

La objeción de conciencia en el ámbito sanitario. Fundamentación y Limitaciones

Autor/a: M.^a Victoria Lojo Vicente

Tesis doctoral UDC / Año 2022

Director/a: José Antonio Seoane Rodríguez

Codirectora : M.^a del Carmen Garcimartín Montero

Tutor/a: Wenceslao J. González Fernández

Programa Oficial de Doutoramento en Sociedade do Coñecemento:
Novas perspectivas en Documentación, Comunicación e Humanidades



UNIVERSIDADE DA CORUÑA



UNIVERSIDADE DA CORUÑA

He recibido la Tesis Doctoral realizada por María Victoria Lojo Vicente, que lleva por título “La objeción de conciencia en el ámbito sanitario. Fundamentos y limitaciones”.

Como Tutor suyo en el Programa de Doctorado “Sociedad del Conocimiento: Nuevas perspectivas en Documentación, Comunicación y Humanidades”, informo favorablemente para el depósito y la defensa, según lo establecido en el artículo 34 del Reglamento de los Estudios de Doctorado de la Universidad de A Coruña.

Todo lo cual comunico a los efectos oportunos.

Ferrol, 8 de octubre de 2022

**GONZALEZ FERNANDEZ
WENCESLAO JOSE -**

Digitally signed by GONZALEZ
FERNANDEZ WENCESLAO JOSE -
Date: 2022.10.08 18:11:05 +02'00'

Fdo.: Wenceslao J. González

Catedrático de Universidad

Informe de los directores de la tesis doctoral

El Dr. José Antonio Seoane Rodríguez y la Dra. María del Carmen Garcimartín Montero

Informan de que

D^a María Victoria Lojo Vicente ha realizado bajo nuestra supervisión y dirección el trabajo de investigación titulado *La objeción de conciencia en el ámbito sanitario: fundamentos y limitaciones*.

Este trabajo reúne las condiciones necesarias de originalidad y rigor científico para ser defendido públicamente y optar al grado de Doctor.

Y para que conste a los efectos oportunos, firman este documento en A Coruña a 27 de septiembre de 2022.

Fdo.: José Antonio Seoane Rodríguez

María del Carmen Garcimartín Montero

Código Seguro De Verificación	1EGKdIVjUiaRIunTQnNFNw==	Estado	Data e hora
Asinado Por	José Antonio Seoane Rodríguez	Asinado	27/09/2022 12:38:56
	María del Carmen Garcimartín Montero	Asinado	27/09/2022 12:35:28
Observacións	Codirector da TD Victoria Lojo	Páxina	1/1
Url De Verificación	https://sede.udc.gal/services/validation/1EGKdIVjUiaRIunTQnNFNw==		
Normativa	Este informe ten o carácter de copia electrónica auténtica con validez e eficacia administrativa de ORIGINAL (art. 27 Lei 39/2015).		



AGRADECIMIENTOS

Sería más que injusto presentar este trabajo sin mencionar a todas las personas y entidades que lo han hecho posible.

En primer lugar, al Profesor Dr. Xosé Antonio Seoane Rodríguez, Catedrático de Filosofía del Derecho de la Universidad de La Coruña, que aceptó amablemente, la dirección de esta tesis y que en todo momento me ha prestado su colaboración y ayuda para la realización de la misma, a pesar de sus innumerables compromisos laborales y con la bioética; su inestimable entusiasmo en la posibilidad de llevar a término el proyecto, sus minuciosas correcciones y aportaciones las cuales le han dotado de un gran rigor científico además de los ánimos manifestados en innumerables ocasiones.

A la Profesora Dra. M^a del Carmen Garcimartín Montero, Catedrática de Derecho Eclesiástico del Estado de la Universidad de La Coruña, codirectora de esta tesis, por su apoyo en todo el proceso de redacción y corrección de este trabajo y cuyas aportaciones me alejaron, acertadamente, de la contudencia planteada en los primeros momentos.

También quiero manifestarle mi agradecimiento al tutor, Wenceslao J. Gonzalez, en quien personifico mi gratitud al Programa Oficial de Doutoramento en Sociedade do Coñecemento: Novas perspectivas en Documentación, Comunicación e Humanidade, por haber tenido en cuenta mi petición de cambio en la dirección de la tesis, sin lo cual esta tesis no hubiese llegado a su fin.

A las bibliotecas Central y de la Facultad de Económicas de la Universidad de Vigo y a la biblioteca de la Escuela Universitaria de Enfermería del Hospital Meixoeiro, por las horas de estudio en las mismas. También a la biblioteca del Área Sanitaria de Vigo y especialmente a su directora, D^a Yolanda Sanmartín Reinoso, por su ayuda en la localización de la bibliografía citada en esta tesis.

A los profesores y personal auxiliar de la Escuela Universitaria de Enfermería del Hospital Meixoeiro, por su apoyo moral.

Al Comité de Bioética Asistencial del Complejo Hospitalario de Vigo y al Consello Galego de Bioética, a los que tengo el honor de pertenecer, por su estímulo constante que me ha impulsado en el estudio e investigación en la disciplina Bioética.

A todos ellos mi más profundo agradecimiento.

RESUMEN

El deber de preservar y proteger el derecho del individuo a formar libremente su conciencia se conoce como libertad de conciencia y es una libertad frente al Estado que los poderes públicos tienen el deber de reconocer y garantizar.

La objeción de conciencia se plantea como consecuencia de un conflicto entre la norma jurídica y alguna norma moral, en el que el sujeto es relevado del deber de obediencia.

La Ley Orgánica 2/2010, de 3 de marzo, de salud sexual y reproductiva y de la interrupción voluntaria del embarazo, reconoce el derecho a ejercer la objeción de conciencia a todo profesional directamente implicado en la interrupción del mismo. Mucho más recientemente la Ley Orgánica 3/2021, de 24 de marzo, de regulación de la eutanasia también reconoce el derecho a la objeción de conciencia de los profesionales sanitarios directamente implicados.

El objetivo planteado es intentar dar respuesta a las preguntas que surgen y marcan una forma de actuar de la enfermería, y visibilizar la importancia de las decisiones morales de sus actuaciones, como agentes morales conscientes, libres y responsables, para no usar la objeción de conciencia de un modo inapropiado, ya que están en juego los derechos de otras personas.

Palabras clave: libertad de conciencia, objeción de conciencia, enfermería, deontología, jurisprudencia.

RESUMO

O deber de preservar e protexer o dereito do individuo a formar libremente a súa conciencia coñécese como liberdade de conciencia, é unha liberdade fronte ao Estado que os poderes públicos teñen o deber de recoñecer e garantir.

A obxección de conciencia presentase como consecuencia dun conflito entre a norma xurídica e algunha norma moral, no que o suxeito é relevado do deber de obediencia.

A Ley Orgánica 2/2010, de 3 de marzo, de saúde sexual e reprodutiva e da interrupción voluntaria do embarazo, recoñece o dereito a exercer a obxección de conciencia a todo profesional directamente implicado na interrupción do mesmo. Moito mais recentemente a Ley Orgánica 3/2021, de 24 de marzo, de regulación da eutanasia tamén recoñece o dereito á obxección de conciencia dos profesionais sanitarios directamente implicados.

O obxectivo formulado é intentar dar resposta ás preguntas que xorden e marcan unha forma de actuar da enfermería, e facer visíbeis a importancia das decisións morais das súas actuacións, como axentes morais conscientes, libres e responsables, para non usar a obxección de conciencia de un modo inadecuado, xa que están en xogo os dereitos de outras persoas.

Palabras clave: liberdade de conciencia, obxección de conciencia, enfermería, deontoloxía, xurisprudencia.

ABSTRACT

The duty to preserve and protect the right of the individual to freely form his own conscience is known as “freedom of conscience” and is a freedom before the State that the public authorities have the duty to recognize and guarantee.

Conscientious objection arises because of a conflict between the legal norm and some moral norm, in which the subject is relieved of the duty of obedience.

Organic Law 2/2010, of 3 March, on sexual and reproductive health and the voluntary interruption of pregnancy, recognizes the right of conscientious objection for all professionals directly involved in terminating pregnancy. Much more recently, Organic Law 3/2021, of March 24, regulating euthanasia, also recognizes the right of conscientious objection for those health professionals who are directly involved.

The aim is to answer the questions that arise and establish a protocol for nursing, and to highlight the importance of the moral decisions of their actions, as conscious, free and responsible moral agents, to avoid using conscientious objection in an inappropriate, way since the rights of other people are at stake.

Keywords: freedom of conscience, nursing, deontology, jurisprudence.

INTRODUCCIÓN

La presente investigación doctoral cuenta con un recorrido que comienza con el planteamiento de analizar la objeción de conciencia en el ámbito sanitario. Después de unos años de estudio y de trabajo, diversas circunstancias me llevan a tomar la decisión de abandonar el proyecto. Cuando esa idea ya se había instalado en mi mente y ya sólo necesitaba informar a la escuela de doctorado de mi decisión, en una despedida, que más que despedida fue bienvenida por el resultado final, coincido con José Antonio Seoane, que había sido mi profesor en el máster de bioética. A medida que iba transcurriendo el tiempo en el evento me venía a la cabeza la idea, cada vez más recurrente, de que quizá él querría ser el director y retomar el proyecto. Cuando me atreví a comentárselo la acogida no pudo ser más gratificante para mí: lo aceptaba y empezamos a trabajar en ello, comenzando por modificar el enfoque y restringirlo al ámbito de la enfermería. Al poco tiempo, se incorporó también Carmen Garcimartín Montero y así fue posible llegar al final del recorrido con la presentación de este trabajo enfocado en la objeción de conciencia en la profesión enfermera.

En el antiguo modelo de relación clínica no había ni podía haber objeción de conciencia, sino mera actuación en conciencia del profesional. La relación entre el profesional y el paciente era una relación vertical autoritaria o paternalista su lema “todo por el paciente pero sin el paciente” suponía que la opinión del paciente apenas existía y de existir, carecía de relevancia. Este profesional no necesitaba objetar, su actuación en conciencia se apoyaba en los valores profesionales o deontológicos que servían para justificar sus obligaciones profesionales y legitimar su conducta. Al producirse el cambio en la relación asistencial, en el que los derechos de los pacientes comienzan a ser reconocidos, se produce una horizontalización y democratización de la relación. Los profesionales, como el resto de la ciudadanía, cuentan con valores personales, pero también obligaciones profesionales, éticas y jurídicas que son definidas colectivamente y no de forma individual por cada profesional.

Los avances biomédicos, la creciente diversidad cultural y el surgimiento de nuevos conflictos entre la conciencia y la ley, además de la innegable actualidad del tema, acompañada en España por la aparición de recientes deberes jurídicos, como la legalización de la eutanasia, hacen necesaria la búsqueda de un equilibrio entre los derechos de los profesionales y los de los ciudadanos.

El objetivo planteado en este estudio es intentar dar respuesta a las preguntas que surgen y marcan una forma de actuar de la profesión enfermera, además de visibilizar la importancia de las decisiones morales de sus actuaciones como agentes morales conscientes, libres y responsables, para no ejercer la objeción de conciencia de un modo inapropiado ya que están en juego los derechos de otras personas.

La objeción de conciencia es un fenómeno moderno que solamente puede existir en sociedades plurales y diversas en valores. Dichas sociedades asumen el compromiso político de tratar a los individuos como agentes morales y respetar el valor de su conciencia. Se trata de un concepto vinculado generalmente al servicio militar y a la participación en la guerra. La primera vez que puede constatarse el uso de la expresión “objeción de conciencia” fue en la *British Vaccination Act* de 1898 que establecía una cláusula de conciencia para permitir exenciones a la vacunación obligatoria de la viruela. Este deber de preservar y proteger el derecho del individuo a formar libremente su conciencia, como el de actuar conforme a sus dictados morales o religiosos, se conoce como libertad de conciencia y es una libertad frente al Estado. Está compuesta por un abanico de derechos individuales que los poderes públicos tienen el deber de reconocer y garantizar.

