estado vegetativo constante para la suspensión de cualquier tipo de tratamiento debería ser correctamente avalada por una Comisión de médicos, pero los argumentos presentados por el demandante sobre la personalidad de su hija o sobre ideas relativas a la dignidad y la vida no eran suficientes para considerar para esa decisión de suspender la alimentación. El TEDH declaró inadmisibilidad de las reclamaciones presentadas por los demandantes igualmente por incompatibilidad *ratio personae*: no habría víctimas de la aplicación del fallo del Tribunal de Apelación italiano en relación a los artículos 2 y 3 del Convenio, como argumentaban.

Por último, el caso Nicklinson y Lamb contra Reino Unido, abordó la cuestión del suicidio asistido prohibido en el Reino Unido por la Ley de Suicidio de 1951 y la eutanasia voluntaria o activa considerada como homicidio según este país. La esposa de Tony Nicklinson, con un diagnóstico de un síndrome de encierro, ya fallecida, demandante de un suicidio asistido, alegaba la no compatibilidad entre su derecho a una muerte digna y el derecho suyo y de su marido (también paralizado) a la vida privada y familiar. Tony también quería morir y reclamó no tener la posibilidad de acudir a un voluntario que le administrara la eutanasia.

El TEDH una vez más, declaró inadmisibles estas peticiones, por mal fundadas y por no haber agotado en ese momento y previamente las vías jurisdiccionales internas del Estado. Como contrapartida, la Resolución 1763/2010 de la Asamblea Parlamentaria del Consejo de Europa, sobre el derecho a la objeción de conciencia en el ámbito de la salud hace referencia a la necesaria compatibilidad entre el derecho de objeción de conciencia y el adecuado acceso a la prestación de cuidados de salud por parte de los pacientes. En su punto 1 dice, «Ninguna persona, hospital o institución será coaccionada, responsable o discriminada de ninguna manera por negarse a realizar, acomodar, asistir o someterse a un aborto, la

realización de un aborto espontáneo humano, la eutanasia o cualquier acto que pueda causar la muerte de un feto o embrión humano, por cualquier motivo».

La autonomía como principio de Bioética, debe de referirse tanto al paciente como al profesional de salud. La objeción de conciencia del profesional de conciencia puede conllevar a una limitación de la libertad de pensamiento del mismo, por un lado, y por otro, a una infracción del derecho del paciente a recibir una determinada prestación o cuidado de salud (Capodiferro Cubero 2017).

En el Congreso de Módena de 1990, el Estado reconoce derechos y libertades inherentes a la naturaleza humana y las ha de reconocer y garantizar siendo la objeción de conciencia uno de esos. En efecto, aunque la objeción de conciencia esté reconocida, tanto constitucionalmente como en la legislación orgánica y ordinaria, no hay duda de que hay un desfase temporal entre lo jurídico y lo real (Tassara, p. 1-13).

## 4. Eutanasia: derecho o medida de muerte digna

La eutanasia es considerada un problema de la Filosofía del Derecho, entre el Derecho y la Moral. Los argumentos transcendentales de ámbito religioso, moral o cultural son imprescindibles para disuadir a alguien que quiera poner fin a su vida, por renuncia a la misma o por suicidio.

La implementación de la eutanasia es un asunto que requiere una actuación de los profesionales sanitarios que se opone radicalmente a aquella a que los médicos fueron instruidos doctrinalmente en su labor curativa.

Los argumentos que se suelen invocar para la despenalización de la eutanasia son variados: la regulación de la misma en un ámbito público debe ser desprovista de criterios morales y este derecho debe ser considerado como neutro. El Estado debe inhibirse ante cuestiones morales como verdadero Estado aconfesional, dejando a los ciudadanos la orientación, en libertad, de sus conductas. De acuerdo con el artículo 10 de la CE, si cada ciudadano ha de gozar de su libertad conforme su personalidad, el derecho a la muerte debería estar reconocido constitucionalmente.

El derecho a la vida debería entenderse como una vida con ciertos niveles de calidad, con dignidad, por lo que si ausentes o minimizados estos niveles, no se cumpliría esa protección constitucional del derecho a la vida del artículo 15 de la CE.

El derecho constitucional a la vida es irrenunciable y excluye cualquier tipo de evaluaciones subjetivas de calidad de vida. En vez de penalizar jurídicamente el derecho a una muerte digna por la eutanasia, los Estados tienen la obligación de promover las condiciones socio culturales necesarias para tornar innecesaria la eutanasia o serlo de última elección.

Ante cuestiones de peso como es la eutanasia, la despenalización de la eutanasia implica un posicionamiento del Estado lejos de ser neutral. Tanto la penalización, en el ámbito del Derecho Penal, aunque idealmente sea un Derecho Penal de mínima intervención, acaba asumiendo exigencias o convicciones morales, como la despenalización de la eutanasia en la cual se hace imprescindible una pública opción moral.

En una sociedad verdaderamente democrática y libre, la necesaria convivencia social conlleva a la pérdida de cierto grado de la libertad individual, pues en caso contrario, si cada uno hiciera lo que quisiera de acuerdo con su conciencia, estaríamos ante una anarquía. Las normas en general y las penales en particular conforman al ciudadano, reprimiendo, normalizando o enseñándolo.

Cuando el legislador elabora una ley debe saber o presuponer las consecuencias sociales de la misma, en el desarrollo de un determinado tipo de ciudadano; para el ciudadano individualista todo es gasto excesivo, el que fuma y no participa en cursos de desensibilización nicotínica no debe de tener acceso a un tratamiento de un cáncer de pulmón, el que padece de una enfermedad neurológica cuyos tratamientos son caros y no alteran el curso de la enfermedad tal vez no tenga sentido seguir medicándolo. Si un legislador estima que cuantos más enfermos terminales mueran mejor para todos, y también para ellos mismos, aunque nadie les pregunte su opinión al respecto, o les ofrezca otra posible solución viable para su vida, debe formular normas de tipo individualista en las cuales entra la despenalización de la eutanasia. Si por el contrario, no pretende ese tipo de efectos secundarios, debe optar por estrategias pro vida, como por ejemplo crear una red de cuidados paliativos bien estructurada, financiada por dineros públicos y prestada por el Servicio Nacional de Salud.

La eutanasia según la LORE es un derecho de los enfermos terminales. Si así es, como cualquier derecho puede contraponerse a otro derecho como es el derecho a la vida, derecho fundamental reconocido en la Constitución Española en su artículo 15. Si no es un derecho pero una prestación pública más del Estado al enfermo terminal, ¿dónde entra en este juego la objeción de conciencia? Si la consideramos un derecho fundamental no se podrá contraponer a otro derecho como el derecho de la eutanasia según la LORE tal como no se podrá contraponer el derecho a la vida, sin que uno de ellos se merme. Si consideramos la objeción de conciencia un derecho de construcción jurisprudencial, como hemos ya estudiado, será un derecho autónomo de cada uno ante cada caso concreto, amparado por distintas sentencias del Tribunal Constitucional, y que deberá ser igualmente asegurado por el Estado verdaderamente democrático.

Esta potestad de ciertos grupos de ciudadanos deriva de otro derecho constitucional, el del artículo 16, que refiere que se garantizará «la manifestación libertad ideológica, religiosa y de culto de los individuos y las comunidades sin más limitación, en sus manifestaciones, que la necesaria para el mantenimiento del orden público protegido por la ley. Nadie podrá ser obligado a declarar sobre su ideología, religión o creencias».

Con estas reflexiones podemos considerar que la objeción de conciencia dejó de ser un derecho fundamental para tornarse en un derecho autónomo, individual, casuístico pero con un respaldo constitucional derivado y concreto.

Para entender lo que se pretende decir con la secularización de la vida es importante tener presente el documento de la Ponencia del último congreso nacional del partido socialista obrero español realizado en Valencia en 2021 («Ponencia Marco PSOE» p. 283) cuando se refiere a laicidad y la eutanasia: todo el documento de la ponencia del congreso afirma que la laicidad es la religión de la Libertad, por pura eliminación de otras religiones que no son de libertad, lo que es como mínimo discriminatorio. Por otro lado el mismo documento señala que leyes socialistas como la del aborto o la de la eutanasia son «conquistas para la laicidad», con la finalidad de vencer democráticamente a los sectores conservadores de nuestra sociedad. Con este tipo de afirmaciones la posición del médico objetor ocupa un lugar difícil de definir. ¿Será este un integrista conservador? Tendrá obviamente un cariz de derechas según lo expuesto. Y como cereza en el topo de la tarta, tendrá de delegar para un segundo plano sus razones morales, religiosas o de libertad de pensamiento para no ser clasificado como tal.

Para este partido político es alguien éticamente reprochable, en una persona retrógrada que va en contra de la religión de la Libertad. Citando expresamente «desde el Gobierno socialista hemos avanzado en la laicidad potenciando nuevas normas...como en materia de muerte digna y de eutanasia», parece claro que la referencia al sector conservador se refiere a la formada por las religiones tradicionales alejadas del progresismo.

Debería haber un replanteamiento de la definición del Estado laico: desde la Constitución de 1978 las normas estatales no tienen que adecuarse a ninguna confesión religiosa y aprobar una ley no bendecida por una comunidad religiosa no significa avanzar en laicidad; y eso que por ejemplo el Acuerdo con la Comisión Islámica de España publicado en el BOE-A-1992-

24855 dice su preámbulo, que la religión islámica es tenida en cuenta como factor de la identidad nacional.

Desde hace 40 años que el Estado español es designado de aconfesional, manteniendo una nítida distinción entre los valores estatales y los confesionales; el avance en la laicidad que se pretende con este tipo de posturas políticas y en las cuales va dirigido el cambio progresista, tiene un significado difícil de entender y lejos de ser global.

