

LA OBJECCIÓN DE CONCIENCIA EN LAS CIENCIAS DE LA SALUD

EDUARDO GARCÍA PEREGRÍN

Algunas de las situaciones posibles

En un artículo anterior señalábamos que una de las conquistas más importantes de la ética moderna es el reconocimiento pleno del derecho a la objeción de conciencia¹. Sin embargo, en el campo de las profesiones sanitarias, esto que parece tan claro y tan sencillo puede no resultarlo en la práctica, bien por la falta de una adecuada regulación o bien por la violación de ese derecho por medios sutiles como pueden ser las represalias de tipo socio-profesional, etc. Como ya decíamos, tiene carácter pacífico y no violento; su fundamento no es político y su intención es dar testimonio frente a conductas que el objetor considera inadmisibles o perversas, aunque pueden estar socialmente permitidas. Con esta objeción de conciencia, el profesional sanitario no pretende cambiar la situación política, legal o social del momento, sino simplemente trata de no tener que realizar ciertas acciones que son contrarias a los dictados de su conciencia, sin que por ello tenga que sufrir discriminaciones o renunciar a ciertos derechos.

La falta de una adecuada legislación en muchos de los temas sanitarios hace que quizás no sean muchas las situaciones en que estos profesionales puedan oponer en sentido estricto objeción de conciencia. Sin duda alguna, la situación que más suena en el ambiente de la calle es la objeción de conciencia frente al aborto provocado, pero también podríamos citar la reproducción asistida y cualquier otra práctica en la que se produce destrucción de embriones, la eutanasia y la ayuda médica al suicidio, la suspensión de tratamientos médicos, la alimentación forzada a huelguistas de hambre, la actuación en temas relacionados con la moderna biotecnología, etc. etc. Lógicamente, la variedad es tan

¹ Cf. E. GARCÍA PEREGRÍN, *Aspectos éticos y jurídicos de la objeción de conciencia*: Proyección 43 (1996) 95.

extensa que su tratamiento y su misma práctica resultan claramente diferentes, por lo que no pueden ser tratados ni con la misma amplitud ni con la misma base científica en un trabajo como el presente.

Objeción de conciencia frente al aborto

La mayor parte de las consideraciones las haremos sobre la objeción de conciencia frente al aborto, y más concretamente, frente al aborto despenalizado, por ser la situación más regulada desde el punto de vista legal. Aunque por lo que llevamos dicho, la objeción de conciencia debería ser un derecho plenamente reconocido y especificado, este caso es todavía objeto de discusión, de manera que en muchas ocasiones los objetores han sufrido y siguen sufriendo discriminaciones más o menos claras por parte de grupos sociales de diferente signo e incluso de ciertos sectores sanitarios².

En relación con la objeción de conciencia sanitaria frente al aborto, tal como está regulado en la actualidad, no existe en España una legislación específica, si bien es muy importante recordar la Sentencia del Tribunal Constitucional 53/1985 de 11 de Abril de 1985 en respuesta al recurso de inconstitucionalidad planteado a la Ley Orgánica de Reforma del art. 417 bis del Código Penal que abría al cauce jurídico al aborto. En el punto 14 de los Fundamentos jurídicos de dicha sentencia se alude a la objeción de conciencia en los siguientes términos:

«...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»³.

Algunos autores van mucho más lejos al considerar que ante los casos de despenalización del aborto, tal como hasta ahora está considerado, no se puede hablar en sentido estricto de objeción de conciencia⁴. En efecto, la objeción de conciencia tutela el derecho a no participar en un acto objetivamente justo por

² G. HERRANZ, *La objeción de conciencia de las profesiones sanitarias*: Scripta Theologica 27 (1995) 545-563.

³ Sobre el significado de esta sentencia pueden verse, entre otros: R. NAVARRO VALLS, *La objeción de conciencia al aborto: Derecho comparado y derecho español*: Anuario de derecho Eclesiástico del Estado 2 (1986) 257-310; G. ESCOBAR ROCA, *La objeción de conciencia en la Constitución Española*, Madrid 1993, 378-396; A. LÓPEZ MORENO, C.M. GARCÍA MIRANDA, J.A. SEOANE RODRÍGUEZ, *La estimación jurídica en la sentencia del Tribunal Constitucional sobre el aborto (STC 53/1985, de 11 de Abril)*: Cuadernos de Bioética 17-18 (1994) 38-48.