La objeción de conciencia se plantea, por lo tanto, como consecuencia de un conflicto entre la norma jurídica y alguna norma moral, en el que el sujeto es relevado del deber de obediencia. El proceso histórico de la objeción de conciencia hasta su integración en los vigentes ordenamientos jurídico-positivos como derecho humano fundamental parte, en este sentido, de los antecedentes históricos de raíz religiosa presentes en la “desobediencia civil”.

En el proceso de secularización de amplios ámbitos de la sociedad civil europea, sobre todo del siglo XVIII, en el contexto de la imposición a toda la ciudadanía del deber de servir a la Nación en las Fuerzas Armadas, se produce, a todo lo largo del siglo XIX, un desarrollo de motivaciones no estrictamente religiosas, sino meramente éticas, humanitarias y pacifistas. Aunque, es la Primera Guerra Mundial la que le propina un impulso a favor de la paz y, más concretamente a la objeción de conciencia, especialmente en el Reino Unido y en los Países Bajos. Posteriormente, la Segunda Guerra Mundial hace que rebrote, en la Iglesia Católica, la actitud de lucha por la paz y

de tutela de quienes formulan la objeción de conciencia. A partir de este momento son varios los Estados que recogen y tutelan, mediante normas legales, el derecho a la objeción de conciencia, más en concreto al servicio militar.

Para que se dé la objeción de conciencia en el ámbito sanitario es necesario que exista un deber jurídico dirigido directamente a los profesionales, teniendo en cuenta la continua exigencia de adaptación, tanto ética como jurídica, definidas colectiva y socialmente. No es suficiente que aparezca un problema de conciencia que puede resolverse con arreglo a la *lex artis*, dentro del margen de maniobra que su profesionalidad le permite; en estos casos al haber libertad de decisión, no hay deber jurídico y, por lo tanto, no hay objeción. Parece, por tanto, pertinente distinguir entre situaciones que pueden resultar angustiantes o incómodas para el profesional, como la reticencia moral profesional y la angustia moral, de lo que podría ser una objeción de conciencia.

El primer reconocimiento de derechos sanitarios en España tuvo lugar en 1986 con la Ley 14/1986 General de Sanidad, de 25 de abril, aunque la objeción de conciencia no aparece reflejada. No es hasta el año 2010 cuando es reconocida legislativamente por la Ley Orgánica 2/2010, de 3 de marzo, de salud sexual y reproductiva e interrupción voluntaria del embarazo que, en su Exposición de Motivos, la define como el intento materializado de adecuación de la legislación española al “consenso de la comunidad internacional en esta materia”. En su artículo 19.2 reconoce el derecho a ejercer la objeción de conciencia a todo profesional, directamente implicado en la interrupción voluntaria del embarazo, sin que el acceso y la calidad asistencial de la prestación puedan resultar menoscabados por el ejercicio de la misma. Mucho más recientemente la Ley Orgánica 3/2021, de 24 de marzo de regulación de la eutanasia reconoce también el derecho a la objeción de conciencia de los profesionales sanitarios directamente implicados (artículo 16), la cual, también deberá manifestarse anticipadamente y por escrito.

Además, en España la objeción de conciencia viene expresamente recogida en el Código Deontológico de la Enfermería Española del año 1988 y en el Código de Deontología Médica de la Organización Médica Colegial de España del año 2011.

Por su parte, el Tribunal Constitucional, a través de distintas sentencias desarrolladas en dos fases diferentes, consideraba, en la primera fase, la objeción de

conciencia como un derecho fundamental (STC 15/1982 y STC 53/1985), y en la segunda fase rechazaba tal posibilidad (STC 160 y STC 161/1987).

En la objeción de conciencia se pueden distinguirse dos tipos: la clásica o en sentido negativo que consiste en una omisión ante un deber legal, abstenerse de hacer, este incumplimiento del objetor no impide que la persona usuaria ejerza su derecho mediante la actuación de otros profesionales. Y la objeción de conciencia positiva en la que el profesional pretende realizar una conducta prohibida por la ley. Se consideran falsas objeciones de conciencia las que el sujeto considera erróneamente que está objetando (seudo-objeciones), las que el sujeto actúa como si objetara, pero en realidad no lo hace (cripto-objeciones) y las objeciones de conveniencia, fundadas en cualquier tipo de convicciones. En ambos casos ha de destacarse que la objeción de conciencia supone el ejercicio de un derecho personalísimo como el de libertad de conciencia; por lo tanto, la objeción colectiva o institucional no está reconocida.

La profesión enfermera es una profesión centrada en el cuidado de las personas como agentes morales conscientes, libres y responsables. Los supuestos donde puede darse la objeción de conciencia son los relacionados con el inicio de la vida (interrupción voluntaria del embarazo, anticoncepción y reproducción asistida) y los relacionados con el final de la vida (prestación de ayuda para morir).

El primer capítulo de esta tesis está dedicado precisamente a la evolución histórica de la enfermería como profesión de cuidados. Para ello, se ha realizado un recorrido por las distintas etapas del cuidado que dan idea de las distintas orientaciones del proceso de identidad profesional hasta llegar a la construcción de la profesión enfermera. Estas etapas van desde la preprofesional, dividida entre la tradición oral y la tradición escrita, hasta la profesional, que abarca desde la reducción del cuidado a la aplicación de técnicas hasta llegar a la profesión enfermera, en la que se definen una serie de características importantes para su posterior desarrollo, como la preocupación por la calidad de vida, la subordinación a la medicina, la diversificación de la oferta, el asociacionismo y finalmente la integración de los estudios en la Universidad, sin olvidar la influencia del género, a lo largo de los siglos, en la profesión. Lo anterior se completa, por último, con un recorrido por la evolución de la enfermería en España hasta la adquisición del nivel de grado y las publicaciones científicas de la disciplina.

El segundo capítulo se adentra en el marco conceptual de la objeción de conciencia partiendo de la libertad de conciencia, cuestión de vital importancia para su reconocimiento. Se realiza un acercamiento al concepto de objeción de conciencia con distintas definiciones, según los distintos actores mencionados. En este capítulo también se consideró necesario distinguirla de otras situaciones de conflicto de alcance general, como la desobediencia civil, y con otras situaciones de conflicto relacionadas con la profesión enfermera, como son la angustia moral y la reticencia moral profesional. El capítulo finaliza con un análisis de su fundamentación, sus elementos (sujetos y objeto) y sus tipos distinguiendo las denominadas falsas objeciones de conciencia de la objeción de conciencia auténtica.

En el tercer capítulo se expone el panorama normativo de la objeción de conciencia. Comienza con un breve recorrido desde la deontología a los códigos deontológicos pasando por la codificación ética en España, adentrándose posteriormente en la deontología de las profesiones sanitarias, médica y enfermera, en lo referido a la objeción de conciencia. Continúa con la objeción de conciencia en el ámbito nacional, con referencia al primer reconocimiento de derechos sanitarios en España que tuvo lugar en 1986 con la Ley 14/1986 General de Sanidad, de 25 de abril, aunque la objeción de conciencia no aparece reflejada. No es hasta el año 2010 cuando es reconocida por una ley, en este caso, la Ley Orgánica de salud sexual y reproductiva e interrupción voluntaria del embarazo y posteriormente por la Ley Orgánica 3/2021, de 24 de marzo de regulación de la eutanasia, las cuales reconocen el derecho a la objeción de conciencia de los profesionales sanitarios directamente implicados.

Este capítulo también examina la evolución de la jurisprudencia del Tribunal Constitucional. La STC 15/1982, de 23 de abril, abordó por primera vez la objeción de conciencia al resolver un recurso de amparo contra la denegación de una prórroga al servicio militar que se había solicitado alegando objeción de conciencia por motivos personales y éticos. La STC 53/1985, de 11 de abril, afirma que la objeción de conciencia es “parte del contenido del derecho fundamental a la libertad ideológica y religiosa”, y precisamente por ello establece que el derecho a la objeción de conciencia “existe y puede ser ejercido” con independencia de que el legislador lo haya reconocido o no. Un par de años después cambia la orientación jurisprudencial con la STC 160/1987, de 27 de octubre, en la que se desestima el recurso de inconstitucionalidad interpuesto

por el Defensor del Pueblo contra la totalidad de la Ley 48/1984, de 26 de diciembre, reguladora de la objeción de conciencia y de la prestación social sustitutoria, por no tener la categoría de rango normativo de Ley Orgánica y contra la Ley Orgánica 8/1984, y con la STC 161/1987, de 27 de octubre, que se encuadra en el mismo contexto que la anterior y afirma igualmente la inconstitucionalidad de la mencionada Ley 48/1984, de 26 de diciembre. Posteriormente la STC 151/2014, de 25 de septiembre, estudia el recurso de inconstitucionalidad por la que se crea el registro de profesionales objetores, en relación con la interrupción voluntaria del embarazo, considerando que vulnera los derechos a la libertad ideológica y a la intimidad. Finalmente, la STC 145/2015, de 25 de junio, resuelve la demanda de amparo planteada frente a la sanción impuesta al recurrente como consecuencia de que su oficina de farmacia careciese de existencias de preservativos y del medicamento conocido como “píldora del día después”. Termina el capítulo con una breve mención al reconocimiento de la objeción de conciencia a nivel internacional en distintos pactos, cartas y declaraciones: la Declaración Universal de los Derechos Humanos, de 10 de diciembre de 1948, el Pacto Internacional de Derechos civiles y Políticos, de 16 de diciembre de 1966, la Carta de derechos fundamentales de la Unión Europea, etc.

El cuarto capítulo se centra en la profesión enfermera y la objeción de conciencia y ofrece una descripción y una reflexión novedosas sobre el alcance y la justificación de la objeción de conciencia del personal de enfermería. Parte de una visión general del tema en la relación asistencial y presenta las concepciones o modelos teóricos más destacados, que van desde los dos modelos extremos: absolutismo de la conciencia, que postula que la conciencia es lo prioritario, y el incompatibilismo, que sostiene que la objeción de conciencia es incompatible con las obligaciones profesionales, hasta el modelo intermedio, la acomodación que pretende respetar todos los valores en conflicto. Además, este capítulo incluye propuestas de posibles soluciones combinando aportaciones de los modelos expuestos anteriormente.

A continuación, se identifican los principales supuestos donde puede darse la objeción de conciencia en la profesión enfermera, relacionados con el comienzo y el final de la vida. Se analiza el papel de la enfermera según la función que desempeñe, en relación al tratamiento que le da a la objeción de conciencia el código deontológico, las distintas leyes que se manifiestan específicamente sobre la objeción de conciencia (

la Ley Orgánica 2/2010, de 3 de marzo, de salud sexual y reproductiva y de la interrupción voluntaria del embarazo y la Ley Orgánica 3/2021, de 24 de marzo, de regulación de la eutanasia) y la jurisprudencia, y se apuntan las posibles soluciones a la resolución del conflicto no sólo desde la perspectiva legal, teniendo en cuenta que las labores informativas y de acceso que puedan conllevar cualquiera de estos dos procesos no deben estar amparados por la objeción de conciencia.

La investigación finaliza con las conclusiones y las referencias bibliográficas y normativas manejadas en la misma.