La LORE es coherente con la existencia de un Estado ideológicamente neutral en materia religiosa pero no hay que olvidar lo que también ha dicho el Tribunal Constitucional, en la STC 46/2001, FJ4, en materia de laicidad positiva, esto es, tener en cuenta la religión como un algo positivo o bueno para la sociedad y en las relaciones entre las personas, al igual que el cine o el deporte. En ningún caso la laicidad del Estado conlleva que la Sociedad sea religiosamente neutral, lo que se demuestra que cuando se efectúan encuestas cerca del 70 % de la sociedad española es católica.

Para terminar, la sedación paliativa, también llamada de eutanasia pasiva, en los últimos momentos de la vida es práctica habitual en todos los centros sanitarios públicos y privados de forma a evitar el sufrimiento consciente y contra el cual no se admite la objeción de conciencia. Es una práctica usual que se lleva a cabo en todos los centros sanitarios públicos y privados y que asegura que el paciente terminal tenga una muerte natural sin sufrimiento. Cuando se alega que la eutanasia es un derecho a la muerte digna del paciente terminal con un sufrimiento insoportable, ¿porque no se habla de la sedación terminal ya existente? Con este tipo de actuación se asegura la inexistencia de sufrimiento durante el período cercano a la muerte e incluso se puede ejecutar en los domicilios al ser un procedimiento fácil de implementar. La regulación de la sedación terminal está todavía por ser efectuada.

## 5. Configuración legal de la eutanasia y de la objeción de conciencia: análisis de la LORE

La Ley Orgánica 3, de 25 de marzo de 2021, de regulación de la eutanasia, (LORE), entró en vigor a los 3 meses de su publicación en el Boletín Oficial del Estado (BOE) salvo su artículo 17 de su Capítulo V, de las Comisiones de Garantía y Evaluación que entró en vigor al día siguiente de su publicación en el BOE. Esta ley consta de 5 capítulos, 7 disposiciones adicionales, 1 disposición transitoria, 1 disposición derogatoria y 4 disposiciones finales.

El preámbulo de la ley de eutanasia hace referencia a la secularización de la vida y a los valores de las personas como causas de importantes debates. Esa prolongación de la vida con el consecuente retraso de la edad de morir parece referirse a un casi inexorable e importante deterioro físico y psíquico.

Existen actualmente datos referentes a los años vividos con discapacidad o Disability Adjusted Life Years (DALY) y que España en el grupo etario de más de 70 años los DALY han disminuido significativamente desde 1990, como se puede constatar en la figura 1 por el predominio de colores más claros. Como ejemplo el grupo de las mujeres. Esta figura demuestra que la calidad de vida del grupo de las mujeres (y también de los hombres pues existe un gráfico similar) es muy buena en edades avanzadas de la vida.

## La Objeción de Conciencia frente a la Eutanasia

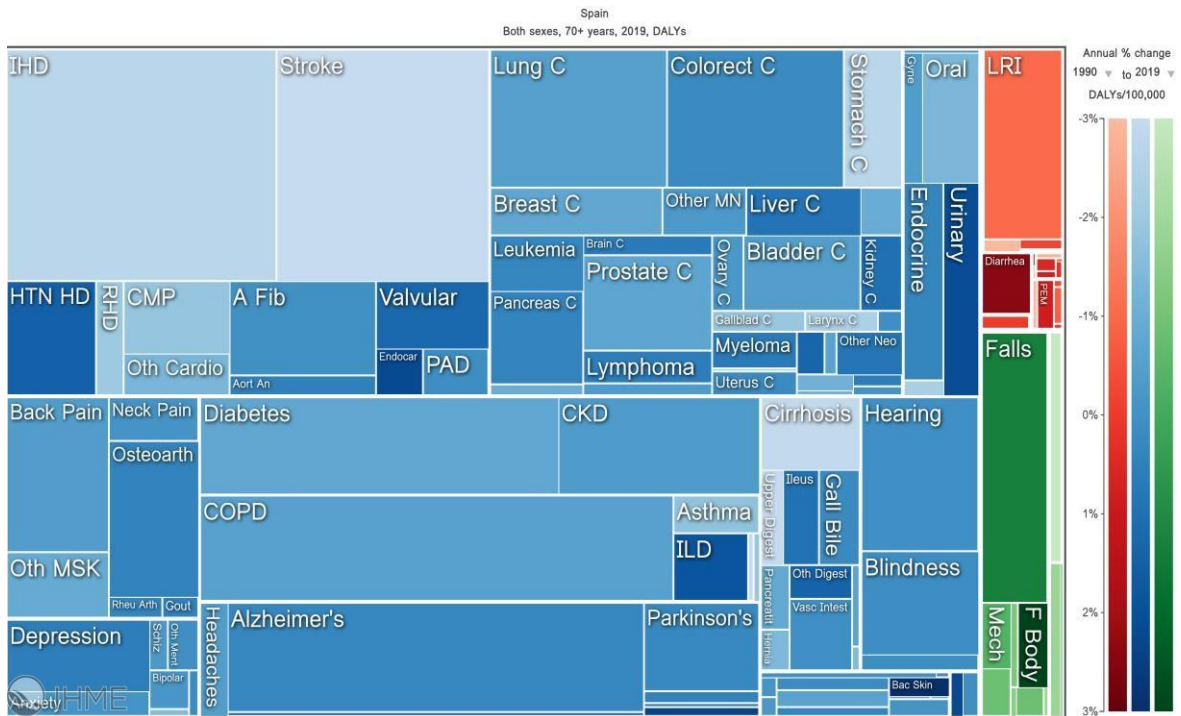


Figura 1: DALY en el Grupo Etario de más de 70 años, ambos sexos, en España durante el periodo de 1990 a 2019. Institute of Health Metrics.

En la figura 2 se aprecia otro indicador de salud del Eurostat, en forma de mapa, y referente al porcentaje de años vividos con calidad a los 65 años en mujeres en relación a la esperanza de vida. En España podemos apreciar la elevada calidad en salud observada a los 65 años.

El hecho de que el retraso en la edad de morir conlleve un deterioro físico y psíquico no está de acorde con la evidencia científica. El argumento presente en el preámbulo de la LORE está lejos de ser realista y no obedece a criterios de necesidad o de excesiva demanda social para acudir a la muerte digna, como se intenta justificar en el preámbulo de la LORE.

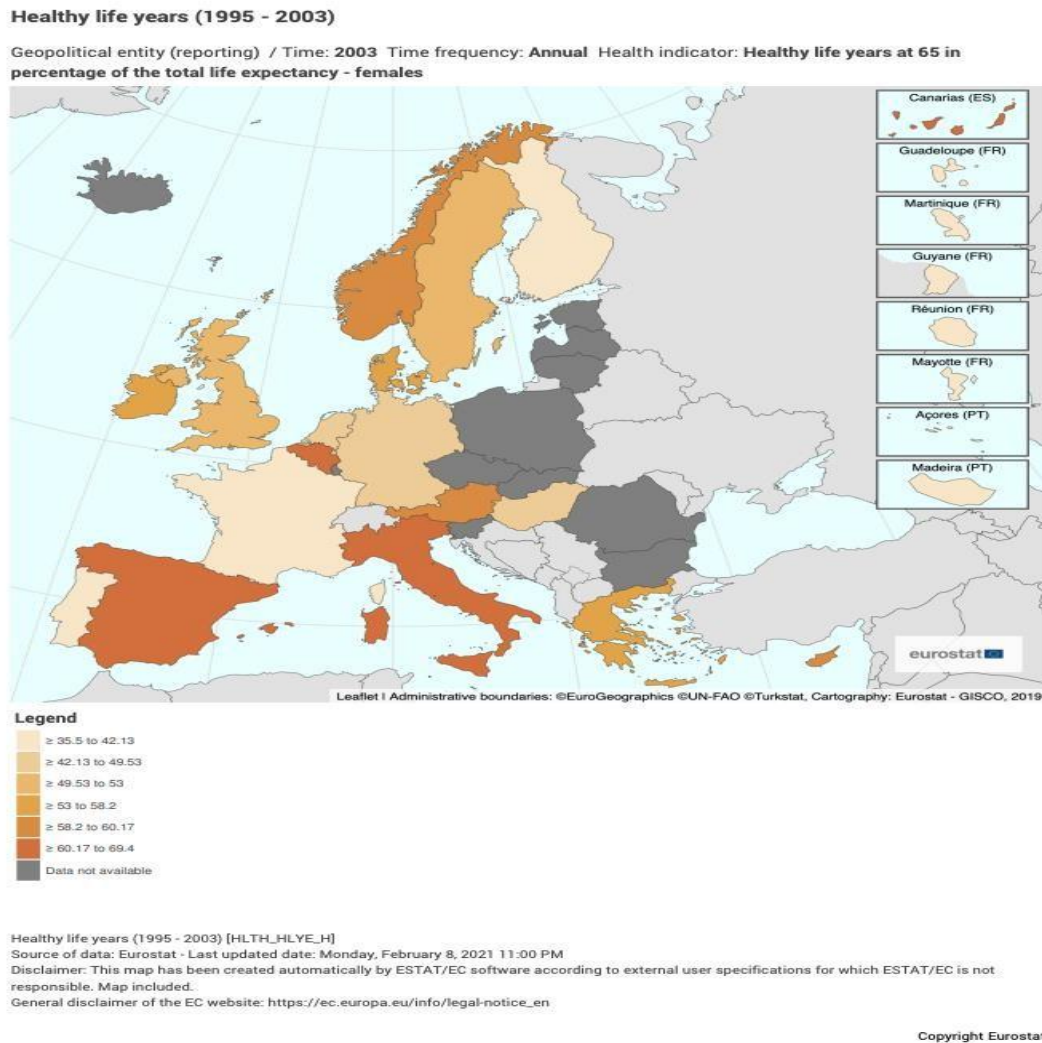


Figura 2: Mapa de la UE sobre la calidad de salud en mujeres a los 65 años en relación porcentual de la esperanza de vida. Fuente: Eurostat

La LORE, también en la última STC 19/2023, distingue dos conductas eutanásicas activas y la eutanasia pasiva o sedación paliativa. La eutanasia activa es aquella en la que es el propio paciente la persona que termina con su vida, para lo que precisa de la colaboración de un profesional sanitario que, de forma intencionada y fundada facilita los medios necesarios, asesora y suministra la sustancia en dosis necesaria para que el paciente se lo administre. La otra forma de eutanasia activa es la acción directa del profesional de salud que pone fin a la vida de un paciente de manera deliberada y a petición de este, dentro de un contexto eutanásico, por la existencia de un padecimiento grave, crónico, e incurable, acompañado por un sufrimiento intolerable.