⁴ D. VOLTAS BARÓ, *Objeción de conciencia*: Cuadernos de Bioética 2 (1990) 40-45.

parte de una persona que subjetivamente lo considera injusto. Pero ahora no se trata de eso. El aborto, como tal, sigue tipificado como delito, aunque en determinados supuestos no se penalice. Pero —siempre según esos autores— hay que dejar bien claro que no penalizar no es lo mismo que legalizar. No penalizar un robo en determinadas circunstancias no significa que deba o que pueda robarse con plena impunidad social. El hecho de que un delito no esté penalizado no obliga a cometerlo, y ni siquiera se podría decir que la ley lo permite, sino que no lo castiga. Estos autores creen que no existe el derecho al aborto por parte de la mujer embarazada ni un deber de practicarlo por parte del médico. La ley no manda y ni siquiera autoriza los abortos; simplemente no los castiga en algunos casos. Por eso no cabría hablar de «abortos legales» sino de «abortos no punibles». Incluso, el Tribunal Constitucional sigue reconociendo la necesidad de tutelar la vida del «nasciturus», que no puede considerarse como una malformación o como un agente patógeno para la madre.

El Anteproyecto de Ley de Interrupción Voluntaria del Embarazo que el gobierno envió a las Cortes en 1994 levantó una seria oposición en varios colectivos médicos, puesto que contiene una amenaza difusa a los médicos especialistas en Obstetricia y Ginecología que, por razones de conciencia, se abstuvieran de la práctica del aborto. Concretamente, en su art. 3 sobre «Prestación de asistencia por el personal médico y sanitario» propone lo siguiente:

«En el caso de que la práctica de interrupción del embarazo fuera urgente por existir riesgo vital para la gestante, todo médico especialista en Ginecología y Obstetricia integrado en un centro sanitario de carácter público o privado, así como todo el personal de enfermería y auxiliar, estarán obligados a prestar a la embarazada la asistencia que sea necesaria para salvar su vida, sin que pudieran aducirse razones de conciencia para eximirse de la responsabilidad en que pudieran incurrir a título de denegación de auxilio».

La principal objeción a ese texto se hace porque se considera que se invade el campo de las decisiones técnicas del médico cuando decide que la práctica de la interrupción del embarazo no sólo puede ser urgente por existir riesgo vital para la gestante sino que incluso se impone de modo obligatorio como única solución técnica y, por lo tanto, éticamente inobjetable. La Junta Directiva de la Sociedad Española de Obstetricia y Ginecología pide que la objeción de conciencia sea regulada mediante una ley orgánica, tal como en su día propuso el Tribunal Constitucional. Según esta Sociedad, existe consenso en la casi totalidad de los especialistas de que ese texto colisiona con el derecho a la objeción de conciencia, y piden una nueva redacción de ese artículo de manera que el médico no resulte incriminado por objetar en la realización de los

supuestos que quedan despenalizados⁵. Por su parte, la Organización Médica Colegial se ha comprometido a defender con firmeza y sin concesiones la objeción de conciencia de los médicos⁶.

Muchos profesionales médicos se han mostrado contrarios al anteproyecto mencionados por varios motivos, entre ellos, el de que se pone en peligro su objeción de conciencia. Así, Jerónimo Aizpiri, Vicepresidente de la Comisión Deontológica de la OMC subraya que «este principio de intervención, aún a riesgo del feto, en caso de necesidad, jamás se ha cuestionado por los profesionales. Me temo —continúa— que el interés del gobierno en insistir en este punto no es sino el comienzo de un proceso para negar al médico la objeción de conciencia en casos de simple aborto consentido». Por su parte, José Zamarriego, ex presidente de la Sociedad Española de Ginecología, explicaba que «no se puede limitar la objeción porque es un derecho constitucional irrenunciable, aunque creo —decía— que se respetará porque está reconocido por las Naciones Unidas y el Parlamento Europeo». Además se quejaba de que «a nosotros no se nos ha consultado en los tres años que llevo al frente de la sociedad: ni un informe, ni siquiera una petición»⁷.

De acuerdo con este estado de cosas, quizás resulte interesante estudiar o repasar la doctrina deontológica vigente en España. Así, el art. 27.1 del Código de Ética y Deontología Médica declara que «es conforme a la Deontología que el médico, por razón de sus convicciones éticas o científicas, se abstenga de la práctica del aborto... Siempre respetará la libertad de las personas interesadas en buscar la opinión de otros médicos»⁸. Esta norma protectora expresa el compromiso institucional de proteger la independencia profesional de los médicos, en su doble vertiente ética y científica. Lo que está muy claro es que, desde el punto de vista deontológico, la objeción de conciencia no puede ser un capricho o una postura táctica y cambiante, oportunista; ha de tener una base sólida de razones éticas y criterios profesionales. No puede admitirse bajo ningún concepto la velada acusación de que hay médicos que presentan objeción de conciencia frente al aborto en centros públicos y lo realizan en centros privados. Ya en 1991, José Fornes, Presidente de la Organización Médica Colegial, declaró que «si hubiera constancia de médicos que, en la práctica de abortos, se acogen a la objeción de conciencia en la sanidad pública y no en la

⁵ Cf. los informes de I. BARREDA, *La objeción de conciencia debe regularse a través de ley orgánica*, Diario Médico, 16-9-1994 y *La SEGO propone un texto legal alternativo para proteger la objeción de conciencia frente al aborto*, Diario Médico, 14-9-1994.