ÍNDICE

AGRADECIMIENTOS.....	i
RESUMEN/RESUMO/ABSTRACT	ii
INTRODUCCIÓN	v
CAPITULO I. LA ENFERMERÍA COMO PROFESIÓN DE CUIDADOS.....	1
1. La naturaleza de los cuidados	3
2. Etapas de los cuidados	6
2.1. Etapa preprofesional.....	6
2.1.1. La tradición oral.....	7
2.1.2. La tradición escrita	10
2.2. Etapa profesional	18
2.2.1. La reducción del cuidado a la aplicación de técnicas	21
2.2.2. La profesión enfermera	25
3. Características de la etapa profesional enfermera	27
4. La influencia del género en la profesión enfermera	32
5. La enfermería en España.....	36
CAPITULO II. LA OBJECCIÓN DE CONCIENCIA: MARCO CONCEPTUAL	45
1. La libertad de conciencia.....	47
2. La objeción de conciencia	54
2.1 Concepto de objeción de conciencia	56
2.2. Otras situaciones de conflicto diferentes de la objeción de conciencia	60
2.2.1. La desobediencia civil.....	60
2.2.2. Situaciones relacionadas con la profesión enfermera.....	62
2.2.2.1 Reticencia moral profesional	62
2.2.2.2. Angustia moral.....	63
2.3. Fundamentación de la objeción de conciencia.....	66
2.4 Elementos de la objeción de conciencia	68
2.4.1. Objeto de la objeción de conciencia	70
2.4.2. Sujeto de la objeción de conciencia	70
2.5. Tipos de objeción de conciencia	72
CAPÍTULO III. LA OBJECCIÓN DE CONCIENCIA: MARCO NORMATIVO.....	75
1. La objeción de conciencia desde la perspectiva deontológica	77
1.2. De la Deontología a los códigos deontológicos profesionales.....	78
1.3. La codificación ética en España.....	80
1.4. La objeción de conciencia en la deontología de las profesiones sanitarias.....	83

2. La objeción de conciencia desde la perspectiva jurídica	88
2.1. Ámbito nacional	89
2.1.1. Sentencia del Tribunal Constitucional 15/1982 de 23 de abril	93
2.1.2. Sentencia del Tribunal Constitucional 53/1985 de 11 abril	94
2.1.3. Sentencia del Tribunal Constitucional 160/1987 de 27 de octubre	97
2.1.4. Sentencia del Tribunal Constitucional 161/1987 de 27 de octubre	100
2.1.5. Sentencia del Tribunal Constitucional 151/2014, de 25 de septiembre	102
2.1.6. Sentencia del Tribunal Constitucional 145/2015 de 25 de junio	105
2.2. Ámbito internacional	108
CAPÍTULO IV. LA PROFESIÓN ENFERMERA Y LA OBJECCIÓN DE CONCIENCIA	111
1. La objeción de conciencia en la relación asistencial	113
1.1. Modelos más destacados de relación clínica	115
1.1.1. El Absolutismo de la conciencia	115
1.1.2. El Incompatibilismo	117
1.1.3. La Acomodación	120
1.1.4. Propuestas de posibles soluciones a los modelos expuestos anteriormente: ...	122
2. La objeción de conciencia en las profesiones sanitarias.....	123
2.1.- Supuestos donde puede darse la objeción de conciencia en la profesión enferm. .	125
2.1.1. Objeciones relacionadas con el comienzo de la vida	127
2.1.1.1. Interrupción voluntaria del embarazo (IVE).....	128
2.1.1.2. Anticoncepción	133
2.1.1.3. Reproducción asistida	136
2.1.2. Objeciones relacionadas con el final de la vida.....	139
2.1.2.1. Prestación de ayuda para morir.....	141
CONCLUSIONES	151
REFERENCIAS.....	155

CAPITULO I
LA ENFERMERÍA COMO PROFESIÓN DE CUIDADOS

1. La naturaleza de los cuidados

El concepto de ayuda a los demás se encuentra presente desde el inicio de la civilización. Los cuidados a las personas han existido desde la aparición de la humanidad, ya que por su fragilidad el ser humano necesitó siempre la ayuda de sus semejantes. Estos cuidados, que se pierden en la memoria de la existencia humana, fueron variando conceptualmente a medida que lo hacía el contexto sociocultural, al igual que la salud y la enfermedad lo hacían, condicionadas por valores, creencias, cultura, economía y otros factores sociales¹.

Cuidar significa ayudar a las personas enfermas a evitar o aliviar el dolor y el sufrimiento, siempre que sea posible, para poder seguir adelante con sus vidas. En conjunto, puede definirse como todo lo que hacemos directamente para ayudar a las personas a satisfacer sus necesidades biológicas, a desarrollar o mantener sus capacidades básicas y a evitar el dolor y el sufrimiento innecesario o no deseado, de modo que puedan sobrevivir, desarrollarse y funcionar en la sociedad.

Esta definición de cuidado evita los sesgos culturales, raciales y de otro tipo. No identifica ningún requisito específico sobre cómo debe realizarse, sino que se centra en los objetivos generales del mismo. Debe reconocerse que las prácticas del cuidado varían entre los diferentes grupos pero las diferencias en las formas del mismo son relativamente triviales en comparación con sus elementos estructurales comunes.

Lo que no parece siempre necesario para un cuidado eficaz es el apoyo emocional. Esta afirmación parece desligarse de la idea de que las relaciones afectivas son inherentes a las prácticas de cuidado. Y, según mi criterio, legitima el cuidado profesional en el que la responsabilidad, y no la implicación emocional, jugaría un importante papel. Solamente se tiene la obligación moral de cuidar de los demás en los casos en que las personas no puedan satisfacer sus necesidades por sí mismas, se identifica el cuidado como un deber moral básico que todas las personas y pueblos deben, por lo menos, equilibrar con sus otros objetivos y valores.

¹ García Martín-Caro, C., Martínez Martín M.L., *Historia de la Enfermería. Evolución histórica del cuidado enfermero*, Madrid, Harcourt, 2001, p. 9.

La importancia moral del cuidado proviene de sentir o mostrar preocupación por los seres vivos, especialmente por los humanos. El cuidado también puede definirse como una virtud o una práctica. Cuando se define como una virtud, se centra en los trazos internos, disposición o motivaciones de la persona que cuida, es decir, cuando se tiene la intención y la disposición adecuada para hacer el bien. Por el contrario, cuando se define como una práctica, se centra en las acciones externas de la persona y sus consecuencias. La mayoría de los teóricos recientes del cuidado apoyaron las definiciones basadas en la práctica del cuidado en lugar de las definiciones basadas en la virtud, aunque llegaron a acuerdos sobre cuales debería ser las virtudes fundamentales, en la atención, como práctica:

1ª) la atención o “percepción moral”, definida como la sensibilidad a las situaciones que requieren una respuesta moral que implica la capacidad de anticiparse a las necesidades adicionales que puede tener una persona

2ª) la capacidad de respuesta, como el compromiso con los demás, para discernir la naturaleza precisa de sus necesidades y controlar sus respuestas al cuidado.

3ª) el respeto o reconocimiento de que los demás son dignos de nuestra atención, que no son seres menores sólo porque tienen necesidades que no pueden satisfacer por sí mismos.

A pesar de la importancia del cuidado para la sociedad y para la vida humana, los filósofos occidentales le prestaron poca atención, tratándola generalmente como una actividad sub-moral y pre-política. Aristóteles argumenta que la sustancia principal de la moral y de la política está fuera de esta actividad. Del mismo modo, los liberales modernos, desde John Locke hasta John Rawls, relegan el cuidado a la esfera personal, la consideran una responsabilidad privada fuera del alcance adecuado de unos principios generales de justicia en la sociedad². Conviene destacar que este desinterés no se daba en relación con la medicina, la cual tuvo una poderosa

² Engster, D., *The heart of justice: care ethics and political theory*, Oxford, Oxford University Press, 2007, pp. 1- 62.

influencia de Aristóteles (384-322 antes de nuestra era), en especial gracias a su obra investigadora, así como a sus ideas metodológicas y éticas³.

Por el contrario, desde su formulación en 1982 el enfoque de la ética del cuidado ha sido ampliamente desarrollado por un gran número de filósofos, siendo considerado, hoy en día, el enfoque alternativo más potente en cuestiones morales⁴.

Por el contrario, Carol Gilligan y Nel Noddings sentaron las bases de la ética de los cuidados, argumentando que el cuidado representa un modo único de relacionarse con los demás y de resolver problemas morales.

En los últimos años, las teorías feministas sostienen que las prácticas del cuidado merecen la atención de cualquier teoría de la justicia social ya que son una condición para la actividad económica, por lo que las tradicionales distinciones entre “trabajo productivo” e “improductivo” tienen poco sentido, ya que la producción de mercancías crea bienes que pueden ser intercambiados y consumidos, y el cuidado tiene como principal objetivo sostener y desarrollar a los seres humanos.

Nuestro deber de cuidar a los demás deriva, en última instancia, de nuestra naturaleza como criaturas dependientes que necesitan el cuidado para sobrevivir, desarrollarse y funcionar. Este tipo de dependencia se puede apuntalar y argumentar en la idea de que “el trabajo del cuidado crea una deuda colectiva o social”⁵, que obliga a cada uno de nosotros a ayudar y apoyar las actividades de cuidado.

Nuestro deseo de supervivencia y funcionamiento hace del cuidado de los demás necesitados, un objetivo moral inscrito en el tejido mismo de nuestra existencia. Por lo que cuidar de los demás es una moral básica mínima que debemos a todos los individuos en virtud de nuestra naturaleza⁶.

³ López Piñero, J.M., *Medicina, Historia, Sociedad*, Barcelona, Ariel 1969³, pp. 21-22.

⁴ Held, V., “The Ethics of Care as Normative Guidance: Comment on Gilligan”, *Journal of Social Philosophy* 45/1, (2014), pp. 107-115.

⁵ Engster, D., *The heart of justice: care ethics and political theory*, Oxford, Oxford University Press, 2007, p. 44

⁶ Engster, D., *The heart of justice: care ethics and political theory*, Oxford, Oxford University Press, 2007, pp. 65- 156.

2. Etapas de los cuidados

La historia de la enfermería y, por tanto, de los cuidados cuenta con dos momentos:

1) Etapa preprofesional, que abarca desde las culturas antiguas hasta finales del siglo XIX.

2) Etapa profesional, que arranca en el siglo XIX y se inicia a principios del siglo XX con la aparición de programas formativos, que propician el gran desarrollo de un cuerpo propio de conocimientos teóricos.

2.1. Etapa preprofesional

Esta fase pre-técnica de la asistencia sanitaria es una amalgama de conocimiento y tareas de curación de las que surgen, tanto la medicina como la enfermería⁷, aunque a veces resulta difícil distinguirlas en el proceso evolutivo, pues en las primeras etapas ambas disciplinas estaban estrechamente entrelazadas. Algunas opiniones consideran que la enfermería nació con Florence Nightingale aunque, en realidad, es tan antigua como la propia medicina. En ciertas épocas, como en la era hipocrática, la medicina racional se ejerció sin la presencia de la enfermería, mientras que en otros casos, como en la Edad Media, la enfermería se practicó sin el concurso de la medicina racional⁸.

En sus orígenes, la historia de la asistencia sanitaria se escribió a partir de la tradición clásica a la que le gustaba ilustrar los grandes acontecimientos y los grandes personajes, la historia con mayúsculas, basada en fuentes aristocráticas cultas, de gran altura intelectual que parece explicar el silencio y el evitar tocar "aspectos de la vida de sus contemporáneos que repugnaban a la sensibilidad y al intelecto"⁹. Este olvido de la pequeña historia, la del día a día, la de los pequeños acontecimientos que configuran la

⁷ Hernández Martín, F., Del Gallego Lastra, R., Alcaraz González, J., González Ruiz, M., "La enfermería en la historia. Un análisis desde la perspectiva profesional", *Cultura de los Cuidados. Revista de Enfermería y Humanidades* 1/2 (1997), pp. 21-35.

⁸ Donahue, P., *Historia de la enfermería* (1985), Traducción de María Picazo y Carmen Hernández, Barcelona, Doyma, 1985, p. 2.

⁹ Hernández Martín, F., Del Gallego Lastra, R., Alcaraz González, J., González Ruiz, M., "La enfermería en la historia. Un análisis desde la perspectiva profesional", *Cultura de los Cuidados. Revista de Enfermería y Humanidades* 1/2 (1997), pp. 21-35.

cultura es la de los cuidados y, en consecuencia, la de la enfermería, que fue eclipsada por los grandes personajes (Hipócrates, Galeno, Paracelso ...). Aunque es cierto que hablar de cuidados en esta etapa es complejo, no se puede ignorar, pero tampoco equiparar el cuidado doméstico con el que se ejercía con fines cuidadores y sanadores, en el que se encontraba todo ese mundo, entre magia y religión, que seguirá sobreviviendo en la Edad Media, incluso hasta el desarrollo científico de la medicina.