El artículo 3 de la ley define la objeción de conciencia como la no atención del profesional sanitario a la actuación sanitaria prevista en la LORE por ser incompatible con sus convicciones; el artículo 16 reconoce la objeción de conciencia como una decisión de los profesionales sanitarios directamente implicados y que la deben manifestar anticipadamente; este mismo artículo 16 exige la creación de las listas de objetores de conciencia a la prestación. En el artículo 16.1 de la LORE se reconoce el derecho a la objeción de conciencia de los profesionales de salud directamente implicados en la prestación de ayuda a morir. Los objetores deben manifestarlo anticipadamente y por escrito, e inscribirse en el registro de objetores autonómico correspondiente. Pese a la confidencialidad prevista, son lógicos los temores de los profesionales sanitarios por el ejercicio de este derecho y el perjuicio en sus legítimas expectativas profesionales al no «deber participar» en un órgano que puede realizar funciones que van más allá de la aplicación de la LORE.

Además, en los Centros sanitarios todos los facultativos tienen presente que los pacientes en estado terminal, en cuidados paliativos y en sus últimos momentos son adecuadamente sometidos a una sedación paliativa que contribuye a minorar el sufrimiento consciente. Este tipo de procedimiento sí que debería ser adecuadamente regulado y haberlo sido de forma previa a la regulación de la eutanasia. Es un procedimiento común, efectuado a diario en cualquier institución de salud por cualquier médico asistente de cualquier paciente terminal. La sedación paliativa no admite la objeción de conciencia y al no estar adecuadamente regulada, su ejecución queda de forma casi arbitraria dependiente del criterio individual del médico responsable del paciente terminal.

#### 5.1 Las comisiones de garantía y evaluación de la LORE: Artículos 17 y 18

La constitución de las Comisiones de Garantía y de Evaluación de acuerdo con la LORE tendrán características multidisciplinarias. Son órganos administrativos colegiados, creados en todas las CCAA y en las dos Ciudades Autónomas. Se encuentran adscritas a las Consejerías de Salud y se componen de un número mínimo de siete miembros entre los que se incluye personal médico, de enfermería y juristas.

Desde la entrada en vigor de la LORE, al menos 172 personas han recibido la eutanasia en España; son las Comisiones de Garantía que tienen la última palabra ante una solicitud de eutanasia que se presenta como un servicio público más de la cartera de servicios del Sistema Nacional de Salud. Las Comisiones tienen competencia consultiva en relación con la aplicación de la LORE y ejecutiva para el reconocimiento legal del derecho a la eutanasia.

Según este cuerpo legal, deben elaborar un informe anual de evaluación de su funcionamiento para el Ministerio de Sanidad. Aunque la LORE no especifique exactamente qué funciones pueden ejecutar para las CCAA, parece ser que se tratan de unos super órganos en eutanasia, cuestión fundamental en relación al final de la vida de los ciudadanos. En relación a los miembros que componen las Comisiones, y como expreso en el Manual de Buenas Prácticas del Ministerio de Sanidad aprobado por el Consejo Interterritorial del Sistema Nacional de Salud el 7 de julio de 2021, documento que orienta y asegura el normal desarrollo del procedimiento de prestación de ayuda para morir, estos no solo tienen derecho a indemnizaciones por asistencia a sesiones deliberativas, conforme a lo dispuesto en cada normativa autonómica, como tampoco pueden ser objetores de conciencia.

El apartado F del artículo 18 de la LORE señala que las comunidades autónomas pueden atribuir a estas comisiones otras funciones. Por tanto, las comisiones de garantía se convierten en un súper órgano autonómico, en materia competencial y sus miembros tiene derecho a indemnizaciones conforme la normativa autonómica.

Es relevante la desventaja que tienen los facultativos objetores de conciencia al no poder participar en estas comisiones teniendo en cuenta que la LORE permite que puedan ser atribuidas otras funciones a esos órganos autonómicos. Si eres objetor no participas en la comisión de garantía, a pesar de que el asunto central sea evaluado únicamente por personas con pensamiento homogéneo, unitario y direccionado a la consecución de la eutanasia. Aunque a los miembros de la comisión sean atribuidas otras funciones, el objetor queda automáticamente fuera de esas funciones al no poder participar en la misma. O sea el objetor de conciencia puede ver perjudicadas sus legítimas expectativas profesionales, porque se le veta su presencia en un órgano público autonómico. El principio de la igualdad de oportunidades en la función pública, queda en entredicho.

Estas comisiones tienen la última palabra ante una solicitud de eutanasia. Por tanto, los miembros de las comisiones se ven directamente implicados en la inexorable decisión última. En ese mismo manual y con un cierto cariz autocrático de unas recomendaciones, «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», señalando que los miembros de las comisiones no pueden por eso ser objetores de conciencia y participarán «de manera voluntaria, a fin de evitar un posible ejercicio de su derecho a la objeción de conciencia respecto a su integración en la misma». La inscripción en listas de objetores de conciencia con la justificación de asegurar un número mínimo y efectivo de profesionales de salud en la ejecución material de la eutanasia en los centros públicos es un hecho más bien típico de otros tiempos lejanos políticamente distantes de una democracia. Con estas comisiones parece que ocurre un cambio en la relación médico paciente que pasa a ser de otro tipo. De la relación médico paciente clásica a la progresista relación Estado paciente. El excesivo intervencionismo estatal va en contra de la capacitación de los pacientes, igualmente designada de empoderamiento del paciente, medida indispensable y eje de la llamada Gobernanza de los Sistemas de Salud y de la Promoción de la Salud, encabezada por la conocida Carta de Ottawa de 1986, documento fundamental en Salud Pública. La capacitación del paciente, su información adecuada y completa sobre su estado de salud permiten que este adopte las decisiones oportunas y correctas, en cada momento, de acuerdo con la evidencia que le aporta su médico.

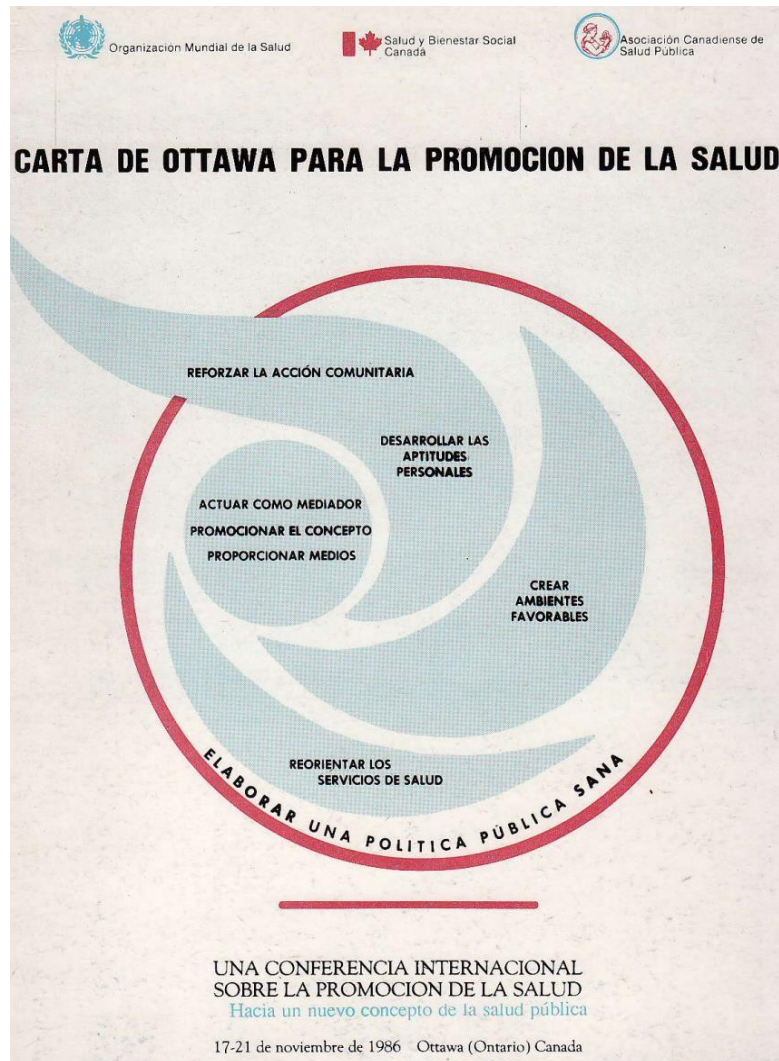


Figura 3: Carta de Ottawa, 17 a 21 de noviembre de 1986. OMS

La primera comisión constituida fue la de las Islas Baleares, a los dos meses de publicarse en el BOE ya se había nombrado a sus nueve miembros. Sin embargo esta Comunidad fue la que más tardó en crear el registro de médicos objetores de conciencia. La velocidad en la creación de Comisión de Garantía y de Evaluación de las Islas Baleares levanta el velo ante una posible razón como es la del turismo de la muerte, ya visto en otros países como son los Países Bajos. Poco a poco se fueron creando más comisiones algunas de las cuales llegan a tener 25 miembros como es el caso de la de la Comunidad de Madrid.