⁶ *La OMC, dispuesta a ir al Constitucional para defender la objeción de conciencia*, Diario Médico, 1-7-1994.

⁷ Cf. Diario Médico, 30-6-1994.

⁸ *Código de Ética y Deontología Médica*, Organización Médica Colegial, Madrid 1990.

privada, iríamos contra ellos con toda la fuerza de la legalidad»⁹. Por otra parte, siempre debe procurarse que el trabajo se distribuya de tal forma respecto a la objeción de conciencia que no se produzcan situaciones ni de privilegio ni de castigo para los objetores o los no-objetores.

¿Qué ocurre en otros países? Es difícil resumir las normas deontológicas sobre la objeción de conciencia en las profesiones sanitarias, ya que varían de un país a otro en virtud a su reconocimiento o no como derecho y, sobre todo, a su cumplimiento dentro y fuera de los colegios o corporaciones profesionales. Algunos códigos de deontología médica silencian totalmente el tema, dando a entender que la normativa legal elimina la necesidad de una regulación deontológica. Tal es el caso de USA. Sin embargo, el American College of Physicians establece que «el médico que objeta al aborto por razones morales, religiosas o éticas no tiene por qué verse implicado ni en la oferta de consejos al paciente ni en la participación en el procedimiento quirúrgico»¹⁰.

La situación más frecuente es que en los códigos de deontología se incluya un artículo que proclame el derecho del médico a rechazar su participación en determinadas intervenciones y que señala la conducta que el médico ha de seguir cuando objeta. Así ocurre en distintos países de nuestro entorno, como Alemania, Bélgica, Francia, Italia y Portugal. En los Principios de Ética Médica Europea, de 1987, que pretenden ser el término de referencia para las normas deontológicas y legales que en el futuro se establezcan en los países de la Unión Europea, se establece en su art. 17 que «es conforme a la ética médica que el médico, en razón a sus propias convicciones, rehúse intervenir en los procesos de reproducción o en los casos de interrupción de la gestación o de aborto». Por último, la Asociación Médica Mundial, en su declaración de Oslo de 1985 decía: «Si un médico estima que sus convicciones no le permiten aconsejar o practicar un aborto, él puede retirarse siempre que garantice que un colega calificado continuará dando asistencia médica».

En una situación parecida, aunque no tan bien estructurada, se encuentra la regulación deontológica en las profesiones de enfermería y farmacia. Concretamente, el art. 22 del Código Deontológico de la Enfermería Española, de 1989¹¹, dice:

«De conformidad con lo dispuesto en el Art. 16.1 de la Constitución Española, la Enfermera/o tiene, en el ejercicio de su profesión, el derecho a la objeción de

⁹ Citado de «La Voz de Galicia» en: Cuadernos de Bioética 4 (1991) 14-15.

¹⁰ *American College of Physicians Ethics Manual*: American College of Physicians, *Annals of Internal Medicine* 117 (1992) 947-960.

¹¹ *Código Deontológico de la Enfermería Española*, Organización colegial de enfermería, Madrid 1989. Ver comentarios en nota 1 y en P. FERNÁNDEZ, *Código ético de enfermería*: Cuadernos de Bioética 20 (1994) 341-345.

conciencia que deberá ser debidamente explicitado ante cada caso concreto. El Consejo General y los Colegios velarán para que ninguna/o enfermera/o pueda sufrir discriminación o perjuicio a causa del uso de ese derecho».

Por su parte, el Código de la Real Academia de Farmacia, que se preparó en 1991 y que no vio la luz, propugnaba en su art. 52 que «el farmacéutico podrá negarse, en conciencia, a dispensar cualquier tipo de fármaco o utensilios, si tiene indicios racionales de que serán utilizados para atentar contra la salud de alguna persona o la propia vida humana»¹². No es este el momento de extendernos en consideraciones sobre este intento de Código de Deontología Farmacéutica; tan solo merece la pena mencionar que, para algunos autores, en lo que se refiere a la dispensación de ciertos medicamentos no se podría hablar de objeción de conciencia, ya que sólo hay obligación legal de tener en todo momento en la farmacia una relación de productos muy concretos que podrían calificarse como de urgencia (el llamado «petitorio»), entre los que no se encuentran los medicamentos polémicos en cuanto a la objeción de conciencia¹³.