Esta etapa pre-técnica abarca toda la historia de la enfermería como oficio. Comienza en un período en el que no hay testimonios escritos y llega hasta la etapa en la que aparece documentación. El estudio de esta etapa incluye: a) una etapa oscura basada en el legado de la tradición oral b) una tradición escrita que comienza con la enfermería monástica basada en el estudio de sus reglas, los reglamentos de los hospitales y los primeros manuales de enfermería¹⁰. Otros autores¹¹ denominan esta etapa del cuidado como convencional y ligan esta fase convencional a la historia de la humanidad y a los cuidados proporcionados en el ámbito doméstico, ligándolos posteriormente a los proporcionados por las primeras comunidades cristianas.

2.1.1. La tradición oral

En el discurrir del tiempo, se mezclan diferentes formas de cuidar, lo que dio lugar a diferentes disciplinas¹². En un primer momento, la encargada del cuidado, en cada hogar, era la mujer, por lo que este cuidado puede considerarse cuidado doméstico cuyo objetivo era el mantenimiento de la vida ante condiciones ambientales adversas¹³. Sin embargo, no se puede equiparar el cuidado que ejerce la mujer en el ámbito doméstico, que constituye un cuidado de supervivencia e intuitivo, con el que se ejerce con fines cuidadores y sanadores.

¹⁰ Hernández Martín, F., Del Gallego Lastra, R., Alcaraz González, J., González Ruiz, M., "La enfermería en la historia. Un análisis desde la perspectiva profesional", *Cultura de los Cuidados. Revista de Enfermería y Humanidades*. 1/2 (1997), pp. 21-35.

¹¹ Santacruz Caicedo, M.C., "Enfermería: de la vocación a la ética", *Revista Facultad Ciencias de la Salud, Universidad del Cauca*, 8 /2 (2006), pp. 23-29.

¹² Martínez Martín M.L., Chamorro Rebollo, Y., *Historia de la enfermería. Evolución histórica del cuidado enfermero*, Barcelona, Elsevier, 2011², pp. 4-7.

¹³ Hernández Conesa, J., *Historia de la enfermería*, Madrid, Mc Graw Hill, 1995³, pp. 58-60.

El hechicero también formaba parte del acto de cuidar, ya que utilizaba procedimientos rituales para evitar, aliviar o curar enfermedades. Otra figura a destacar es la de las brujas, consideradas mujeres sabias, que empleaban las plantas para proporcionar cuidados directos. Por lo tanto, en esta etapa, para proporcionar atención se mezclaron ritos mágicos, conocimiento intuitivo y cuidado doméstico¹⁴.

La sabiduría de las brujas era debida al dominio que poseían de las prácticas del cuerpo, vinculadas al nacimiento y al conocimiento de las virtudes profilácticas y sanadoras de las plantas, hecho que las convirtió en médicas del pueblo¹⁵. Más tarde, en las civilizaciones antiguas como la babilónica, las personas que se dedicaban al cuidado eran sacerdotes, escribas y cirujanos. Los cuidados, en la cultura egipcia fueron realizados por sacerdotes y médicos técnicos, aunque la obstetricia quedó en manos de las matronas. En la India había cuidadores considerados ayudantes médicos, que eran en su mayoría hombres aunque, excepcionalmente, también se dedicaban a los cuidados mujeres ancianas¹⁶.

En la antigua Grecia, los textos hipocráticos citan ciertas tareas, como baños y recomendaciones dietéticas, realizadas por un criado o ayudante de sexo masculino, que podrían denominarse "prácticas o cuidados de enfermería". El hecho de que fueran llevados a cabo por siervos y esclavos puede explicar la poca importancia adquirida por este cuidado en el ámbito doméstico. Las matronas fueron las responsables de proporcionar la mayor parte del cuidado obstétrico, en el que los médicos solo intervenían en partos difíciles. Del mismo modo, en Roma, los nacimientos estaban a cargo de las matronas, que eran exclusivamente mujeres. El cuidado de las personas enfermas también era asumido por esclavos y empleados del hogar, tanto hombres como mujeres¹⁷.

¹⁴ Martínez Martín M.L., Chamorro Rebollo, Y., *Historia de la enfermería. Evolución histórica del cuidado enfermero*, Barcelona, Elsevier, 2011², pp. 4-7.

¹⁵ Backes, V. M. S., "O legado histórico do modelo Nightingale: seu estilo de pensamento e a sua práxe", *Revista Brasileira de Enfermagem*, 52/2, (1999), pp. 251-264.

¹⁶ Martínez Martín M.L., Chamorro Rebollo, Y., *Historia de la enfermería. Evolución histórica del cuidado enfermero*, Barcelona, Elsevier, 2011², pp. 4-7.

¹⁷ Sellán, Soto, M.C., *La profesión va por dentro. Elementos para una historia de la enfermería española contemporánea*, Madrid, Fuden, 2010², pp. 36-39.

La llegada de la civilización grecorromana lleva consigo la transición de lo mágico a lo racional, apareciendo grupos específicos que pueden considerarse los primeros cuidadores¹⁸, aunque desde entonces los cuidados fueron infravalorados. Se asociaban a la calidad innata de ser mujer, como deber social en compensación al arduo trabajo físico realizado por los hombres¹⁹.

Dentro del Imperio Romano surge, de forma independiente, otra cultura sanitaria teniendo como origen la religión cristiana. Este hecho no solo mereció la atención desde el punto de vista religioso, sino también social y médico. La repercusión que tuvo la doctrina cristiana en la medicina de esos siglos nos da también las claves para el estudio de la enfermería. En los primeros monasterios es donde se empieza a regular la enfermería, que inicialmente se centra en el cuidado de los propios monjes, abriéndose después a la sociedad. Plasmar estas fundamentales novedades que introduce el cristianismo, en relación al mundo de las personas enfermas, tuvo por lo menos las siguientes consecuencias²⁰:

- La consideración del sentimiento de ayuda a la persona enferma como un deber religioso y por tanto la creación de instituciones dedicadas a este fin.
- La condición igualitaria del tratamiento: No hay diferencia entre griegos, bárbaros, hombres libres y esclavos, pobres y ricos. Todos son atendidos sin que exista discriminación, como ocurría en el mundo pagano.
- La incorporación sistemática del consuelo. En cierto sentido «técnico» una especie de psicoterapia en la acción del médico y del cuidador.
- La asistencia gratuita solo por caridad a la persona enferma.
- La valoración moral y terapéutica de la convivencia con el dolor. El dolor y sufrimiento eran soportados pacientemente.

El amor al semejante centra la atención de toda una sociedad y tiene unas repercusiones importantes para la enfermería. Los grupos de personas dedicadas al

¹⁸ Martínez Martín M.L., Chamorro Rebollo, Y., *Historia de la enfermería. Evolución histórica del cuidado enfermero*, Barcelona, Elsevier, 2011², p. 4.

¹⁹ Bizca Gualdrón, L.M., "Evolución del cuidado: de curanderas a enfermeras", *Revista Cuidarte*, 3/1 (2012), pp. 410-415.

²⁰ Hernández Martín, F., Del Gallego Lastra, R., Alcaraz González, J., González Ruiz, M., "La enfermería en la historia. Un análisis desde la perspectiva profesional", *Cultura de los Cuidados. Revista de Enfermería y Humanidades*. Nº2 (1997), pp. 21-35.

cuidado lo testimonian: la Comunidad Cristiana, las Viudas, las Matronas Romanas, etc. dedican su vida a la atención a las personas enfermas y necesitadas, primero en sus domicilios y después en los Hospitales.

2.1.2. La tradición escrita

El nacimiento de la religión cristiana asoció el calificativo de vocacional a la actividad de cuidar. El cristianismo le dio a la salud y a la enfermedad una nueva interpretación, hasta el punto de considerar al que sufre un elegido por dios, ya que se consideraba el sufrimiento un mal necesario para el perdón de los pecados²¹, por lo que la actividad de cuidar se encontrará unida a la religión, relacionando salud y salvación, por una parte, y enfermedad y pecado, por otra²². Aunque la concepción del origen de la enfermedad como castigo divino era una concepción arcaica, la concepción cristiana que persistió a lo largo de los siglos fue la de enfermedad como prueba²³.

La enfermedad siempre acompañó a la humanidad, al igual que el deseo de librarse de ella. En todos los estadios de la evolución humana siempre existió confusión entre el denominado mal físico y el mal moral. Con el nacimiento de la medicina y de la religión se estableció una relación entre ellas, que ambas propiciaron y de la que participaron, capaz de luchar contra ambos males, tanto el físico como el moral²⁴.

Ya en el siglo II, la Iglesia primitiva comparaba salvación cristiana y curación médica, y la designación de "*Christus medicus*" se convirtió en muy popular, hasta tal punto que la formación de los sacerdotes parroquiales incluía, frecuentemente, consejos sobre asistencia médica²⁵. No era extraño, por tanto, que la tradición cristiana, a la que se debe la creación de los hospitales, además de recurrir a la medicina recurriera a la oración y a los sacramentos en su relación con las personas

²¹ García Martín-Caro, C., Martínez Martín M.L., *Historia de la Enfermería. Evolución histórica del cuidado enfermero*, Madrid, Harcourt 2001, pp. 69-70.

²² Laín Entralgo, P., *La relación médico-enfermo*, Madrid, Alianza 1983, p. 127.

²³ Lip Licham, C., "El paradigma indiciario de la medicina", *Revista Médica Herediana* 12/2 (2001), pp. 65-74.

²⁴ Sendrail, M., *Historia cultural de la enfermedad*, Madrid, Espasa-Calpe, 1983, p. 22.

²⁵ Jonsen, Albert R., *Breve historia de la ética médica* (2000). Traducción. Juan Antonio Medina López. Madrid, Universidad Pontificia de Comillas, 2011, pp. 50-53.

enfermas²⁶. Entre los siglos VI y VIII, la asistencia médica se encontraba en manos de sacerdotes, tanto del clero secular como del regular, por lo tanto, la medicina no se encontraba separada de la religión, incorporando el cristianismo prácticas religiosas como la oración al cuidado de los enfermos y, en determinados casos, incluso el exorcismo²⁷. Esta etapa abarca desde el origen del pensamiento cristiano hasta el final da Edad Moderna²⁸.

Las primeras referencias a las enfermeras se encuentran en el Antiguo Testamento. La palabra enfermera deriva del latín *nutrix*, que corresponde a la madre "enfermera", una imagen asociada a la de una mujer que acompaña a un niño que generalmente no era suyo²⁹.

Instaurada como religión, el cristianismo tenía el control de todos los asuntos sociales y, debido al deseo de mantener el poder conseguido, atacó todo lo que representaba el riesgo de perder su dominio. Por lo cual, aquellos curanderos del pasado, a los que la vida había enseñado secretos de gran valor para la preservación de la salud, que tenían la convicción de que el cuidado debía dirigirse al bienestar del cuerpo y no estaban de acuerdo con la concepción de un cuerpo pecador y malvado, se convirtieron en uno de sus principales objetivos a eliminar. A pesar de esto, el motivo más preocupante para el cristianismo fue el poder asignado a las "brujas" para intervenir en los planes de dios, en la vida o muerte de las personas. Es entonces cuando se establece la caza de brujas, por lo que son detenidas y condenadas a muerte todas esas mujeres, que prodigaban el cuidado a la vida y a la preservación de la especie, designándolas como mujeres del demonio³⁰.

El hecho de que en la sociedad medieval la fe cristiana impregnara todo Occidente supuso que la medicina tampoco escapara de su influencia, tanto por su

²⁶ Sendrail, M., *Historia cultural de la enfermedad*, Madrid, Espasa-Calpe, 1983, pp. 15-16.

²⁷ Laín Entralgo, P., *La relación médico-enfermo*, Madrid, Alianza 1983, pp. 127-132.

²⁸ Martínez Martín M.L., Chamorro Rebollo, Y., *Historia de la Enfermería. Evolución histórica del cuidado enfermero*, Barcelona, Elsevier, 2011², pp. 4-7.