## 5.2 Previsión legal del ejercicio de la objeción de conciencia de los profesionales sanitarios (artículo 16 de la LORE)

En el artículo 16 de la LORE se hace referencia a los requisitos que deben cumplir los profesionales de salud para ejercer en la objeción de conciencia.

En el punto 1 de este artículo se afirma que la objeción de conciencia es individual, esto es, puede ser ejercida por el o los profesionales sanitarios «directamente implicados». Un profesional directamente implicado con un paciente que solicita la eutanasia es de difícil concreción pues, por regla general, los pacientes que están en un estado terminal o con un grave deterioro físico y psíquico irreversible, según la misma LORE, son acompañados de forma multidisciplinar dadas las multi morbilidades que padecen. Esta definición de médicos «directamente implicados» es muy abstracta y peca por esa indefinición lo que podrá conducir a posibles conflictos en el seno de la relación médico paciente. Como ejemplo, el caso recién ocurrido en Zaragoza que terminó en suicidio de la persona que solicita la eutanasia a su médico de familia. Esta paciente era ciertamente seguida por otros facultativos que idóneamente alguno de ellos sería el indicado a recibir y a encaminar correctamente esta solicitud. Acabó quitándose la vida antes de que se llevara a cabo todo el procedimiento.

La manifestación anticipada y por escrito de la negación o rechazo a realizar la eutanasia por parte del supuesto médico directamente implicado, parece ser que en muchos casos, no se efectuará, se hará con demasiado retraso o por vías anómalas, que ayudarán a retrasar el desarrollo de la prestación.

El Manual de Buenas Prácticas de la Sanidad ya referido anteriormente en este trabajo explica lo que es el profesional directamente implicado. Lo hace de forma muy amplia englobando médicos, enfermeros, psicólogos clínicos e incluso farmacéuticos que preparan el medicamento administrar para lograr la eutanasia. Esta postura global y no concreta facilita a los pacientes que demandan la eutanasia para poner fin a su vida, de encontrar el facultativo que lo encamine al precipicio.

Sin embargo, un médico puede declararse objetor de conciencia y al mismo tiempo poder participar en actividades como son los trasplantes de órganos pues en esta situación no estará directamente implicado en la eutanasia.

En el punto 2 del mismo artículo, otro aspecto polémico de la LORE, es la «creación de registros de profesionales sanitarios objetores de conciencia para la realización de la misma» y que con la justificación de «facilitar la necesaria información a la administración sanitaria para que esta pueda garantizar una adecuada gestión de la prestación de ayuda para morir».

### 5.3 Los registros de objetores de conciencia frente a la eutanasia

La creación de los registros de objetores de conciencia frente a la eutanasia es una cuestión que ya se planteó en la objeción de conciencia de los profesionales sanitarios al aborto.

La STC 151/2014, FJ 7 de 25 de septiembre, que claramente señaló que cabe la creación de registros autonómicos de objeción de conciencia al aborto y que según este Alto Tribunal, la función de estos registros es la de ficheros o sea, de un conjunto organizado de datos.

En esta sentencia hubo un voto particular en contra del Magistrado D. Andrés Ollero Tassara, dictada en el Recurso de Inconstitucionalidad núm. 825/2011, en la cual discrepó de esta sentencia dudando de la constitucionalidad de los registros y señalando que la objeción de conciencia es un derecho constitucional que nada más puede sufrir limitaciones estrictamente necesarias y que registrar la toma de decisión en conciencia es manifiestamente desproporcionada.

Los registros de objetores de conciencia cumplen varias funciones.

En primer lugar, cumplen una función de prueba, de que hay un médico u otro profesional sanitario, que objeta en conciencia y que ha de ser registrada su voluntad, y en segundo lugar, garantizan la confidencialidad y protección de datos configurados en el reglamento UE 679 de 2016.

Los registros deberían ser de no objetores de conciencia de forma a crear grupos de personas disponibles que quieran llevar a cabo una solicitud de eutanasia. Se podrían crear equipos de personas que quisieran trabajar de forma multidisciplinar e integrada para llevar a cabo una prestación pública más.

Los registros de objetores no tienen carácter público y el acceso a los mismos es evidentemente restringido, con un fin puramente asistencial. Según la LORE, las personas que pueden acceder a ellos son aquellas que se han inscrito y los gestores sanitarios para poder identificar y saber quién son estas personas. Evidentemente no se podrán dar a conocer la identidad de los objetores ni dentro ni fuera del hospital, pero hay que reconocer

que se trata de una situación sensible, generadora de inseguridad y temores lógicos por parte de los profesionales objetores.

Sobre el formato sobre el cual se debe presentar la objeción de conciencia, este será establecido por cada Comunidad Autónoma, a través de una aplicación informática de la Consejería de Sanidad en un modelo normalizado. Los datos inscribibles de cada objetor serán los nombres y apellidos, DNI, centros de trabajo, número de colegiado, la fecha de presentación de la solicitud; el procedimiento de inscripción debe cumplir con los requisitos legales y se considera la fecha de inscripción, la fecha de presentación de la solicitud de objeción de conciencia.

En ningún caso el objetor de conciencia tiene que justificar la razón por la cual objeta. Un procedimiento semejante se hará para la revocación de esta información.

En cuanto al momento de la inscripción, la LORE exige que se haga anticipadamente, pero no establece cuanto tiempo antes se debe de hacer, pues debe permitir que el paciente pueda acudir a otro médico que le pueda proporcionar el desarrollo de la prestación solicitada y que el centro sanitario pueda conocer con qué personas puede contar en la ejecución de la eutanasia.

Si la objeción de conciencia es en relación a un caso concreto bastará con la comunicación por escrito de la oposición a la ejecución de la eutanasia a ese caso a la dirección del centro. La LORE prevé la creación de registros de objetores de conciencia en la Comunidades Autónomas y expertos como Javier Sánchez caro, abogado perteneciente al Cuerpo Superior de Letrados de la Administración de la Seguridad Social y técnico de la Administración Civil del Estado, fue designado miembro del Comité de Bioética a propuesta de la Consejería de Sanidad, refiere que además de esos registros, se deberían de crear otros en las direcciones asistenciales de atención primaria y atención especializada. De este modo se vería descentralizada la información autonómica lo que contribuiría, según él, a la agilización de todo el proceso.

En cuanto al alcance de la objeción de conciencia, el Manual de Buenas Prácticas señala que sería para todas las actuaciones, es decir, para la consulta y la constatación de que un determinado paciente quiere llevar a cabo la eutanasia, para la prescripción de la prestación,

para el suministro y dispensación farmacológica, siempre con el acompañamiento y apoyo del paciente solicitante.

#### 5.4 Motivaciones y conflictos de los profesionales de salud

En la actuación de los profesionales sanitarios se interrelacionan distintos aspectos. Aspectos morales, aspectos relacionados con el texto constitucional, como es la vida y su protección, la dignidad del individuo, la autonomía del paciente, la beneficencia la no maleficencia y la justicia.

Las motivaciones para objetar son numerosas y desde el punto de vista jurídico no hay una diferencia entre unas y otras; la motivación principal, la deontológica, es bastante entendible ya que la función del profesional médico es la de salvar vidas, curar ayudar a vivir con calidad, de no hacer lo contrario a su profesión médica y al juramento hipocrático.

A pesar de que la escuela de Sanidad ha puesto en marcha cursos para que los profesionales sanitarios se acerquen y puedan aceptar o entender mejor esta nueva aplicación de la ley de la eutanasia, lo que se ha verificado es que estos módulos rápidos de enseñanza o de formación profesional no acaban de cambiar la postura de un elevado número de médicos. El borrador del nuevo código deontológico médico afirma que el médico no debe de colaborar o provocar directa o indirectamente la muerte de un paciente. De cualquier forma, una vez promulgada la LORE, cualquier que sea la actitud del médico si actúa conforme a la Ley, este no será deontológicamente castigado.

Pero con la eutanasia, la cuestión central ahora es aclarar dónde queda la *Lex Artis* o el principio de beneficencia. Para algunos, se ha roto el principio de la relación médico paciente tradicional. El profesor Gregorio Marañón, maestro de los médicos y médico humanista, el invento de la silla dentro de la sala de observación clínica es la evidencia de que en la relación médico paciente tiene que haber una comunicación efectiva ponderada y no una relación rápida y sin empatía.

El paciente debe ser colocado en el centro del sistema, de forma holística, teniendo en cuenta todas las relaciones del mismo, en su medio laboral familiar y de amistades. Según el profesor Gregorio Marañón, un médico a favor de la libertad de pensamiento «el fin no justifica los medios».

En la actualidad la exigencia de gestión costo efectiva en todos los sectores de la sociedad civil, incluida la salud, ya ha contribuido a la limitación temporal de cada consulta, debiendo el medico limitar este contacto con sus pacientes. Los números llegan a ser más importantes que el resultado, y cada paciente es un número más. La gestión de cuentas ciertas no debería contribuir a limitar la comunicación del médico con sus pacientes pero de hecho lo hace.