Como antes insinuábamos, a un médico objetor frente al aborto puede no resultarle muy difícil rechazar su práctica con un doble argumento: uno ético (se lesiona el respeto máximo a la vida humana) y otro científico (no es la única solución frente a los problemas médicos, de tal manera que nunca puede ser obligatorio). El argumento ético puede oponerse a las indicaciones legales propuestas para la despenalización del aborto: riesgo de vida, malformación fetal, gestación como consecuencia de violación, e incluso, el cuarto supuesto, necesidad socioeconómica. El argumento científico-profesional también puede aplicarse al aborto «terapéutico» y al aborto «eugénico». En el primero de ellos, porque se considera que la vida y la salud de la madre están amenazadas en caso de continuar la gestación hasta que el feto sea viable. Sin embargo, dados los avances científicos sobre las enfermedades que puedan poner en grave riesgo la vida de la mujer gestante, prácticamente ningún médico puede verse obligado a aceptar que el aborto sea el tratamiento de elección. Con otras palabras, actualmente se considera que, sin necesidad de invocar la objeción moral, el médico puede rechazar el aborto terapéutico basándose en criterios estrictamente científicos porque en las recientes monografías sobre el tratamiento de las enfermedades médicas de la mujer gestante o de las situaciones críticas, no aparece ninguna referencia al aborto terapéutico, o se cita sólo como posible

¹² *Código Deontológico Farmacéutico*, Real Academia de Farmacia, Madrid 1991.

¹³ Cf. J. MELGAR RIOL, *Objeción de conciencia y Farmacia*: Cuadernos de Bioética 14 (1993) 37-47.

alternativa para una única y excepcional circunstancia: la amenaza de ruptura del aneurisma disecante de aorta en el síndrome de Marfan.

En cuanto al aborto eugénico, la negativa del médico a su práctica se justifica en el respeto específicamente médico a la vida deficiente: el no-nacido enfermo tiene la plena condición de paciente. Así, el art. 25.2 del Código de Ética y Deontología Médica dice:

«Al ser humano embriofetal enfermo se le debe tratar de acuerdo con las mismas directrices éticas, incluido el consentimiento informado de los progenitores, que inspiran el diagnóstico, la prevención, la terapéutica y la investigación aplicadas a los demás pacientes».

El médico no puede convertirse en un agente de lo que se ha llamado «tiranía de la normalidad»: para él, todas las vidas deben ser igualmente dignas de respeto.

A pesar de todo lo que llevamos expuesto, la opinión pública mundial y muchos organismos oficiales siguen divididos en torno a la objeción de conciencia sanitaria. En Alemania, se produjo en 1987 una fuerte polémica cuando en la ciudad de Nüremberg se convocaron dos plazas de Jefes de Servicio para dirigir la Clínica Ginecológica del Hospital Municipal, en cuya convocatoria se exigía «además de las ordinarias cualificaciones profesionales, la disponibilidad de los candidatos a realizar operaciones de aborto en el marco de las disposiciones legales». La convocatoria tuvo que ser retirada por orden del Ministerio del Interior y del Tribunal Administrativo del Estado Libre de Baviera. En España, a falta de una legislación adecuada, se considera en general que la convocatoria de plazas en la que se exija como requisito indispensable para el acceso la renuncia al ejercicio fundamental a la libertad ideológica puede ir contra el art. 14 de la Constitución, por el que todos los españoles somos iguales ante la ley sin que se puedan establecer discriminaciones por razón de religión u opinión, derecho a la igualdad que tiene su traducción en el derecho fundamental a acceder en condiciones de igualdad a las funciones y cargos públicos.

Algo parecido se puede decir de las relaciones entre el médico y los que desempeñan a su lado funciones auxiliares: el médico respetará y tendrá en cuenta las opiniones de sus colaboradores no médicos acerca del cuidado de los enfermos, aun siendo diferentes de las propias. El respeto ético debido a enfermeras y auxiliares implica el respeto a su libertad, a su autonomía moral y a su competencia profesional. Por ello, nadie debería ser excluido del derecho a objetar.

Objeción de conciencia frente a la reproducción asistida.

Este es un tema muy relacionado con el anterior, ya que la mayoría de las situaciones en que un sanitario puede objetar están relacionadas con el aborto en

su sentido más amplio: manejo y congelación de embriones, consideración de embrión o del preembrión como ser vivo, etc.

Sin pretender entrar en detalles de los métodos, técnicas, tipos, etc., la regulación legal de la reproducción asistida es diferente en los diferentes países. Así, existe un primer grupo de países en los que existe legislación específica sobre técnicas de reproducción asistida y/o experimentación embrionaria. Entre estos países se encuentra España, con la Ley 35/1988 sobre «Técnicas de Reproducción Asistida», publicada en el B.O.E. de 24 de Noviembre de 1988. En situación semejante se encuentran Suecia, Dinamarca, Noruega, Alemania e Inglaterra, entre otros países. Un segundo grupo lo constituyen aquellos países en que existen medidas legales (Decreto Ley o Normativa) que reglamentan aspectos generales, sobre todo de tipo administrativo, de las técnicas de reproducción asistida, especialmente la inseminación artificial. Entre estos, podemos citar a Portugal, Austria, Bélgica, Holanda, Francia, en la mayoría de los cuales existen ya proposiciones de ley en estudio. Un tercer grupo lo constituyen algunos países que se rigen por lo que llaman recomendaciones de tipo médico-ético emitidas por asociaciones profesionales, como es el caso de Irlanda y de Suiza, si bien en algunos cantones suizos sí existen normativas legales con carácter obligatorio¹⁴.