²⁹ Nauderer, T. M., Dias da Silva, M. A., "Imagem da enfermera: revisão da literatura", *Revista Brasileira de Enfermagem*, 58/ 1 (2005), pp. 74-77.

³⁰ Bizca Gualdron, L.M., "Evolución del cuidado: de curanderas a enfermeras", *Revista Cuidarte*, 3/ 1 (2012), pp. 410-415.

doctrina como por su disciplina³¹. Para el cristianismo el cuidado llegó a ser considerado un deber sagrado y adquirió un enfoque humanitario que antes no tenía. Este pensamiento religioso dificultó, sin duda, su progreso como ciencia, aunque trajo consigo algunas novedades, entre ellas la predicación del amor al prójimo, la benevolencia y la beneficencia aplicadas al cuidado de las personas enfermas y desvalidas. La predicación del mensaje de Jesucristo fue un hecho fundamental en la evolución de los cuidados y sus prácticas proporcionadas por mujeres cuidadoras constituirán el núcleo de la historia de la enfermería.

Este amor al prójimo, manifestado en el cuidado de las personas enfermas, hace que se abandone el ámbito doméstico y se favorezca la institucionalización de los cuidados de enfermería, basados en la ayuda a los demás, por lo que el proceso de institucionalización de la profesión enfermera parece comenzar de mano del cristianismo. La ayuda desinteresada a los pobres e indefensos, como forma de redención, fue lo que indujo a mucha gente a dedicarse con gran abnegación y pocos conocimientos al cuidado de estas personas enfermas y sin recursos³².

Las normas relacionadas con las actividades del cuidado son las establecidas por la Iglesia católica y, como consecuencia, lo realmente importante fueron las actitudes, y no las aptitudes que tuvieron que mostrar y mantener. Aparece la mujer cuidadora o consagrada, según algunos autores, con reglas tan estrictas que el cuidado proporcionado, por la incipiente enfermera, se limitó a la palabra en forma de oración y al consejo moral, rechazando todo contacto corporal³³.

Tampoco los médicos escaparon de las reglas dictadas por la religión. Así la legislación española medieval establecía que el enfermo debía confesar sus pecados al inicio de su enfermedad, considerando su cumplimiento el más importante de los deberes religiosos del médico. Cuando se consolida el poder del Estado, la pena canónica pasará a ser civil. Por lo tanto, si el médico visita a un paciente sin haber indicado su deber de confesarse, dicta una ordenanza de los Reyes Católicos, deberá

³¹ Jonsen, Albert R., *Breve historia de la ética médica* (2000). Traducción de Juan Antonio Medina López. Madrid, Universidad Pontificia de Comillas, 2011 pp. 47-48.

³² Sellán, Soto, M.C., *La profesión va por dentro. Elementos para una historia de la enfermería española contemporánea*, Madrid, Fuden, 2010², pp. 40-42.

³³ García Martín-Caro, C., Martínez Martín M.L., *Historia de la Enfermería. Evolución histórica del cuidado enfermero*, Madrid, Harcourt 2001, pp. 69-70.

pagar una multa de diez mil maravedíes³⁴. La iglesia decide lo que es bueno y malo para el alma y para el cuerpo y, de este modo, decide el tipo de cuidado que se debe proporcionar. Es necesario tener en cuenta que, a partir del siglo VI, la medicina conventual prevalecerá sobre la medicina secular hasta que las universidades aparezcan a finales del siglo XII³⁵.

Distinta suerte alcanzaron los "cuidados de enfermería", que no se pudieron introducir en el ámbito universitario, como los estudios de Teología, Derecho o Medicina, debido a que su situación gremial no les permitió una estructuración de sus propios conocimientos, al no ser los gremios sus espacios de aprendizaje, ya que las labores de cuidado eran ejercidas por las Hermandades, con una dimensión totalmente espiritual, sin connotaciones de aprendizaje, calidad y salarios. Por ello, el sentido caritativo de los cuidados de enfermería parece ser el culpable de impedir la transmisión sistemática y organizada de los conocimientos de los cuidados, imposibilitando la creación de un "corpus específico de conocimientos" que facilitara su enseñanza regulada en el contexto universitario³⁶.

Las personas dedicadas a la tarea de cuidar fueron entrenadas para la docilidad, la pasividad y la humildad, promulgando una obediencia innegable a las decisiones de otros estamentos de rango superior, generalmente el sacerdote o el médico³⁷. No es necesario subrayar que las personas dedicadas a estas tareas eran, fundamentalmente, mujeres, cumpliendo el rol de sumisión al igual que en otros ámbitos, tanto sociales como familiares.

Como excepción, cabe destacar que la Universidad de Salerno estaba abierta a las estudiantes femeninas y contaba con expertas en la materia. Con todo, a lo largo de la Alta Edad Media sólo era responsabilidad suya el parto mientras que le estaban, generalmente, prohibidos otros asuntos médicos. Las mujeres médicas solían especializarse en las enfermedades de mujeres y niños, aunque tenían licencia para

³⁴ Laín Entralgo, P., *La relación médico-enfermo*, Madrid, Alianza 1983, p. 179.

³⁵ Sellán, Soto, M.C., *La profesión va por dentro. Elementos para una historia de la enfermería española contemporánea*, Madrid, Fuden, 2010², pp. 46-47.

³⁶ Hernández Conesa, J., *Historia de la enfermería*, Madrid, Mc Graw Hill, 1995³, pp. 101-108.

³⁷ Sellán, Soto, M.C., *La profesión va por dentro. Elementos para una historia de la enfermería española contemporánea*, Madrid, Fuden, 2010², p. 45.

practicar la medicina en general³⁸. A finales del siglo XVIII, la práctica totalidad de la medicina se convirtió en una profesión y, aunque muchas personas de variada formación y habilidades ofrecían servicios de salud de todo tipo, un cuerpo de médicos con formación logró, poco a poco, el suficiente protagonismo social y económico para reclamar el derecho de limitar la práctica médica a su propio colectivo³⁹.

Como norma, la medicina se formalizó, lentamente pero con seguridad, como una profesión de hombres. No obstante, para llevar a cabo esas funciones de atención a las personas menos favorecidas o enfermas que buscaban soluciones en los hospitales, centros concebidos como instituciones de caridad, estaban las mujeres consagradas⁴⁰. Estas mujeres ponen sus vidas al servicio de los enfermos y de los indigentes, experimentando la satisfacción de contribuir personalmente a la misión de la iglesia. Así, estas mujeres, consagradas al amor divino, se tornan en modelo de referencia de la mujer que presta cuidados⁴¹.

Al considerarse el cuidado una obra de compasión, empezaron a florecer rápidamente, en todo el mundo, las agrupaciones dedicadas a ese menester. Las primeras fueron de mujeres, fundadas con el fin de realizar trabajos sociales. Las más importantes fueron las diaconisas, viudas y matronas⁴².

En el siglo XII surge, por primera vez, en varios lugares, un movimiento social de mujeres, conocidas como las beguinas, que le ofrecía a las mujeres una vida alternativa al matrimonio y al convento. Estas mujeres se convirtieron en un factor muy importante para el desarrollo de las prácticas del cuidado de las personas, pobres y enfermas, y también para la enseñanza de lo que ahora se conoce como "cuidados enfermeros"⁴³.

³⁸ Donahue, P., *Historia de la enfermería* (1985), Traducción de María Picazo y Carmen Hernández, Barcelona, Doyma, 1985, p. 132.

³⁹ Jonsen, Albert R., *Breve historia de la ética médica* (2000). Traducción de Juan Antonio Medina López. Madrid, Universidad Pontificia de Comillas, 2011 pp. 144-145.

⁴⁰ Bizca Gualdrón, L.M., "Evolución del cuidado: de curanderas a enfermeras", *Revista Cuidarte*, 3/1 (2012), pp. 410-415.

⁴¹ Backes, V. M. S., "O legado histórico do modelo Nightingale: seu estilo de pensamento e a sua práxe". *Revista Brasileira de Enfermagem*, 52/2, (1999), pp. 251-264..

⁴² García Martín-Caro, C., Martínez Martín M.L., *Historia de la Enfermería. Evolución histórica del cuidado enfermero*, Madrid, Harcourt 2001, pp. 69-70.

⁴³ Sellán, Soto, M.C., *La profesión va por dentro. Elementos para una historia de la enfermería española contemporánea*, Madrid, Fuden, 2010², p. 60.

El legado escrito de la enfermería, iniciado en las Reglas Monásticas, se amplía cuando estas intentan fundamentar todo ese quehacer con las personas enfermas y aparece, ya en 1269, el libro de Humberto de Romans “De officiis ordinis praedicatorum”. En su capítulo 27, “Acerca del oficio del enfermero”, hace una descripción del enfermero, al que define así: “El enfermero es el que tiene el cuidado general de los enfermos y de la enfermería”. Define al profesional y su campo de acción; acerca de los cuidados y conocimientos que debe tener sobre los remedios terapéuticos y de la relación y trato con las personas enfermas; establece una atención personalizada y una jerarquización del oficio enfermero.

Los escritos de mayor riqueza, en cuanto a contenido, proceden de las épocas en que la enfermería tiene un campo de actuación más amplio, con una mayor dependencia de los administradores y una menor dependencia del médico además de una mayor autonomía en cuanto al cuidado y a la responsabilidad. Los hospitales no son centros de curación sino de cuidados, predominando en estos la atención. Entre los siglos XIII al XVII el hospital es un lugar donde la figura central y con presencia continua es la del personal de enfermería, los médicos cuentan con unas horas para visitar a las personas enfermas, cuando se requieren sus servicios.

Es en la segunda mitad de la Edad Media cuando la enfermería alcanza una relevancia y reconocimiento social más amplio. La Iglesia sale de los monasterios para cristianizar Europa a través de Ordenes Mendicantes. La aparición de estos grupos representa ya una aproximación al profesional, pues el trabajo que realizan es reconocido y reclamado socialmente, de tal forma que dieron respuesta a las necesidades sociales, sobre todo, en momentos de enfermedad y en las grandes pestes.

Un estudio de las Órdenes Religiosas como los Hermanos de San Juan de Dios, los Religiosos Camilos, las Hijas de la Caridad, los Hermanos Obregones y los Religiosos Belemitas, desde su historia, a sus reglas y a los reglamentos de los hospitales confirmarían este paso hacia la profesionalización enfermera. Estos reglamentos que versan acerca de la función de la enfermería, van definiendo sus actividades propias y especificando algunas acciones que están autorizados a realizar

en ausencia del médico; diferencian asimismo una jerarquía profesional con distintos tipos de trabajadores y diversas competencias laborales⁴⁴.

El siglo XVI también fue testigo de otra actividad renovada de la enfermería dentro de la propia iglesia. Surgieron diversas órdenes religiosas dedicadas a la causa y se fundaron más de cien órdenes de mujeres con el fin de dedicarse a la práctica enfermera. Tal vez una de las más interesantes, que mantuvo su importancia hasta nuestros días, sea la orden de las Hermanas de la Caridad, fundada por San Vicente de Paúl y creada en un momento en que la miseria y la enfermedad, causadas por las guerras continuas, estaban arrasando Francia. Posteriormente, San Vicente fundó una sociedad de damas cuyos miembros visitaban a las personas enfermas en sus casas para proporcionarles tanto cuidados de enfermería como consuelo espiritual. A destacar que, estas damas, no tenían ningún tipo de promesa ni tomaron votos. Esta institución puede que fuera la causante de que en 1633 se fundara, en Francia, una orden de enfermería seglar.

El Renacimiento y la Reforma fueron dos grandes movimientos que abrieron las puertas a la “era moderna” en la que se inició el método científico y se consolidó la secularización. La Reforma condujo a la escisión de la iglesia y a la división del cristianismo. Durante este período se vieron afectados todos los estamentos, surgieron nuevas instituciones y se modificaron las antiguas siendo quizás las relacionadas con el cuidado de las personas enfermas las que más lo notaron⁴⁵.