Aparte de la motivación deontológica está la motivación religiosa, siendo la motivación religiosa para la objeción de conciencia una de las motivaciones más respetables. La motivación religiosa para la objeción de conciencia siempre ha existido. Recordando los antiguos cristianos que se negaban a cambiar su fe al ser enviados a los leones en la antigua Roma o la objeción de conciencia al servicio militar, la de los testigos de Jehová.

En algunos países la objeción de conciencia es importante en la formación de valores en lo llamado «ético común de mínimos». Muchas de las cuestiones que regulan los Estados son cuestiones que dicen respeto a situaciones cruciales como son el inicio de la vida o el fin de la misma, que caracterizan las doctrinas de las religiones con el valor que aportan.

De acuerdo con la ética médica, el facultativo está para salvar vidas. Sin embargo, hay médicos que están en las comisiones de garantía y que son a favor de la eutanasia. Evidentemente el derecho de objeción de conciencia es un derecho inicialmente incluido dentro de los derechos fundamentales de la Constitución española, en su artículo 30, pero después en 1987 referido como un derecho de construcción jurisprudencial, autónomo. Por tanto, la pregunta que se podría hacer es si el médico que no se inscribe en el registro de objetor de conciencia puede ser objetor si lo avisa de una manera oportuna de acuerdo con lo previsto en la LORE.

Con la STC 19/2023, FJ 10, Recurso de inconstitucionalidad 4057-2021, interpuesto por cincuenta diputados del Grupo parlamentario Vox en el Congreso de los Diputados en relación con la LORE, esta cuestión ha quedado medianamente respondida; el derecho a la objeción de conciencia lo puede ejercer cualquier médico, esté o no registrado sin ningún tipo de problema, como presente en el Decreto del Registro de las Islas Baleares.

Al contrario del carácter de ley orgánica de la LORE, el carácter ordinario de los artículos 12, 16.1, 17 y 18, de las disposiciones adicionales primera, segunda, tercera, cuarta, quinta,

sexta y séptima, y de la disposición transitoria única, donde se incluye la objeción de conciencia de los profesionales sanitarios del artículo 16.2 de la LORE, limitando de este modo todo el sistema de garantías constitucionales.

De acuerdo con el Alto tribunal se han desestimado las pretensiones de inconstitucionalidad de los demandantes en relación a los registros de los profesionales objetores y la objeción de conciencia frente a la eutanasia. Con la definición de objeción de conciencia en el ámbito sanitario de la LORE, «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», entienden los demandantes que, por una parte, el rango de ley ordinaria que la disposición final tercera atribuye al art. 16.1 LORE es «manifiestamente inconstitucional por constituir la objeción de conciencia a la práctica de la eutanasia una parte esencial del ejercicio del derecho fundamental a la libertad ideológica y religiosa» del artículo 16.1 de la CE, lo que conllevaría a la aplicación de todas las garantías constitucionales si estuviera regulado por ley orgánica como previsto en el artículo 81.1 de la CE. En esta STC en su FJ 10, que «no debe ignorar o desdeñar, a la hora de regular determinadas materias, la posibilidad de que la imposición incondicionada de ciertas obligaciones pudiera llegar a comprometer gravemente la libertad de conciencia de algunas de las personas concernidas, al colocarlas ante la encrucijada excepcional de renunciar a convicciones morales racionalmente argumentables, aunque no compartidas por la mayoría, o sufrir, por ser con ellas consecuentes, la sanción que fuera aparejada al incumplimiento de un deber legal. En este sentido, y solo en él, se ha de entender la apreciación que el Tribunal hizo en su día, ante el silencio de una regulación legal concreta, en orden a que la objeción de conciencia «forma parte del contenido del derecho fundamental a la libertad ideológica y religiosa (STC 53/1985, FJ 14)». Si bien se intenta proteger la libertad individual de la conciencia, se evidencia que esas posturas no son compartidas por la mayoría... podemos cuestionar el legislador sobre qué mayoría se refiere. Como se hubiéramos pasado por estado un referendo sobre la eutanasia o sobre la objeción de conciencia. Más adelante y en el mismo FJ, el legislador deja entrever la posibilidad de la objeción de los profesionales sanitarios, con las debidas limitaciones, «No existe, en suma, tal derecho general o indeterminado a la objeción de conciencia, pero son concebibles casos en que proceda la

defensa jurisdiccional de la libertad de conciencia ante la plena ignorancia por la ley de una objeción que debió haberse considerado por el legislador o frente a quien aplicó la legalidad sin respetar sus disposiciones en garantía de quien pudiera llegar a declararse objetor».

En relación a la creación de los registros de objetores de conciencia frente a la eutanasia, una vez más y de acorde con sentencias anteriores ya referidas en este trabajo ( STC 160/1987, FJ 4, y la STC 151/2014, FJ 5), el legislador reitera que «La creación de un registro autonómico de profesionales [...] con la finalidad de que la administración autonómica conozca, a efectos organizativos y para una adecuada gestión de dicha prestación sanitaria, quiénes en ejercicio de su derecho a la objeción de conciencia rechazan realizar tal práctica [...] no implica, *per se*, un límite al ejercicio del derecho a la objeción de conciencia [...] ni un sacrificio desproporcionado e injustificado de los derechos a la libertad ideológica e intimidad, sin que pueda afirmarse [...] que con el mismo se persigue disponer de una lista de objetores con la finalidad de discriminarlos y represaliarlos («riesgo de discriminación y estigmatización», en expresión menos extrema de la actual demanda), pues esta es una afirmación sin base jurídica alguna y en la que no se puede fundar una queja de inconstitucionalidad». Se desestimaron así las peticiones de los recurrentes.

### 5.5 Los espacios libres de eutanasia

En España, más de 150 entidades se han reunido en lo que se ha hecho llamar de «espacios libres de eutanasia». Formados por una serie de asociaciones, fundaciones, de foros, que reivindican la función tradicional del médico que es curar, es salvar vidas, y que valoran muy bien la objeción de conciencia de los profesionales sanitarios.

Piden que frente a la eutanasia se dicte una ley de cuidados paliativos, que infelizmente no existe y con la cual se podría desarrollar de forma efectiva este tipo de cuidados del enfermo terminal, hecho realmente progresista. Solo con una política de salud de cuidados paliativos bien estructurada a nivel nacional, se garantizará la calidad asistencial, la dignidad de la vida humana en todos los momentos de la misma.

Apoyan la sedación paliativa que de hecho se hace en muchos centros hospitalarios, a diario y como ya se refirió debería ser regulada.

La diferencia fundamental entre la sedación paliativa y la eutanasia es básicamente la intención de quién la aplica, pues la sedación paliativa lo que trata es de aliviar el sufrimiento mientras que la eutanasia, de acabar con él y con la vida humana.

El tipo de fármacos utilizados marca también la diferencia de estas dos situaciones.

En la sedación paliativa, los fármacos empleados tratan de minorar el sufrimiento del paciente, para que su menor grado de conciencia en la etapa final de la vida lo haga abstraer del sufrimiento que acompaña los últimos momentos de la vida. Mientras que en la eutanasia se usan dosis de los fármacos más elevadas y por tanto letales.

La sedación paliativa es una buena práctica médica que bien administrada no admite la objeción de conciencia. Evidentemente y la otra cara de la moneda, es que el gasto sanitario en la aplicación de una política sanitaria pública de cuidados paliativos es muy superior al gasto sanitario aplicado en la eutanasia. En los foros de los espacios libres de eutanasia, la inversión necesaria para montar una buena red de cuidados paliativos a nivel nacional supone no solo la inversión económica propiamente dicha como también en la formación de los sanitarios y en medios de investigación para poder lograrlo. Es un dato escalofriante que más del 75 000 pacientes terminales se mueren al año en España sin tener acceso a los cuidados paliativos para minorar su sufrimiento final.

## 6. Hechos ocurridos resultantes de la aplicación de la LORE

Como motivo del primer aniversario de esta nueva ley en junio de 2022 se han publicado unos nuevos datos relevantes sobre la aplicación de la misma por parte del Ministerio de Sanidad:

-En el mes de junio de 2022, 172 personas habían ya recibido la eutanasia en España.

-La Comunidad Autónoma que más solicitudes ha recibido hasta esa fecha fue Cataluña, siendo esta la comunidad donde primero se han realizado eutanasias, con un total de 60 eutanasias registradas en junio de 2022, un año después de la publicación en el BOE de la LORE.

-En Madrid, la primera eutanasia tuvo lugar en esa comunidad autónoma en noviembre de 2021 y estuvo en relación con un hombre que padecía de esclerosis lateral amiotrófica: falleció en su casa asistido por un equipo médico del hospital 12 de octubre rodeado de sus familiares. En junio de 2022 la Comunidad de Madrid había realizado 52 eutanasias.

-La Comunidad Autónoma que menos eutanasias habría realizado hasta el año de la publicación de la publicación de la LORE fue Extremadura: había realizado solo una eutanasia y hubiera recibido una otra solicitud que al final no se concretó, pues la persona hubiera fallecido antes de que se concretara el acto.

-En cuanto al número de objetores de conciencia según el Ministerio de Sanidad, en Madrid habrían sido registrados cerca de 3000 objetores de conciencia, y sería hasta la fecha la Comunidad Autónoma donde más objetores habría en España; en Andalucía habría en torno a 600 objetores igual que en Castilla y León.

-La ministra de la Sanidad ha referido que la implementación y operacionalización de la ley de la eutanasia se estaba procesando de forma correcta, sin embargo, a distintas velocidades en las distintas Comunidades Autónomas, habiendo Comunidades Autónomas donde todo el proceso estaba más avanzado que en otras. Por ejemplo, la LORE dice que a los tres meses de publicada la LORE tienen que estar constituidas y en funcionamiento todas las Comisiones de Garantía, aspecto que no se llegó a cumplir en plazo. Otro dato revelador de la distinta velocidad en la implementación de esta ley es el hecho de que en las Baleares sólo en octubre 2022 se había publicado la lista de objetores de conciencia.