Las técnicas y los campos de aplicación de las mismas contemplados por estas leyes son distintos en los diferentes países. Donde más problemas pueden encontrarse es en la donación y crioconservación de embriones así como en la experimentación embrionaria. Sólo la ley noruega prohíbe de forma expresa la donación de embriones, permitiendo en cambio su crioconservación durante un período no superior a los 12 meses y con el fin de ser transferidos. España e Inglaterra aceptan la congelación y donación de embriones de forma expresa. En ambas legislaciones, el período durante el cual podrán ser mantenidos congelados los embriones no ha de ser superior a 5 años.

Respecto a la experimentación con embriones humanos es importante señalar que aquellas legislaciones que respetan la vida humana desde la fecundación prohíben, de forma coherente, la experimentación embrionaria en un sentido amplio. Este es el caso de Alemania, Noruega y Dinamarca. Sin embargo, España e Inglaterra consideran en sus legislaciones que la vida humana comienza a partir del día 14 de la fecundación. La ley española otorga el estatuto biológico al embrión humano a partir de esa fecha, es decir, cuando ha finalizado la implantación del óvulo fecundado. En el preámbulo de la ley se define el

¹⁴ M. VEGA, J. VEGA y P. MARTÍNEZ BAZA, *Regulación de la reproducción asistida en el ámbito europeo. Derecho comparado: Cuadernos de Bioética* 2 (1995) 45-56.

término preembrión como aquella fase del desarrollo embrionario que va desde la fecundación hasta los 14 días¹⁵.

Nuestra ley prohíbe la creación de embriones mediante fecundación in vitro con fines de investigación, pero acepta la experimentación, tanto terapéutica como no terapéutica, con embriones hasta los 14 días de vida (preembriones), previo consentimiento de la pareja de la que proceden y bajo ciertas condiciones: si son embriones viables, sólo se autorizará la investigación con carácter diagnóstico y con fines terapéuticos y siempre que no se modifique el patrimonio genético no patológico. No obstante, existen serias dudas sobre la posibilidad de una investigación terapéutica en embriones humanos de esa naturaleza y en las condiciones señaladas, ya que normalmente eso conllevará no su curación sino su eliminación, lo que sería semejante al «aborto terapéutico». La ley inglesa autoriza también la investigación con embriones in vitro hasta los 14 días, con los mismos fines o si está encaminada al avance en el control de la natalidad. En Suecia ocurre algo semejante, pero bajo la regulación de normas éticas, no legales.

Estrechamente relacionado con el problema de la experimentación embrionaria se encuentra el de la congelación de los embriones. La creación de bancos de embriones congelados permite que si de la primera transferencia no se obtiene el embarazo, se proceda a una segunda sin necesidad de someter a la paciente a una nueva laparoscopia. Esto puede dar lugar, como ya ha ocurrido, a la gestación de mellizos en una mujer con más de año y medio de diferencia en sus fechas de nacimiento, usando embriones de la misma procedencia. A la congelación se le ven ciertas ventajas; así, un número excesivo de embriones no tiene por qué ser transferido inmediatamente a la madre, porque se transfieren sólo aquellos que van a dar lugar como máximo a un embarazo triple, y porque el resto permite ser usado si han fallado las primeras transferencias. Sin embargo, los números cantan: ya en 1985, de los 11000 embriones humanos creados en Francia, sólo 800 prosperaron en embarazos; el resto fue destruido. Recordemos de nuevo, a este respecto, la fecha de la Ley Española: 1988. En ella se dice que no pueden mantenerse congelados más de 5 años; ya han pasado cerca de 8 años. ¿Qué ha sido de esos embriones congelados? La Ley de 1988 establecía que en el plazo de 6 meses se crearía una comisión nacional de expertos para abordar las cuestiones más controvertidas relacionadas con estas técnicas, así como la puesta en marcha de un registro nacional de reproducción asistida, que actualmente no existen. Este vacío legal está creando serios problemas a los centros especializados.

¹⁵ Cf. *Ley 35/1988 sobre técnicas de reproducción asistida*, B.O.E. 24-11-1988, pp. 33373-33378.

Por otra parte, para muchos autores la propia congelación de embriones supone una cierta interrupción del proceso vital de un ser humano que nadie tiene el derecho de interrumpir, máxime teniendo en cuenta que bastante proporción de ellos se pierden de manera normal durante el proceso de congelación-descongelación. Si la vida humana comienza en el momento de la fecundación, no hay nada que justifique la interrupción de las funciones vitales del embrión mediante su congelación.

En muchos países europeos, la actitud de respeto frente al embrión humano en sus legislaciones nace de aceptar que la vida humana comienza desde la fecundación. Por lo tanto, bajo ninguna circunstancia puede aprobarse la utilización de la vida humana con un fin instrumental, aunque ese fin sea tan loable como el avance de la ciencia, y menos aun si se produce daño o destrucción del embrión. No obstante, si se otorga el estatuto biológico al embrión humano a partir del día 14 después de la fecundación, como es el caso de la legislación española, basándose en observaciones discutibles desde el punto de vista científico, el embrión quedará en una situación de indefensión desde el punto de vista jurídico.