El movimiento protestante privó al clero del control y convirtió lo religioso en asunto personal, perteneciente a la conciencia de cada uno. Las distintas formas de religiosidad o la ausencia de la misma, en numerosas personas, impedía que la fe siguiera desempeñando la función político-social del período inmediatamente anterior⁴⁶.

En los países católicos, la Reforma no tuvo un efecto directo sobre los hospitales. Por el contrario, sí lo tuvo en los países que se adhirieron a la misma, donde

⁴⁴ Hernández Martín, F., Del Gallego Lastra, R., Alcaraz González, J.,González Ruiz, M.,” La enfermería en la historia. Un análisis desde la perspectiva profesional”, *Cultura de los Cuidados. Revista de Enfermería y Humanidades*. Nº2 (1997), pp. 21-35.

⁴⁵ Donahue, P., *Historia de la enfermería* (1985), Traducción de María Picazo y Carmen Hernández, Barcelona, Doyma, 1985, pp. 187-221.

⁴⁶ Capella, J.R., *Fruta prohibida*, Valladolid, Trotta, 2008⁵, p. 102.

la mayoría, que estaban dirigidos por órdenes religiosas católicas fueron cerrados y expulsados las monjas y los monjes, lo cual supuso un tremendo déficit de gente que cuidara a las personas enfermas y a las pobres. Los hospitales se convirtieron en lugares de horror, ya que no quedaba ningún grupo cualificado que pudiera sustituir a las órdenes religiosas de enfermería. Las consecuencias más graves tuvieron lugar en Inglaterra, donde Enrique VIII suprimió todas las órdenes religiosas y se reclutaron mujeres de todos los orígenes para engrosar las filas de la enfermería. A muchas de ellas incluso se le conmutaban penas de cárcel asignándoles tareas de cuidados. Este período, entre 1550 y 1850, fue el peor para las condiciones vividas por la enfermería. En esta época de insensibilidad y brutalidad, ni gobernantes ni médicos se preocuparon por elevar el oficio enfermero o mejorar las condiciones de los hospitales. La supresión de la dedicación desinteresada de las órdenes religiosas a las personas enfermas debió ser una de las causas de esa insensibilidad con estas personas en los países protestantes.

La mala gestión, el personal inadecuado y la explotación eran habituales. Las condiciones insalubres de esos hospitales dieron lugar a grandes brotes epidémicos. Para dirigirlos se nombraron hombres civiles, por lo que las mujeres perdieron el control de la enfermería, convirtiéndose este período de su historia en uno en los que la supremacía masculina fue absoluta. Tampoco es de extrañar, dado que, como ya se mencionó, las enfermeras de la época eran, en muchos casos, la escoria de la sociedad.

El Renacimiento dejó de lado el cuidado de las personas enfermas, debido probablemente a la idea de que la enfermería era más una ocupación religiosa que intelectual, por lo que se consideraba innecesario el progreso científico. Del mismo modo, tras la Reforma se produjo una desmotivación religiosa entre las personas laicas dedicadas al cuidado de las personas enfermas era imposible convencer a nadie de que se dedicara a este menester, en las condiciones en que se encontraban los hospitales, por lo que la enfermería retrocedió a su antigua posición de trabajo servil carente de posición social. Para salir de esta situación se requería ayuda, y el interés público por su progreso empezó a hacerse patente entre los médicos, el clero y los ciudadanos

filántropos. Algunos defendían un sistema bajo el auspicio religioso y otros un plan seglar con enfermeras remuneradas⁴⁷.

Después de este modelo religioso, predominante en toda la Edad Media, se encuentra un período de transición, entre el fin del feudalismo y la instalación de la Edad Moderna, conocido como el momento más oscuro de la historia de la enfermería (última parte del siglo XVII hasta la mitad del siglo XIX)⁴⁸.

Es necesario esperar al siglo XVII para encontrar el primer manual de Enfermería publicado en Madrid en 1623 y titulado “La Instrucción de Enfermeros” con referencias al correcto cumplimiento de las órdenes médicas, si bien cabe destacar que este hecho no supone la existencia de escuelas que impartan enseñanzas enfermeras⁴⁹.

2.2. Etapa profesional

El concepto de profesión, tal y como se fue acuñando a lo largo de la historia, tiene claros orígenes religiosos, es más, el ejemplo clásico de profesional es el sacerdote. El término latino *professio* significó originariamente la promesa pública de cumplir ciertas obligaciones y actividades y la aceptación por la sociedad de ese compromiso⁵⁰.

Una profesión supone un determinado papel social, en el sentido de confesar públicamente o declarar un compromiso. Sólo el profesional que se reconoce socialmente, como tal, debe realizar un cierto rito que tenga un sentido social de compromiso. En el caso de la profesión médica, este rito de acceso se llevó a cabo a través del Juramento Hipocrático⁵¹. Por el contrario, por lo que se refiere a la enfermería, el cristianismo consideró los cuidados como un deber sagrado adquiriendo un enfoque humanitario que antes no tenía, pero no la dotó de ningún tipo de rito.

⁴⁷ Donahue, P., *Historia de la enfermería* (1985), Traducción de María Picazo y Carmen Hernández, Barcelona, Doyma, 1985, pp. 193-234.

⁴⁸ Backes, V. M. S., “O legado histórico do modelo Nightingale: seu estilo de pensamento e a sua práxe”. *Revista Brasileira de Enfermagem*, 52/2, (1999), pp.251-264.

⁴⁹ Hernández Conesa, J., *Historia de la enfermería*, Madrid, Mc Graw Hill, 1995³, pp. 105-106.

⁵⁰ Gracia, D., *Como arqueros al blanco*, Madrid, Triacastela, 2004, p. 245.

⁵¹ Lázaro, J. Gracia, D., “La relación médico enfermo a través de la historia”, *Anales del Sistema Sanitario de Navarra* 29/3, (2006), pp. 7-17.

Esta consideración, de deber sagrado, sin duda, obstaculizó su progreso como ciencia⁵². Semejaba que el deber era con dios y con la iglesia y no con la sociedad civil, por lo que se asemejaba más a una ocupación religiosa que intelectual.

La profesión tiene una reminiscencia religiosa que consideraba que la conducta moral consistía en el deber de cumplir la tarea profesional. Esto produjo una nueva dimensión religiosa del trabajo, que a su vez llevó al concepto de "profesión"⁵³. En este concepto se encuentra un dogma central del protestantismo, el cumplimiento de los deberes intramundanos impuestos a cada uno por el puesto que ocupaba en la vida y que, por lo tanto, se convertía en una "profesión" para él, dogma contrario a lo que la ética católica hacía de los mandatos morales en que, como única manera de vida agradable a dios, reconocía la no superación de la moral intramundana a través del ascetismo monástico⁵⁴.

Se entiende por profesiones los altos roles ocupacionales o los que disfrutaban de una situación clave de privilegio y gran poder y autoridad moral. Estos papeles se reducen a tres, el teológico, el jurídico y el sanitario, y afirma que no es casualidad que en las universidades medievales solo hubiera tres grandes facultades, la de Teología, la de Derecho y la de Medicina⁵⁵.

Las profesiones, además de tener un gran poder y autoridad moral, están privilegiadas socialmente. Esto es lo que llevó a Max Weber a considerar que las profesiones clásicas funcionaban como monopolios y que, por lo tanto, eran instituciones "positivamente privilegiadas", a diferencia de lo que ocurrió con los oficios que se regían por las leyes del libre mercado y que eran, por lo tanto, "instituciones sociales" privilegiadas negativamente. El monopolio equivale a un poder que se caracteriza por controlar fuertemente el acceso y por restringir el número de

⁵² Sellán, Soto, M.C., *La profesión va por dentro. Elementos para una historia de la enfermería española contemporánea*, Madrid, Fuden, 2010², pp. 40-41.

⁵³ Weber, M., *Ensayos sobre sociología de la religión* (1920), Traducción de José Almaraz y Julio Carabaña, I. Madrid, Taurus 1998, pp. 67-87.

⁵⁴ Weber, M., *Ensayos sobre sociología de la religión* (1920), Traducción de José Almaraz y Julio Carabaña, I. Madrid, Taurus 1998, pp. 67-87.

⁵⁵ Parsons, T., *Ensayos de teoría sociológica* (1949), traducción de N. Rodríguez Bustamante y T. Halperín Dongui, Buenos Aires, Paidós, 1967, pp. 34-36.

los lo que ejercen, lo que supone escasez y una demanda superior a la oferta, lo cual aumenta su estima social y su precio⁵⁶.

Debido a su situación monopolística las profesiones conseguían mucho poder, a diferencia de los oficios, que no disfrutaban de tales privilegios. Este paradigma permaneció inalterado prácticamente en toda la cultura occidental. Sólo en las últimas décadas las cosas comenzaron a cambiar y la ética de las profesiones se equiparó a la de los oficios, teniendo que respetar la autonomía de los agentes sociales y permitiéndoles definir su beneficencia, huyendo de las relaciones profesionales paternalistas, definidas como la interferencia en la libertad de acción de una persona “por su propio bien”. Toda una novedad moral y social, que aún provoca multitud de reacciones de los profesionales tradicionales, nostálgicos del paradigma clásico. Esta abolición de los privilegios y monopolios de las profesiones se debió a que eran objetivos fundamentales de las revoluciones liberales, razón por la que entraron en crisis en los últimos dos siglos, especialmente en las últimas décadas.

Algunos autores le añaden a la profesión un sentido de vocación y misión, aunque, la conciencia de que ejercer la profesión es un deber moral con pleno rendimiento se va separando gradualmente de la conciencia de que es un deber religioso y gana autonomía. Las tres profesiones clásicas citadas tenían, de alguna manera, un carácter sagrado, en la medida en que se dedicaban a intereses tan altos como el cuidado del alma, el cuidado del cuerpo o el cuidado de la cosa pública. En esta definición, de alguna manera ,se invisibiliza y aleja la enfermería de su función de cuidado y de deber sagrado, tal y como lo consideraba el cristianismo, adjudicándose lo únicamente a la medicina.

Las profesiones fueron cambiando sus objetivos y modificando las relaciones, tanto entre profesionales como entre los destinatarios de su actividad. Tales variaciones se debieron al aumento de la capacidad técnica y, sobre todo, a un cambio en la conciencia moral y social, en el sentido de que las personas demandan un

⁵⁶ Weber, M., *Ensayos sobre sociología de la religión* (1920), Traducción de José Almaraz y Julio Carabaña, I. Madrid, Taurus 1998, pp. 67-87.

mayor respeto por su autonomía y sus derechos, pidiendo participar en las decisiones que les afectan⁵⁷.

2.2.1. La reducción del cuidado a la aplicación de técnicas

En el siglo XVIII se comenzaba a vislumbrar la era de las reformas, de la mano de personas con profundas convicciones humanitarias. Los cambios producidos influyeron en los cuidados de la salud y en la enfermería. Surgieron líderes humanitarios que hicieron hincapié en el sentido de responsabilidad social hacia el bienestar de los demás. Uno de ellos fue Elizabeth Gurney Fry que llegó a fundar, en 1840, una sociedad de enfermería domiciliaria que se originó en el trabajo realizado en las cárceles, conocida como Sociedad de Hermanas Protestantes de la Caridad. Esta sociedad no estaba afiliada a ninguna iglesia por lo que más tarde se le cambió el nombre por el de Instituto de Hermanas Enfermeras. Sus miembros se preparaban exclusivamente para la enfermería personal, para cuidar a las personas enfermas de todas las clases sociales en sus propias casas aunque no recibían ningún tipo de formación teórica. Por lo que respecta a los partos, fuera de las mujeres ricas, todo el mundo recurría a las matronas para partos normales, llamando a los cirujanos solo para casos difíciles⁵⁸.

A partir de la segunda mitad del XVIII se medicaliza la asistencia; se inician los avances y los grandes descubrimientos de la medicina. En este momento es el médico el que toma la responsabilidad del hospital con lo que la actividad de la enfermería queda supeditada plenamente a la medicina, como mero ayudante sin calificación alguna⁵⁹.