-Durante este año y medio de la implementación de la eutanasia hubo casos polémicos.

-En Zaragoza, en noviembre de 2021 hubo una solicitud de eutanasia que acabó en suicidio: una mujer de 86 años solicitó la eutanasia a su médico de familia, pero acabó quitándose la vida antes de que se completara todo el procedimiento. Su médico al tener noticia de que su paciente requería la eutanasia objetó y entre el procedimiento de la objeción de conciencia y la concreción del procedimiento de la eutanasia, la señora se suicidó. La Consejera de Sanidad tuvo que salir pidiendo disculpas y como consecuencia hubo el cese de varios cargos públicos.

-Otro caso polémico ocurrió en agosto de 2022 cuando se administró eutanasia a un preso: el caso es conocido como el «Pistolero de Tarragona», un antiguo vigilante de seguridad que inició en su antiguo local de trabajo un tiroteo habiendo sido inmovilizado por un policía local. Derivado de esa inmovilización por las fuerzas y cuerpos de seguridad del Estado, habría quedado tetrapléjico por una lesión medular irreversible y se encontraba ingresado en un hospital penitenciario con un dolor insoportable. La Audiencia Provincial de Tarragona ratificó por auto del Juzgado de Instrucción número 5, «debe preponderarse el derecho a la dignidad y a la integridad física y moral del investigado, frente al derecho a la tutela Judicial efectiva de los denunciados», la autorización de esta eutanasia y no se pudo continuar con los procedimientos de las víctimas de ese atentado pues prevaleció el derecho a la dignidad de esta persona sobre la tutela judicial efectiva. Pero juristas y médicos han avalado que el derecho del interno a morir dignamente debe de prevalecer sobre el derecho de las víctimas a tener una reparación por las heridas que sufrieron. El TC rechazó el último recurso de amparo de las víctimas del Pistolero de Tarragona para frenar la eutanasia que se ejecutó el día 23 de agosto de 2022. Un plazo excesivamente corto según otros, para evaluar de forma holística el estado de salud de una persona.

-Con casi dos años de implementación y aplicación de la LORE, algunos expertos afirman que los plazos de aplicación de la misma son un poco largos: desde que se solicita un eutanasia hasta que efectivamente se aplica van una media de 40 días aproximadamente; desde la solicitud de eutanasia, a la comunicación a la Comisión de Garantía, se recibe el parecer del médico consultor, se nombra a un jurista, se analiza todo el historial médico del paciente, se

reúne el Pleno de la Comisión que por fin aprueba o no la solicitud de la eutanasia pasan unos 40 a 45 días, lo que para algunos es un plazo excesivamente largo.

-Como último acontecimiento en España, publicado en un periódico digital El Debate (Debate 2023) a 6 de junio de 2023, «el Pleno del Constitucional ha admitido a trámite, este martes, el recurso de inconstitucionalidad promovido por el presidente del Gobierno Pedro Sánchez contra la disposición adicional segunda de la Ley de la Comunidad Autónoma de Madrid 1/2023, de 15 de febrero, de creación de la Agencia Madrileña para el Apoyo a las Personas Adultas con Discapacidad». La ley de creación de la Agencia Madrileña para el Apoyo a las Personas Adultas con Discapacidad -AMAPAD- fue considerada ilegítima por considerar que recorta el «derecho a la eutanasia» de las personas con discapacidad tuteladas por la Comunidad de Madrid». Según esta agencia esta norma a favor de la vida protegerá las personas con discapacidad pues las obliga a acceder a una autorización judicial previa a la eutanasia solicitada, aunque tengan efectuados el testamento vital o el documento de instrucciones previas o de voluntades anticipadas.

Este hecho demuestra lo complejo que es el tema de la eutanasia y la actividad de las distintas plataformas que contribuyen a la garantía de derechos de personas que requieren acompañamiento y protección para ejercer su capacidad jurídica. De acuerdo con la AMAPAD, este requerimiento adicional a la prestación de la eutanasia deriva de la necesidad de adaptar la normativa reguladora de la entidad a la Convención Internacional sobre los Derechos de las Personas con Discapacidad de Nueva York de 2006 y la Ley 8/2021, de 2 de junio.

La disposición adicional segunda, «en favor del derecho reconocido de la vida de las personas con discapacidad», recoge que «cuando se pretenda llevar a cabo cualquier actuación que afecte al derecho a la vida de la persona con discapacidad a la que se haya provisto de un apoyo de carácter representativo para el ejercicio de la capacidad jurídica o se determine de manera expresa en la resolución que estableció el apoyo, se tramitará un procedimiento de jurisdicción voluntaria para la solicitud de autorización judicial».

El actual Gobierno afirma que este tipo de obligaciones constituye un requisito adicional que vulnera la LORE y el propio Código Civil, considerando que el Gobierno Madrileño invade competencias que son exclusivas del Estado.

El Pleno del TC por providencia de día 16 de septiembre de 2021 admite a trámite este recurso número 4313-2021, contra la LORE , publicado en el BOE de 22 de septiembre.

A 22 de marzo de 2023, el TC dicta la Sentencia STC 19/2023, con la cual avala la constitucionalidad de la LORE impugnada anteriormente a través de un recurso de inconstitucionalidad 4057-2021, contra la LORE, interpuesto por 50 diputados del grupo parlamentario VOX., desestimándolo a 22 de marzo de 2023.

La eutanasia es considerada por el TC un derecho subjetivo y de naturaleza prestacional a través de la cual el Estado deberá atender a peticiones expresas y reiteradas de los pacientes que padezcan de una enfermedad terminal, incurable y de un sufrimiento que considere inaceptable, terminal e incapacitante y que no haya sido posible paliar de otras formas. Este Alto tribunal considera que la LORE configura un derecho subjetivo previsto en la CE en sus artículos 15 y 10.1, desestimando el recurso de inconstitucionalidad interpuesto.

Para finalizar, debemos tener siempre presente que es la libertad de conciencia individual el último refugio de libertad del hombre en una sociedad reglada que conduce a la persona a hacer o no hacer únicamente porque esté coaccionada por la existencia de normas imperativas.

Cuando la exigencia legal normativa colisiona con la conciencia de la persona obligada, esta se cuestiona la legitimidad de esa imposición y con ella, la necesidad absoluta o no del cumplimiento (Lorenzo de Membiela 2011).

Es al final el legislador que certifica en qué casos y circunstancias ese conflicto exime o no de consecuencias sancionadoras, generando un derecho autónomo de construcción jurisprudencial que sin embargo se encuentra envuelto en inseguridad jurídica.

## 7. Conclusiones

En conclusión, y desarrollando cada idea clave de este trabajo, la objeción de conciencia de los profesionales sanitarios frente a la eutanasia sigue siendo un tema controvertido y complejo en la práctica clínica actual, en el ámbito de la Bioética y la atención médica de los Sistemas Nacionales de Salud. Mientras que algunos argumentan que los profesionales sanitarios tienen derecho a objetar basándose en sus creencias personales, como previsto en la Constitución Española, aunque apenas en relación al servicio militar, y en un Estado verdaderamente democrático y social de derecho, sostienen otros, entre los cuales nuestro Tribunal Constitucional, que este derecho no puede ir contra del derecho del paciente a recibir una atención médica adecuada y respetuosa. En este trabajo se ha explorado en profundidad el marco legal y ético que rodea esta cuestión, así como las implicaciones y emociones que pueden tener para los pacientes, para los profesionales sanitarios, para la relación médico paciente y para la sociedad civil en general.

1. Los derechos fundamentales no son absolutos, por tanto, todos son susceptibles de limitaciones. Ese hecho, per se, no tiene por qué poner en entredicho el Estado de Derecho pero es sin duda motivo de preocupación para un grupo de profesionales tan envueltos en el cuidado de las personas y en momentos extremos de la vida. Lo que suele valorarse es si se trata de una limitación razonable o no, y que no afecte el ejercicio del derecho en cuestión, haciéndolo desaparecer por completo, como ocurre en numerosos países cuyas democracias débiles impiden o limitan el desarrollo del pensamiento individual y el ejercicio de los derechos de los ciudadanos.

2. El ejercicio del derecho de objeción de conciencia en el ámbito sanitario no debería poner en riesgo la vida y la integridad del paciente, que se salvaguardan a través de su derecho a recibir atención médica respetuosa. De tal suerte que, si el médico objeta, lo que se espera es que otro médico no objetor atienda al paciente. Estos dos derechos, aunque no se puedan anular mutuamente, son contrapuestos en un equilibrio delicado y frágil. Para su gestión adecuada es imprescindible la efectiva separación de poderes del Estado, sin interferencias entre ellos en la toma de decisiones.

3. Se ha visto que la objeción de conciencia pasó de ser un derecho fundamental previsto y especialmente protegido por nuestra Constitución, para el caso concreto del servicio militar,

a derivar en un derecho autónomo de construcción jurisprudencial previsto por el Tribunal Constitucional, y específico, de determinados grupos de profesionales, en muy concretas situaciones jurídicas de la sociedad civil.

4. Este derecho de construcción jurisprudencial y autónomo de los profesionales de salud frente a la prestación de la eutanasia se basa en su libertad individual y su capacidad para tomar decisiones éticas y morales en periodos sensibles de la vida, en el caso de este trabajo, en relación a su final. Sin embargo, también es necesario equilibrar este derecho con el deber de proporcionar atención médica adecuada. Un paciente que solicite la prestación pública de la eutanasia debe ser atendido, en tiempo y forma, a través de los mecanismos protocolizados por el Estado prestador.