Por lo tanto, para aquellas personas que consideren que la vida humana surge a partir de la fecundación, la objeción de conciencia en este tema debe mantenerse a toda costa. Todas las consideraciones que se pudieran hacer sobre la legitimidad de los procedimientos empleados no pueden desplazar de la conciencia personal la responsabilidad que la toma de postura conlleva, sobre todo cuando se trata de valores tan importantes para nuestra civilización como el de la vida y la dignidad humana. No siempre que estamos ante un avance científico, su empleo es correcto. De aquí que estos temas atañen en conciencia a todos los ciudadanos.

Objeción de conciencia frente a la eutanasia.

De una manera general, podemos afirmar que la eutanasia activa no está hoy legalizada en ninguno de los países del mundo. Una Declaración de la Federación Médica Mundial en 1987 rechazaba expresamente la eutanasia activa. Sin embargo, existe la particularidad del caso holandés: tras 20 años de polémica, los diputados holandeses llegaron a un acuerdo para despenalizar la eutanasia en determinadas circunstancias. La nueva Ley de 1993 sanciona una situación que de hecho se ha dado en Holanda durante los últimos tiempos: la eutanasia seguirá siendo un delito castigado con hasta 12 años de cárcel, pero estará ampliamente tolerada. La Ley holandesa prevé tres casos de conducta no punible: poner fin a la vida de un paciente a petición de éste; la cooperación al suicidio y la eutanasia en enfermos que no pueden prestar su consentimiento, en cuyo caso la decisión podrá ser tomada por los familiares o, en su defecto, por

los médicos, con lo que desaparece el requisito de la voluntad del paciente que hasta ahora se consideraba el límite de la eutanasia.

En España, el antiguo Código Penal no mencionaba el término eutanasia pero en su art. 409 consideraba delito la inducción al suicidio, basándose en que el art. 15 de la Constitución establece que «todos tienen derecho a la vida», por lo que el ser humano próximo a la muerte estará incluido en ese «todos», sin que nadie tenga derecho a eliminar una vida, aunque sea la propia. Sin embargo, en la nueva redacción se regula la conducta eutanásica, estableciéndose unas penas que se consideran por muchos como desproporcionadamente leves y casi ridículas en comparación con el homicidio, la inducción al suicidio, etc., lo cual puede contribuir a que se vaya creando en nuestra sociedad una mentalidad completamente permisiva frente a la eutanasia.

De cualquier modo, el tema de la eutanasia está todavía sometido a una amplia discusión en varios de sus aspectos. La casi totalidad de los sistemas jurídicos conciben a la vida como un derecho absoluto que la legislación tiene que defender, incluso contra la misma voluntad del interesado. La 44 Asamblea Médica Mundial hizo en septiembre de 1992 una Declaración según la cual el suicidio con ayuda médica, como la eutanasia, es contrario a la ética y debe ser condenado por la profesión médica. Cuando el médico —seguía diciendo— ayuda intencional y deliberadamente a la persona a poner fin a su vida, entonces actúa contra la ética. Sin embargo, el derecho a morir con dignidad se defiende hoy como uno más de los que el hombre puede exigir.

La objeción de conciencia frente a la eutanasia activa por motivos religiosos puede presentarse y así hay que aceptarla. Para la Iglesia Católica¹⁶, jamás es lícito matar a un paciente ni siquiera para no verle sufrir, aunque él lo pidiera expresamente. No obstante, no hay que confundir esta doctrina con el llamado «ensañamiento terapéutico»: la propia Iglesia Católica ha mostrado claramente en varios documentos su rechazo a la aplicación de tratamientos desproporcionados así como a la prolongación abusiva e irracional del proceso de morir. El verdadero problema frente a la eutanasia estriba en la capacidad o incapacidad de nuestra sociedad para darle sentido a la vida de los ancianos y enfermos terminales, en lo que representa el valor «calidad de vida» frente al valor «vida». Recordemos una vez más la fuerte defensa de la vida, incluso en estados de precariedad o cuando está seriamente amenazada, que ha hecho Juan Pablo II en la encíclica «*Evangelium vitae*». Según el Papa, estamos ante una «cultura de la muerte», que avanza en las sociedades del bienestar caracterizadas por una

¹⁶ Sagrada Congregación para la Doctrina de la Fe: *Declaración sobre la eutanasia*, 5-5-1980; Comisión Episcopal Española para la Doctrina de la Fe: *Nota sobre la eutanasia*, 15-4-1986; Conferencia Episcopal Española: *La eutanasia: 100 cuestiones y respuestas sobre la defensa de la vida humana y la actitud de los católicos*, 14-2-1993.

mentalidad eficientista que presenta el creciente número de personas ancianas y debilitadas como algo demasiado gravoso e insoportable, apreciando la vida sólo cuando da placer y bienestar¹⁷.