La desacralización del poder político que dio lugar a la separación de la Iglesia y del Estado y los descubrimientos de la física y la química fueron los causantes de que, en el siglo XIX, la medicina empezara a utilizar tecnología cada vez más

⁵⁷ Cortina, A., *Ética y legislación en enfermería*, Madrid, MacGraw-Hill, 1997, pp. 51-55.

⁵⁸ Donahue, P., *Historia de la enfermería* (1985), Traducción de María Picazo y Carmen Hernández, Barcelona, Doyma, 1985, pp. 224-226.

⁵⁹ Hernández Martín, F., Del Gallego Lastra, R., Alcaraz González, J., González Ruiz, M., "La enfermería en la historia. Un análisis desde la perspectiva profesional", *Cultura de los Cuidados. Revista de Enfermería y Humanidades*. Nº2 (1997), pp. 21-35.

compleja hasta el punto de necesitar delegar, poco a poco, las tareas rutinarias que realizaba. Esta situación hace que comience a despuntar un nuevo modelo de enfermería, la de auxiliar del médico, accediendo, poco a poco, a fragmentos de conocimiento que les lleva a poner en tela de juicio el modelo vocacional y a exponer seriamente la necesidad de adquirir competencias técnicas que les permitan una autonomía relativa⁶⁰, ya que el conocimiento al que tiene acceso es el que el médico le proporciona para cumplir las tareas prescritas. Así, la enfermera pasó de ser un agente de información a un agente de ejecución. Agente de información porque observaba al enfermo más que el médico y agente de ejecución porque seguía sus prescripciones. La ejecución no permitía ninguna modificación, ni exigía espíritu crítico; cualquier cambio debía ser consultado al médico. Los conocimientos puestos su disposición versaban, particularmente, sobre patologías y técnicas⁶¹. Ellos decidían que era conveniente enseñarles, y de esta manera controlaban la perpetuación de su poder⁶².

Esta visión repercutió en la profesión enfermera, la cual redujo el cuidado a la aplicación de técnicas y procedimientos técnico-delegados por el médico consiguiendo que sus intervenciones se desvalorizasen progresivamente⁶³. Estas mujeres fortalecieron los avances de la medicina, aunque su labor estaba desprovista de cualquier reconocimiento social. Sin importar la relevancia de sus funciones, se creía firmemente que estaban cumpliendo con su deber. No es hasta el siglo XX cuando son reconocidos sus derechos laborales, ser incluidas en el sistema laboral y obtener un pago por su trabajo⁶⁴.

La enfermera es identificada como una formación religiosa matrilineal y la formación médica como patrilineal. Para distanciarse de sus orígenes religiosos, las enfermeras procuran especializarse en la tecnicidad, reforzando de esa manera su

⁶⁰ Santacruz Caicedo, M.C., "Enfermería: de la vocación a la ética", *Revista Facultad Ciencias de la Salud, Universidad del Cauca*, 8 /2 (2006), pp. 23-29.

⁶¹ Backes, V. M. S., "O legado histórico do modelo Nightingale: seu estilo de pensamento e a sua práxe". *Revista Brasileira de Enfermagem*, 52/2, (1999), pp. 251-264.

⁶² Bizca Gualdron, L.M., "Evolución del cuidado: de curanderas a enfermeras", *Revista Cuidarte*, 3/ 1 (2012), pp. 410-415.

⁶³ Castrillón Agudelo, M.C., "Desarrollo disciplinar de la enfermería", *Investigación y Educación en Enfermería*, 20/ 1 (2002), pp. 82-88.

⁶⁴ Bizca Gualdron, L.M., "Evolución del cuidado: de curanderas a enfermeras", *Revista Cuidarte*, 3/ 1 (2012), pp. 410-415.

asociación al médico. Es decir, para intentar alejarse de un estereotipo acaba por aproximarse al otro, hecho que contribuyó a la confusión de su papel y de su imagen⁶⁵. Esta imagen de la enfermería subordinada a la ciencia médica e inmersa en el paradigma biologicista resulta incapaz de abarcar al ser humano desde una posición holística como se pretenderá en etapas posteriores.

Uno de los factores más importantes en la regeneración de la enfermería fue el Instituto de Diaconisas de Kaiserswerth en Alemania, creado en 1836. Las órdenes de diaconisas habían existido en los primeros siglos del cristianismo y fueron reavivadas por las iglesias protestantes durante el siglo XIX. El reconocimiento de la necesidad de los servicios de la mujer fue crucial, en unos casos, la motivación religiosa era la que impulsaba a las mujeres a realizar un servicio social y su principal deber el cuidado de la persona enferma. Este instituto influyó directamente en Florence Nightingale.

Estas diaconisas no hacían votos, sino la promesa de trabajar por Cristo, no recibían un salario y eran una réplica del sistema monástico. Contaban con un programa de estudios de tres años que incluía una rotación por los servicios clínicos hospitalarios, formación de enfermería domiciliaria, aprendizaje teórico y práctico del cuidado de las personas enfermas, conocimiento de ética y doctrina religiosa y un nivel suficiente de farmacia para superar los exámenes estatales para farmacéuticos. Se subrayaba, además, que debían cumplir exactamente las órdenes del médico y que este era el único responsable del resultado⁶⁶.

Lo que sí representó Florence Nightingale fue el relevo en la monopolización religiosa de los cuidados, mediante la secularización y profesionalización de la tarea de cuidar⁶⁷. Este modelo secularizado del cuidado rápidamente se traslada a los Estados Unidos, donde la profesión enfermera se transformó en una de las enfermerías más avanzadas del mundo.

⁶⁵ Nauderer, T. M., Dias da Silva, M. A., "Imagem da enfermera: revisão da literatura", *Revista Brasileira de Enfermagem*, 58/ 1 (2005), pp. 74-77.

⁶⁶ Donahue, P., *Historia de la enfermería* (1985), Traducción de María Picazo y Carmen Hernández, Barcelona, Doyma, 1985, pp. 235-264.

⁶⁷ Barrio I. M., Molina A., Sánchez C. M., Ayudarte M. L. "Ética de enfermería y nuevos retos", *Anales del Sistema Sanitario de Navarra* 29/ 3 (2006), pp. 41-47.

Nightingale introdujo, además, las ciencias de la salud en los hospitales militares, reduciendo la tasa de mortalidad del ejército británico del 42% al 2%. El pertenecer a una familia acomodada seguramente le permitió contar con una preparación más sólida que la mayoría de los hombres de su época. Y este, quizá, fue el motivo de sus dos más grandes aportaciones: reformar el sistema de cuidados de salud militar en Gran Bretaña y elaborar un programa de formación de enfermería sólido y basado en normas profesionales. Este programa de formación contaba con la oposición abrumadora de la mayoría de los médicos, que consideraba a las enfermeras igual que las asistentes de hogar, por lo que necesitaban poco o ninguna enseñanza.

La Escuela que Nightingale inauguró en 1860 sirvió de modelo para otras escuelas y fue de una enorme importancia para las enfermeras, ya que elevó la enfermería al rango de profesión. Estos comienzos sentaron la base para la fundación de un nuevo sistema de enfermería, cuyas reformas modificaron radicalmente el cuidado en todo el mundo. Las graduadas de esta Escuela se dispersaron por todo el mundo para ayudar en el cuidado de las personas enfermas y necesitadas⁶⁸, aunque la actuación de estas enfermeras partía de una total dependencia médica, no se permitía que prestaran servicios por iniciativa propia, de este modo la enfermería llegó a ser un oficio técnico y fue definida como una parte subordinada de la división técnica del trabajo que rodeaba a la medicina⁶⁹.

Las características marcadoras de género, en una profesión casi exclusivamente femenina, contribuían a esa imagen de obediencia y sumisión. Formaba parte de la formación advertir a las enfermeras que no era necesario dominar el conocimiento médico; por el contrario, sí realizar tareas domésticas de rutina, sin iniciativa ni razonamiento críticos. Esta situación garantizaba la subordinación y la dependencia de su trabajo al médico, hecho que interfirió en la evolución de la profesión⁷⁰.

⁶⁸ Donahue, P., *Historia de la enfermería* (1985), Traducción de María Picazo y Carmen Hernández, Barcelona, Doyma, 1985, pp. 238-248.

⁶⁹ Domínguez Alcón, C., "Para una sociología de la profesión enfermera en España", *Revista Española de Investigaciones Sociológicas*, 8 (1979), pp. 103-132.

⁷⁰ Nauderer, T. M., Dias da Silva, M. A., "Imagem da enfermera: revisão da literatura", *Revista Brasileira de Enfermagem*, 58/ 1 (2005), pp. 74-77.

Con el objetivo general de mejorar su preparación y su posición, la enfermería inglesa, a finales del siglo XIX, intentó establecer una organización de enfermeras, creándose en 1899 el Consejo Internacional de Enfermeras como asociación de asociaciones, cuyos objetivos fueron proporcionar un medio de comunicación entre las enfermeras de todos los países y ofrecerles la oportunidad de reunirse y discutir sobre el bienestar de la persona enferma y de la profesión.

Otro estímulo para la reforma de la enfermería fue la creación de la Federación de la Cruz Roja y Media Luna Roja Internacional en 1919, como organismo internacional para brindar ayuda voluntaria de enfermería en los campos de batalla.

A comienzos del siglo XX se hizo patente lo indispensable que eran las escuelas de enfermería para el funcionamiento de los hospitales. En algunos casos, estos hospitales utilizaban a las estudiantes para el cuidado de las personas enfermas, reduciendo así los gastos, por lo que la explotación de las enfermeras perduraba, en la medida que la fuerza de trabajo de los hospitales estaba compuesta por estudiantes sin ningún tipo de normativa ni control⁷¹.

2.2.2. La profesión enfermera

En la Edad Media, la implantación de la medicina como profesión para cuyo ejercicio se requería formación universitaria facilitó la exclusión legal de las mujeres de su práctica, por lo que la única posibilidad abierta para ellas, en el campo de salud, era hacer de enfermeras. El tratamiento médico llegó a ser privativo de los médicos y los demás cuidados quedaron a cargo de la enfermera. El mérito de la curación y su técnica les correspondía a los médicos, ya que sólo ellos compartían el aura de la ciencia. Incluso llegaron a oponerse a la intervención de las matronas, alegando que el embarazo era una enfermedad y, como tal, requería el tratamiento de un verdadero médico⁷².

⁷¹ Donahue, P., *Historia de la enfermería* (1985), Traducción de María Picazo y Carmen Hernández, Barcelona, Doyma, 1985, pp. 235-367.

⁷² Ehrenreich, B., English, D., *Brujas, comadronas y enfermeras. Historia de las sanadoras* (1973), Traducción de M. Bofill, Barcelona, La Sal, 1988³ pp. 19-50.

La enfermería como profesión se fue perfilando a través de los años. La suposición de que era un arte innato a cualquier mujer obstaculizó su desarrollo como profesión⁷³. La subordinación del conocimiento práctico respecto al conocimiento teórico orientó la idea de que el arte está subordinado a la ciencia, que el arte de procurar los medios de restablecimiento de la salud se subordina a la ciencia de la salud y, por lo tanto, que la enfermera se subordina al médico⁷⁴.

La “profesionalización” surge fuera del concepto “caritativo” y, por tanto, como necesidad social, en el vacío creado en la sociedad protestante ante la atención a las personas enfermas⁷⁵. La etapa profesional arranca en el siglo XIX y se inicia a principios del siglo XX con la aparición de programas formativos que propician el gran desarrollo de un cuerpo propio de conocimientos teóricos⁷⁶.

La fase en la que la enfermería se transforma en una profesión es en la que Florence Nightingale, en 1890, trató de diferenciarla, por primera vez, de la medicina, con el argumento de que la medicina es la disciplina centrada en diagnosticar y curar la enfermedad y la enfermería es la disciplina enfocada en entender el significado de la enfermedad, en el contexto del mundo de la persona, es decir, integrando las dimensiones biológica, simbólica y cultural de la vida humana. Estas características son las que llevaron a algunos a definir la enfermería como el arte y la ciencia del cuidado integral y comprensivo, en el que los profesionales y las personas beneficiarias de los cuidados identifican metas comunes para mantener o conseguir la salud.