5. Otro aspecto es si realmente se debería efectivizar la solicitud teniendo en cuenta los plazos previstos en la LORE que resultan ser demasiado cortos para analizar correctamente la salud de esta persona, definida como un estado de bienestar físico y psíquico, dinámico y variable a lo largo de la vida. Un paciente solicitante de eutanasia antes de ser atendido a poner fin a su vida, debería haber participado en una red de cuidados paliativos bien implementada y estructurada, transversal a todo el país y que se haya mostrado incapaz para minorar o mismo anular su sufrimiento incapacitante. Debería igualmente haber sido correctamente seguido por un equipo de facultativos multidisciplinar que hubiera atendido correctamente cada una de sus morbilidades. Sólo así el Estado prestador aseguraría que todas las opciones de protección de la vida con calidad hubieran sido puestas a disposición del paciente antes de la decisión final e irreversible.

6. La obligatoria inscripción de los profesionales de salud en Registros de Objetores de conciencia son una muestra más de la limitación de derechos individuales, aunque la finalidad última teórica sea la de la organización de los servicios sanitarios en una prestación más del mismo. La motivación principal de estos registros, de acuerdo con el TC, es la gestión de la asistencia sanitaria y por eso, las Administraciones quieren asegurar la existencia de medios humanos necesarios y suficientes para asegurar la prestación de la eutanasia, cumpliendo los plazos previstos en la Ley. Aunque sea claro y notorio que se atenta contra el derecho previsto en el artículo 16, que en su punto 2 refiere que nadie podrá ser obligado a declarar sobre su ideología, religión o creencias, vemos que la opción

de transformar esos registros de objetores en lista de médicos prestadores de la eutanasia, esta según el TC fuera de cuestión por la misma razón. En este aspecto la decisión de nuestro TC es manifiestamente parcial. El TC con este posicionamiento deja entrever que tal vez una lista de médicos prestadores de la eutanasia atente más contra el derecho previsto en el artículo 16.2 que una lista de médicos objetores frente a la eutanasia. Entonces la práctica de la eutanasia puede significar que el que la ejecuta deberá estar más protegido que el que la objeta, por la misma naturaleza del acto practicado.

7. En el caso de la eutanasia, y de acuerdo con la LORE, la objeción de conciencia puede generar problemas de accesibilidad de los pacientes que la reclaman lo que puede conducir a graves consecuencias indeseables en caso de no asistir a lo reclamado, en tiempo y forma previstos en la ley. La accesibilidad del paciente a obtener la realización de la prestación solicitada depende de la correcta individualización de los médicos objetores según la LORE. Una objeción no prevista puede retrasar los timing sucesivos de la prestación y puede desembocar en acontecimientos indeseables como es el suicidio o su tentativa con las consecuentes lesiones más o menos graves para el paciente.

8. Además es esencial que los profesionales sanitarios reciban una formación adecuada sobre la objeción de conciencia a la eutanasia y se les brinde apoyo para que las decisiones éticas tomadas en cada momento, sean buscando un equilibrio entre los derechos de los pacientes y los derechos de los profesionales sanitarios que objetan.

9. Es importante generar un marco legal bien definido que delimite cuidadosamente las distintas formas de asistencia en este último período de la vida, no sólo en relación a la eutanasia, pero también a la sedación terminal, siempre en el mejor interés del paciente y evitando malas prácticas.

10. La necesidad del aumento de los recursos humanos y materiales necesarios para el desarrollo sustentable de una red de cuidados paliativos a nivel nacional, en un sistema nacional de salud gratuito y universal pero crónicamente sub financiado, traduce un desequilibrio en las oportunidades de elección del paciente terminal o incurable, que de forma unilateral se puede decidir por la eutanasia en vez de optar por una muerte igual de digna pero en compañía de sus familiares y con los tratamientos necesarios que evitan el sufrimiento y preservan la dignidad en este periodo de la vida.

La determinación de políticas de cuidados paliativos y de procedimientos claros que aseguren la calidad de los servicios de salud prestados a los pacientes, respetando sus deseos pero también evaluando en profundidad su estado clínico patológico, de forma multidisciplinar, evitarán que sean adoptadas medidas erróneas, prematuramente analizadas e irreversibles, con consecuencias graves para los pacientes, sus familiares y para la sociedad.

11. La clásica relación médico paciente ha quedado fragilizada, pues los pacientes muchos de los cuales mayores y dependientes o discapacitados, desconocen la postura de su médico frente a la eutanasia y temen por su propia vida al no saber la postura de su médico cuando inician su relación con él. Cualquiera persona puede pasar por momentos de depresión, de soledad, de deseo del fin. Tener un médico objetor de conciencia, que puede intentar abrir nuevas puertas en vez de otro, que estando a favor de la eutanasia, no intentara que ese paciente vea la luz al final del túnel que atravesase, en algún momento de su vida.

La relación médico paciente queda debilitada, ya que deja de apoyarse en la mutua confianza. El Estado se interpone en esa relación, como Estado excesivamente protector, decisor e interventor. Es el Estado que siempre debe proporcionar todas las opciones posibles para preservar la vida con dignidad, de acorde con la CE.

12. En última instancia, la objeción de conciencia de los profesionales sanitarios frente a la eutanasia no es un derecho fundamental pero sigue siendo constitucional. Su defensa permite el recurso de amparo y sea un derecho autónomo que no depende de otro derecho para existir y hacerse efectivo, con el cual, el TC permite eximir del cumplimiento de determinados deberes constitucionales o legales por resultar ese cumplimiento contrario a las propias convicciones.

Debe ser un asunto abordado de forma holística, de modo asegurar la prestación solicitada y la mejor asistencia posible a los pacientes que la requieran, sin comprometer los derechos y libertades individuales de los profesionales sanitarios que ejercitan un derecho individual de acorde con su libertad de pensamiento.

La LORE solo debería haber sido decretada a posteriori de haberse logrado una mejora continua de la calidad asistencial del Sistema Nacional de Salud, dotándole de una red de cuidados paliativos eficiente.

Para finalizar, puede considerarse que el Estado no es más laico ni más progresista por apoyar la eutanasia pero al contrario, es un Estado que defiende menos la vida, que no olvidemos es derecho fundamental previsto en el artículo 15 de la CE.

## 8. Referencias bibliográficas

### 1. Bibliografía básica

CAÑAMARES ARRIBAS, S., 2018. Relaciones entre el Estado y las confesiones religiosas en España. Apuntes históricos y regulación actual a la luz de la jurisprudencia del Tribunal Europeo de Derechos Humanos. , vol. 8, no. 1, pp. 19-26. ISSN 2222-9655. DOI 10.35383/ius.v1i1.35.

CAPODIFERRO CUBERO, D., 2017. El tratamiento de la objeción de conciencia en el Consejo de Europa. vol. 22. ISSN 1135-4712. DOI <https://doi.org/10.5209/ILUR.57409>.

GONZÁLEZ SÁNCHEZ, M. *LA OBJECCIÓN DE CONCIENCIA EN LA DOCTRINA ECLESIASTICISTA ESPAÑOLA*. S.I. s.n.

DE LORA, Pablo and GASCÓN, Marina. *Bioética: principios, retos, debates* . Alianza, 2008.

DEBATE, E., 2023. El TC suspende cautelarmente la creación de la agencia madrileña. Disponible en: [https://www.eldebate.com/espana/20230606/tc-suspende-cautelarmente-creacion-agencia-madrilena-apoyo-personas-adultas-discapacidad\\_119658.html](https://www.eldebate.com/espana/20230606/tc-suspende-cautelarmente-creacion-agencia-madrilena-apoyo-personas-adultas-discapacidad_119658.html).

IBÁN PÉREZ, I.C., PRIETO SANCHÍS, L. y MOTILLA DE LA CALLE, A., 2016. *Manual de derecho eclesiástico* S.I. Trotta. ISBN 9788498796629.

IBAÑEZ, A.G.-V., 2009. El ejercicio de la objeciones de conciencia en una sociedad postmoderna, no. 2, pp. 21-71. ISSN 0717-5345.

HUELLEBECQ, M., 2006. *LAS PARTICULAS ELEMENTALES*. BARCELONA: ANAGRAMA. ISBN 9788433967305.

La fundamentación del derecho en Kant Por JOSÉ LÓPEZ HERNÁNDEZ Murcia, pp. 395-406

JUNIO, P. por M.G.S. el 29 y ESTADO, 2022 en *Derecho Eclesiástico del*, 2022. Las comisiones de eutanasia.

La fundamentación del derecho en Kant Por JOSÉ LÓPEZ HERNÁNDEZ Murcia, pp. 395-406

LORENZO DE MEMBIELA, J.B., 2011. *Libertad de conciencia y las manifestaciones del derecho moral Actualidad Administrativa*, N.º 6, Quincena del 16 al 31 Mar. 2011, pág.. 686, tomo 1, Editorial WOLTERS KLUWER

MARTÍNEZ, G.P.-B., 1988. Desobediencia Civil y objeción de conciencia.

MARTÍNEZ-TORRÓN, J., 2015. La objeción de conciencia farmacéutica en la reciente jurisprudencia constitucional española: otra oportunidad perdida. núm. 39, págs. 1-29. ISSN 1696-9669.

NAVARRO-VALLS, R., 2009. Las objeciones de conciencia. , No. 12, págs. 35-50.

NAVARRO-VALLS, R., 1996. Las objeciones de conciencia. S.l.: EUNSA. Ediciones Universidad de Navarra, S.A., pp. 189-218. ISBN 9788431314521.