Objeción de conciencia frente a ciertos temas de la Genética Moderna.

En principio, la objeción de conciencia de los profesionales de la salud en estos temas puede presentarse especialmente en el campo de la investigación, más que en el de la práctica diaria. Sin embargo, cada vez se pueden presentar con mayor frecuencia situaciones en las que habrá que aplicar lo que la conciencia dicte, aunque esas situaciones no estén reguladas legalmente.

En el campo de la Ingeniería Genética, existen diversas «Recomendaciones» del Consejo de Europa en las que, reconociendo la libertad fundamental de la ciencia y de la investigación, recuerdan que los art. 2 y 3 de la Carta de los Derechos Humanos «implican el derecho a heredar las características genéticas sin haber sido cambiadas artificialmente», lo que significa el rechazo de la terapia génica germinal y de las manipulaciones humanas perfectiva y eugénica. En el mismo sentido se manifiesta la Ley de Reproducción Asistida de 1988 en España, donde además se condena la selección de sexo o la manipulación genética con fines no terapéuticos o terapéuticos no aprobados, el intercambio genético humano o la recombinación con otras especies para la producción de híbridos.

La importancia de la nueva Biotecnología y, más concretamente, del llamado «Proyecto Genoma Humano» rebasa con mucho los límites de este trabajo¹⁸. Sin embargo, sus resultados pueden conducir al llamado «hombre de cristal» u «hombre transparente»: el ser humano puede quedar expuesto en su intimidad biológica más profunda —sus genes— a los ojos de los científicos o de intereses completamente ajenos a ellos. Las consecuencias de estos avances pueden ser múltiples. Por limitarme a las más probables, la mejora de las técnicas de diagnóstico prenatal permitirá conocer con anterioridad al nacimiento muchas anomalías que se presentarán en etapas posteriores de la vida. Hoy se habla ya de una nueva «Medicina genómica», que tendrá enormes capacidades

¹⁷ JUAN PABLO II, Carta encíclica *Evangelium vitae* 1995, nº 64.

¹⁸ La problemática ética y jurídica respecto a estos temas está siendo muy estudiada en los últimos años. Entre otros, pueden verse: AA.VV., *Proyecto Genoma Humano: Ética*, Fundación BBV, Bilbao 1991; J. GAFO, *Problemas éticos de la manipulación genética*, Paulinas, Madrid 1992; G. J. ANNAS Y S. ELIAS (eds.), *Gene mapping. Using law and ethics as guides*, Oxford University Press, New York 1992; J. GAFO (ed.), *Ética y Biotecnología*, UPC, Madrid 1993; AA.VV., *El Derecho ante el Proyecto Genoma Humano*, I-II, Fundación BBV, Bilbao 1994; E. GARCÍA PEREGRÍN, *La clonación a distintos niveles: un problema científico y ético*: *Proyección* 41 (1994) 123-134; M. MORENO MUÑOZ, *Implicaciones éticas, sociales y legales al proyecto «Genoma Humano»*: *Proyección* 42 (1995) 179-200.

diagnósticas y pronósticas, pero muy reducidas facilidades terapéuticas. El problema ético se plantea porque, ya con una cierta frecuencia, se pide un diagnóstico prenatal con intención de interrumpir el embarazo en la hipótesis de un resultado positivo, basándose en la legislación existente sobre la despenalización del aborto. Todo lo dicho en su momento sobre el aborto podría aplicarse en este caso concreto, ya que nos encontraríamos en un primer paso de un proceso en el que el médico puede no querer colaborar, por lo que la objeción de conciencia podría también invocarse para la realización de estas pruebas.

Otra situación distinta es el diagnóstico preconcepcivo, es decir, realizado antes de la concepción. Es uno de los casos más frecuentes del llamado «consejo genético» —que también puede ampliarse al caso anterior—. El llamado «screening genético» o «cribado genético» se está extendiendo con una enorme rapidez en los países con un nivel sanitario y tecnológico elevado¹⁹. La posible obligatoriedad con que pueda aplicarse —cosa que hasta el momento parece descartarse— presenta nuevos problemas éticos. Aparte de las consecuencias vinculadas con la eugenesia, podríamos mencionar la repercusión de la información genética sobre las relaciones laborales, es decir, el derecho a la no contratación de personas predispuestas a sufrir en un futuro ciertas enfermedades. Nuestra Constitución establece la no discriminación «por cualquier otra condición o circunstancia personal o social»²⁰, así como «el derecho a la intimidad personal y familiar»²¹, consideraciones que también son reconocidas en la Ley General de Sanidad de 1986. El Estatuto de los Trabajadores referido al derecho de los trabajadores en la relación de trabajo²², indica que «tampoco podrán ser discriminados por razón de disminuciones físicas, psíquicas y sensoriales, siempre que se hallaren en condiciones de aptitud para desempeñar el trabajo o empleo de que se trate», y en la letra e) del mismo art. reconoce el derecho «al respeto de su intimidad y a la consideración debida a su dignidad». De acuerdo con ello, hay quien considera que los intentos de las empresas de realizar sondeos genéticos sobre sus trabajadores estarían prohibidos en la medida que supongan una intromisión en su intimidad²³.