*OBJECIÓN DE CONCIENCIA Y ESTADO DEMOCRÁTICO* MARÍA JOSÉ CIÁURRIZ Profesora Titular de Derecho Eclesiástico de la Universidad Nacional de Educación a Distancia Madrid. S.l.: s.n.

PERTIERRA, G.S., 2016. *Derecho eclesiástico del Estado* .S.l.: Tirant lo Blanch ISBN 9788491195405.

Ponencia Marco Psoe. Valencia: sn, pp. 283.

RUIZ MIGUEL, A., 2010. Educación para la ciudadanía: entre la neutralidad estatal y la objeción de conciencia, no. 26, pp. 107-146. ISSN 0518-0872.

RAMIRO AVILÉS, M.A., [sin fecha]. *Ética y Medicina*. Madrid: Dykinson. ISBN 978-84-9085-0072-5.

RUIZ, P.D.N.O., 2020. *La proposición española de ley orgánica reguladora de la eutanasia a la luz de la jurisprudencia del Tribunal Europeo de Derechos Humanos (1ª parte)* [en línea]. 2020. Madrid: s.n. VLex.

SÁNCHEZ, I.M. y SÁNCHEZ, M.G., 2009. *Algunas cuestiones controvertidas del ejercicio del derecho fundamental de libertad religiosa en España* [en línea]. Madrid: Fundación Universitaria Española. ISBN 9788473927376.

TASSARA, P.D.D.A.O. Implicaciones biojurídicas clínicas de la objeción de conciencia de los profesionales sanitarios. pp. 1-13. ISSN 9788-493653187.

TASSARA, M.D.A.O., 2014. *Sentencia del Pleno de fecha 25 de septiembre de 2014 dictada en el Recurso de Inconstitucionalidad núm. 825/201*

## 2. Bibliografía complementaria

Victoria Camps Cervera (Presidenta) Carlos Alonso Bedate (Vicepresidente). OPINIÓN DEL COMITÉ DE BIOÉTICA DE ESPAÑA SOBRE LA OBJECIÓN DE CONCIENCIA EN SANIDAD. Comité de Bioética de España.

Texto en español de la resolución 1763 del Consejo de Europa sobre la objeción de conciencia sanitaria, 2010.

CARTA DE OTTAWA PARA LA PROMOCIÓN DE LA SALUD 17-21 de noviembre de 1986 Ottawa (Ontario) Canada OMS

SANIDAD, G. de E.M. de, 24 de marzo. *Manual de Buenas Prácticas en eutanasia*. 24 de marzo. S.l.: s.n.

Situaciones de fin de vida y Convenio Europeo de Derechos Humanos Sentencias del Tribunal Europeo de Derechos Humanos/ Consejo de Europa.

Council of Europe Resolution 1763 (2010) Final version The right to conscientious objection in lawful medical care Parliamentary Assembly

### **3. Normativa citada**

Constitución Española. Cortes Generales «BOE» núm. 311, de 29 de diciembre de 1978 Referencia: BOE-A-1978-31229 .

Ley 48/1984, de 26 de diciembre, reguladora de la objeción de conciencia y de la prestación social sustitutoria. BOE número 311 , de 28 de diciembre de 1984.

Ley 26/1992, de 10 de noviembre. Acuerdo de Cooperación del Estado con la Comisión Islámica de España . BOE-A-1992-24855, 12 de noviembre de 1992.

Ley Orgánica 10/1995, de 23 de noviembre, del Código Penal. Jefatura del Estado «BOE» núm. 281, de 24 de noviembre de 1995 Referencia: BOE-A-1995-25444 .

Ley 41/2002, de 14 de noviembre, básica reguladora de la autonomía del paciente y de derechos y obligaciones en materia de información y documentación clínica BOE 15 Noviembre 2002

Ley 14/2006, de 26 de mayo, sobre técnicas de reproducción humana asistida. Jefatura del Estado BOE núm. 126, de 27 de mayo de 2006

Ley 39/2007, de 19 de noviembre, de la carrera militar BOE 20 Noviembre 2007

Ley Orgánica 3/2010, de 10 de marzo, de modificación de la Ley Orgánica 6/1985, de 1 de julio, del Poder Judicial, y complementaria a la Ley para la ejecución en la Unión Europea de resoluciones judiciales de decomiso por la Comisión de infracciones penales.

Ley Orgánica 3/2018, de 5 de diciembre, de Protección de Datos Personales y garantía de los derechos digitales BOE 6 Diciembre 2018

Ley Orgánica 3/2021, de 24 de marzo, de regulación de la eutanasia BOE 25 Marzo 2021

Ley Orgánica 1/2023, de 28 de febrero, por la que se modifica la Ley Orgánica 2/2010, de 3 de marzo, de salud sexual y reproductiva y de la interrupción voluntaria del embarazo.

Código de Deontología Médica 1999.

Código de Deontología Médica 2011

Código de Deontología Médica, 2022

ESTATUTOS, C., 2004. Código Deontológico del Colegio de Farmacéuticos

Código Deontológico de la Enfermería Española

#### **4. Normativa Internacional**

ASAMBLEA GENERAL EN SU RESOLUCIÓN 217 A (III), de 10 de diciembre de 1948, 1948. Declaración Universal de Derechos Humanos de las Naciones Unidas

CARTA DE LOS DERECHOS FUNDAMENTALES DE LA UNIÓN EUROPEA (2000/C 364/01)

Convención sobre los Derechos de las Personas con Discapacidad . 2008. S.I.

Convenio Europeo de Derechos Humanos Modificado por los Protocolos nos. 11, 14 y 15 completado por el Protocolo adicional y los Protocolos nos. 4, 6, 7, 12, 13 y 16.

#### **5. Jurisprudencia referenciada**

##### **1982**

Tribunal Constitucional, Sala Primera, Sentencia 15/1982 de 23 Abr. 1982, Rec. 205/1981

##### **1985**

Tribunal Constitucional, Pleno, Sentencia 53/1985 de 11 Abr. 1985, Rec. 800/1983

##### **1987**

Tribunal Constitucional, Pleno, Sentencia 160/1987 de 27 Oct. 1987, Rec. 263/1985

Tribunal Constitucional, Pleno, Sentencia 161/1987 de 27 Oct. 1987, Rec. 34/1986

##### **1995**

Tribunal Constitucional, Sala Primera, Sentencia 139/1995 de 26 Sep. 1995, Rec. 83/1994

##### **2000**

Tribunal Constitucional, Sala Segunda, Sentencia 141/2000 de 29 May. 2000, Rec. 4233/1996

##### **2002**

Tribunal Constitucional, Pleno, Sentencia 154/2002 de 18 Jul. 2002, Rec. 3468/1997

##### **2009**

Tribunal Constitucional, Pleno, Sentencia 155/2009 de 25 Jun. 2009, Rec. 7329/2008

**2014**

Tribunal Constitucional, Pleno, Sentencia 151/2014 de 25 Sept. 2014, Rec.825/2011

**2015**

Tribunal Constitucional, Pleno, Sentencia 145/2015 de 25 Jun. 2015, Proc. 412/2012

**2023**

Tribunal Constitucional, Pleno, Sentencia 19/2023 de 22 Mar. 2023, Rec. 4057/2021

**2022**

Audiencia Provincial de Tarragona, Auto 641/2022, de 04 de agosto de 2022

**Tribunal Europeo de Derechos Humanos**

European Court of Human Rights , Sentencia [GS] de 21 de enero de 2011, Haas contra Suiza, 31322/07

European Court of Human Rights, Sentencia [GS] de 29 de abril de 2002, *Pretty contra United Kingdom*, 2346/02

European Court of Human Rights, Sentencia [GS] de 19 de julio de 2012, Koch contra Alemania, 497/09

European Court of Human Rights, Sentencia [GS] de 30 de septiembre de 2014, Gross contra Suiza, 67810/10

European Court of Human Rights Sentencia [GS] de 25 de junio de 2015 [rectificada], Lambert y otros contra Francia, 46043/14

## 9. Listado de abreviaturas

CCAA	Comunidades Autónomas
CDFUE	Carta de Derechos Fundamentales de la Unión Europea
CE	Constitución Española
CEDH	Convenio Europeo de Derechos Humanos
DALY	Disabilty Adjusted Life Years
DNI	Documento Nacional de Identidad
DUDH	Declaración Universal de Derechos Humanos
LO	Ley Orgánica
LORE	Ley Orgánica 3/2021, de 24 de marzo, de Regulación de la Eutanasia
LOTIC	Ley Orgánica del Tribunal Constitucional
ONU	Organización de las Naciones Unidas
STC	Sentencia del Tribunal Constitucional
STS	Sentencia del Tribunal Supremo
TC	Tribunal Constitucional
TEDH	Tribunal Europeo de Derechos Humanos
TS	Tribunal Supremo
UE	Unión Europea



En este trabajo abordamos una cuestión envuelta en polémica, apenas a 2 años de la publicación de la nueva Ley de la Regulación de la Eutanasia, publicada en junio de 2021, que cambia radicalmente la penalidad de un asunto sensible a nivel social, político y cultural.

Envuelta en polémica por tratarse de una ley sin una excesiva demanda social al contrario de lo que consta en su preámbulo.

El preámbulo de la ley, apela a la dignidad de la persona y a la autonomía del paciente, principio indispensable en la relación médico paciente: se restringe a los casos con sufrimiento insoportable e involucra a profesionales sanitarios obligados a actuar, a colocar su nombre en registros de objetores de conciencia creados por las Administraciones Públicas y a sufrir la exclusión obligada a participar en las comisiones de garantía previstas en la ley.