Algo parecido se puede decir del establecimiento de seguros. Las compañías de seguros se han dado cuenta que el análisis genómico de sus futuros clientes puede ser de gran importancia para concertar un seguro de vida o de enfermedad en determinadas condiciones, o incluso rechazarlo.

¹⁹ J. M. CARRERA (ed.), *Diagnóstico prenatal*, Salvat, Barcelona 1987; J. GAFO, *o.c.*, 1993.

²⁰ Art. 14.

²¹ Art. 18.1.

²² Ley 8/1980 de 10 de Marzo, en el art. 4.2,c.

²³ Cf. J. GAFO, *o.c.*, 1993 y M. MORENO MUÑOZ, *o.c.*, 1995. Ver también: N. G. COOPER, *The Human Genome Project: Deciphering the Blueprint of Heredity*, Mill Valley, California 1994.

El análisis de los genes puede utilizarse también para determinar la paternidad o la comisión de un delito en un proceso civil o penal. En el primer caso, el Tribunal Constitucional ha indicado que estas pruebas no pueden realizarse de forma obligatoria contra la voluntad del afectado, sin perjuicio de que esa negativa se pueda tomar como un indicio de la paternidad. En el mismo sentido se pronunció el Tribunal Supremo en sus sentencias de 14-7-88 y 28-5-90. En cuanto al uso del DNA en las pruebas jurídicas, se presentan varios e importantes problemas aparte de los relacionados con el carácter obligatorio o no de los mismos. Existe una cierta tendencia en Europa a considerar que estas pruebas no son completamente defendibles por las fuentes de error no controlable que todavía presentan en la práctica forense, por lo que se cree necesaria una mayor discusión científica hasta encontrar un estándar aceptable²⁴.

Como vemos, el conocimiento de la secuencia del genoma humano y su mapeo tendrá interés no sólo teórico por conocer la base biológica del ser humano, sino que tendrá enormes consecuencias para el desarrollo de la medicina y de la biología a la vez que plantea una problemática legal y ética de una enorme complejidad, en la que se verán implicados, tarde o temprano, los profesionales de la salud.

A modo de conclusión

En general, los profesionales sanitarios suelen estar de acuerdo en todo aquello que conduce a proteger y recuperar la salud. No obstante, en la práctica pueden presentarse situaciones en que alguien puede negarse a seguir una conducta admitida por la ley, porque experimenta hacia esos temas una profunda discrepancia ética, de tal modo que su cumplimiento le llevaría a traicionar o a destruir la propia conciencia o incluso a un grave quebranto de su propia dignidad como persona humana. Ese rechazo a la ley o a lo mandado es lo que hemos considerado como objeción de conciencia.

Sin embargo, continúan produciéndose choques entre las modernas leyes más permisivas y la tradición ética de estas profesiones, entre conductas que se creen «liberadas» y las que se basan en convicciones morales profundas, etc. Incluso la opinión pública está claramente dividida en muchos de los temas tratados. Esta disparidad de criterios no es en sí misma mala. El problema aparece en toda su gravedad cuando se toman decisiones injustas y discriminatorias contra los objetores. Aunque pueda parecer contradictorio, la intolerancia a la objeción de conciencia se da en naciones que se tienen por muy liberales y avanzadas en la promoción de los derechos civiles.

²⁴ Cf. J. GAFO, *o.c.*, 1993 y M. MORENO MUÑOZ, *o.c.*, 1995. Ver también: D. J. BALDING y P. DONNELLY, *How convincing is DNA evidence?*: Nature 368 (1994) 285-286.

Cada vez, estamos más convencidos de que la dimensión ética es imprescindible en toda actividad humana. En una sociedad tan pluralista y compleja como la actual, debería existir un criterio ético fundamental centrado en la dignidad de la persona humana y en la búsqueda de su bien integral, así como en el respeto a los seres humanos que vendrán después de nosotros que tienen el derecho a recibir un mundo en el que puedan vivir y desarrollarse dignamente. La llamada «ética de la responsabilidad», frente a tantos bienes, valores e intereses contrapuestos de nuestra sociedad, tiene que ir implantándose paulatinamente. Esa debe ser la base para una reflexión profunda que sirva a los profesionales de la salud para decidir libremente los valores que cada cual considera prioritarios en su vida, los cuales condicionarán su comportamiento profesional y contra los que no pueden ejercerse presiones ni discriminaciones que pueden llevar consigo una grave desconsideración hacia su propia dignidad como persona humana.

EDUARDO GARCÍA PEREGRÍN