Esta definición es muy innovadora y totalmente actualizada en lo referido a la atención como proceso de decisiones compartidas a lo largo de la relación asistencial⁷⁷.

⁷³ Burgos Moreno, M., Paravic Klijn, T., “Enfermería como profesión”, *Revista Cubana de Enfermería* 25/1-2 (2009), pp. 1-9.

⁷⁴ Mota Rodríguez, A., “Una aproximación hermenéutica de la historia de la enfermería”, *Index de Enfermería* 25/1-2 (2016), pp. 77-81.

⁷⁵ Hernández Conesa, J., *Historia de la enfermería*, Madrid, Mc Graw Hill, 1995³, p. 119.

⁷⁶ Hernández Martín, F., Del Gallego Lastra, R., Alcaraz González, J., González Ruiz, M., “La enfermería en la historia. Un análisis desde la perspectiva profesional”, *Cultura de los Cuidados. Revista de Enfermería y Humanidades*. Nº2 (1997), pp. 21-35.

⁷⁷ Siegler, M., *Las tres edades de la medicina y la relación médico-paciente*, Barcelona, Cuadernos de la Fundación Víctor Grifols i Lucas 26, 2011, pp. 13-17.

En la década de los 60 y 70 del pasado siglo la imagen de la enfermera experimenta un gran cambio. La nueva figura semeja ser abogada o defensora de la persona enferma, que entiende de manera diferente la tarea de cuidar: proteger y defender los derechos de estas personas y prepararlas física y psíquicamente para defenderse de las potenciales agresiones de la asistencia sanitaria. Esta nueva figura de defensora del paciente será recogida en su código deontológico reivindicando no sólo su autonomía, como profesión independiente, sino también autonomía para las personas enfermas amenazadas por un ambiente hospitalario hostil que menoscaba sus derechos. La enfermera se hace baluarte de una persona enferma intimidada y busca modos de poner en sus manos las decisiones sanitarias que le afectan⁷⁸. Reivindica, además de autonomía, control en el que los elementos creativos superen a los de subordinación irracional⁷⁹. La reivindicación de autonomía parece partir del valor de la autonomía personal como valor fundamental de la contemporaneidad; la subordinación irracional, sin duda, seguía imbricada, en la cultura de género.

3. Características de la etapa profesional enfermera

- Preocupación por la calidad de vida: A partir del siglo XIX, con especial relevancia en el siglo XX, es cuando se producen los cambios que se van acercando a los cánones de profesión, iniciándose así la reflexión intelectual sobre el quehacer profesional. Mientras la conservación de la vida fue la preocupación principal de la humanidad, y mientras los esfuerzos por conocer las leyes que regulaban la salud y la enfermedad fueron sus principales inquietudes, el saber médico fue el que garantizó este conocimiento. Cuando este saber va cumpliendo su objetivo, garantizar la vida en cuanto a “cantidad de vida”, al cual la enfermería también contribuyó con una grandísima dignidad, a la sociedad le aparece otra necesidad de carácter cualitativo, la «calidad de la vida»; y esta calidad la garantiza el cuidado. En el colectivo de enfermería siempre estuvo presente la idea de que la eficacia de su acción no radicaba,

⁷⁸ Barrio I. M., Molina A., Sánchez C. M., Ayudarte M. L. “Ética de enfermería y nuevos retos”, *Anales Sistema Sanitario de Navarra* 29/ 3 (2006), pp. 41-47.

⁷⁹ León Molina, J., “Enfermería: profesión, humanismo y ciencia”, *Enfermería Global* 2 (2003), pp. 1-8.

exclusivamente, en la destreza técnica, apelando a todo aquello que de arte tuvo la profesión, para explicar que es lo que hay en el cuidado que no se explica por la escrupulosa ejecución de las prescripciones facultativas. Y es aquí donde la enfermería va realizando la reflexión de cuáles son los aspectos principales de esta calidad, utilizando para eso el conocimiento de la ciencia médica, de la ciencia psicológica y de las ciencias sociales, comenzando a configurarse de esta manera el conocimiento enfermero o, si se prefiere la ciencia enfermera⁸⁰.

Pero es la definición de salud de la Organización Mundial de la Salud (en adelante O.M.S.) de 1948 "...como un estado de bienestar..... y no solo la ausencia de enfermedad", la que marca un giro y abre un campo de posibilidades donde la enfermería comienza a explicar el porqué de sus acciones y como éstas actúan para proporcionar mayor calidad al cuidado. No es ya sólo procurar conservar la vida (misión principal del quehacer médico), sino procurar calidad de vida (misión principal del quehacer enfermero) lo que la sociedad comienza a reclamar. Y así, la O.M.S.⁸¹ define a la enfermería, como la actividad que comprende la promoción de la salud, la prevención de enfermedades y la atención dispensada a enfermos, discapacitados y personas en situación terminal. Abarca la atención autónoma y en colaboración dispensada a las personas de todas las edades, familias, grupos y comunidades, enfermos o no y en todas las circunstancias.

A este nivel, desde el prisma de la enfermería, el desarrollo de los talentos de esta disciplina requiere, además de un compromiso con la calidad de vida de las personas, un paradigma que es en esencia humanista⁸².

- Subordinación total a la medicina: subordinación que no siempre fue tan clara como en los dos últimos siglos, donde ésta, llevada por un gran desarrollo científico asume un protagonismo social y domina el campo de la salud, quedando la práctica sanitaria regulada por ella y por tanto, la de profesiones más débiles como la

⁸⁰ Hernández Martín, F., Del Gallego Lastra, R., Alcaraz González, J.,González Ruiz, M.,” La enfermería en la historia. Un análisis desde la perspectiva profesional”, *Cultura de los Cuidados. Revista de Enfermería y Humanidades*. Nº2 (1997), pp. 21-35.

⁸¹ La Constitución de la O.M.S. fue adoptada por la Conferencia Sanitaria Internacional, celebrada en Nueva York del 19 al 22 de junio de 1946, firmada el 22 de julio de 1946 entrando en vigor el 7 de abril de 1948. Se han ido incorporando posteriores reformas.

⁸² Paravic Klijn T., “Enfermería y globalización”, *Ciencia y Enfermería* 16/1 (2010), pp. 9-15.

enfermería y la farmacia⁸³. Con el incremento de las formas profesionales de entender el desarrollo humano a lo largo del siglo XX, el cuidado se fue profesionalizando y supuso la creación de muchas instituciones para llevar a cabo estas tareas de cuidados⁸⁴.

La asistencia sanitaria también cambió. Dos son las novedades principales. Una la medicalización de la asistencia hospitalaria, de modo que los hospitales pasaron de ser vistos como instituciones de caridad, tal y como sucedía desde el inicio del cristianismo, a ser centros de asistencia médica. Y otra, el nacimiento de la salud pública y de la política sanitaria y, por tanto, la implicación cada vez mayor del Estado en el mundo de la salud⁸⁵. Este Estado establece sus propios deberes, mezclando la ayuda protectora y el control autoritario⁸⁶.

El establecimiento de una nueva relación clínica se fue extendiendo y haciéndose horizontal, favorecida también por la entrada en escena de múltiples profesionales sanitarios, distintos especialistas médicos, personal de enfermería, administradores, políticos, industria farmacéutica, etc., adaptándose al tipo de relaciones propias de sujetos con derechos de las sociedades democráticas⁸⁷. En esta línea, se puede afirmar que la socialización de la asistencia sanitaria, en su conjunto, es un suceso histórico, irreversible, progresivo y justo⁸⁸, aunque la obligación de respeto a la autonomía del paciente hubiese llegado a la medicina desde la ética jurídica⁸⁹, teniendo en cuenta la relación tradicional y paternalista en la que la medicina ha estado inmersa durante siglos

- Diversificación de la oferta: el tipo de clientela es la última característica que perfila el prestigio social de la enfermería y marca claramente su escasa

⁸³ Hernández Martín, F., Del Gallego Lastra, R., Alcaraz González, J., González Ruiz, M., "La enfermería en la historia. Un análisis desde la perspectiva profesional", *Cultura de los cuidados. Revista de Enfermería y Humanidades*. Nº2 (1997), pp. 21-35.

⁸⁴ Tronto, J.C., *Caring democracy: markets, equality, and justice*, New York, New York University Press, 2013, p. 4.

⁸⁵ Gracia, D., *Como arqueros al blanco*, Madrid, Triacastela, 2004, p. 36.

⁸⁶ Vigarello, G., *Lo sano y lo malsano*, Madrid, Abada Editores, 2006, p.254.

⁸⁷ Lázaro, J. Gracia, D., "La relación médico enfermo a través de la historia", *Anales del Sistema Sanitario de Navarra* 29/3, (2006) pp 7-17.

⁸⁸ Laín Entralgo, P., *La relación médico-enfermo*, Madrid, Alianza 1983, pp. 459- 487

⁸⁹ Gracia, D., *Bioética Clínica*, Madrid, Triacastela, 2008, p. 154.

consideración social, toda vez que la profesión atiende, a lo largo de su historia, a las clases más desfavorecidas, a las clases marginales y a los desheredados. Por el contrario, la medicina se ocupa de la atención a las clases más elevadas. Con la socialización de la medicina y la consideración de la asistencia sanitaria como un derecho de la persona, la enfermería comienza a atender a todos los estratos sociales y, por tanto, a diversificar su oferta. Esto explicaría, junto a otros factores, cómo en las últimas décadas la profesión despegó vertiginosamente más que ninguna otra en su desenvolvimiento y cómo se le presenta un futuro esperanzador en plano de igualdad y colaboración con otras profesiones en el marco de la sanidad⁹⁰.

Los cambios fueron muy significativos, pasando a orientar el cuidado a un marco teórico propio, utilizando una metodología lógica y racional a través del uso del proceso de enfermería y el planteamiento de diagnósticos enfermeros⁹¹.

A partir de 1900 la creciente complejidad de los servicios de enfermería ejerció una presión constante para mejorar la formación en las escuelas, aunque la mayoría siguió bajo el control de los hospitales actuando a nivel sub-profesional. La diferencia primordial llegó en 1901 cuando la experiencia clínica comenzó a tener un objetivo de formación, no de servicio. Comenzaron también a hacerse necesarias las revistas como medio de comunicación y en octubre de 1900 apareció el primer número del *American Journal of Nursing*⁹².

- El asociacionismo: fue una de las circunstancias del desarrollo del proceso de profesionalización, asociacionismo desarrollado a finales del siglo XIX y principios del XX como plataforma reivindicativa y de trabajo para aumentar las competencias profesionales y definir sus principios. La Asociación Norteamericana de Diagnósticos de enfermería, conocida como NANDA (1982) centra su actividad en un doble objetivo; clasificar las funciones enfermeras y desarrollar una taxonomía. Un panorama distinto

⁹⁰ Hernández Martín, F., Del Gallego Lastra, R., Alcaraz González, J., González Ruiz, M., " La enfermería en la historia. Un análisis desde la perspectiva profesional", *Cultura de los cuidados. Revista de Enfermería y Humanidades*. Nº2 (1997), pp. 21-35.

⁹¹ García Martín-Caro, C., Martínez Martín M.L., *Historia de la Enfermería. Evolución histórica del cuidado enfermero*, Madrid, Harcourt 2001, pp. 159-183.

⁹² Donahue, P., *Historia de la enfermería* (1985), Traducción de María Picazo y Carmen Hernández, Barcelona, Doyma, 1985, pp. 376-379.

es el europeo, compuesto por países de larga tradición en lo religioso, en lo político y en lo administrativo, donde los cambios no son rápidos ni sencillos⁹³.

A lo largo de todo el siglo XX se produjeron cambios trascendentes. Los movimientos científicos, tecnológicos y sociales tuvieron un efecto significativo sobre el desarrollo de los cuidados de la salud y sobre las directrices de los servicios de enfermería. El descubrimiento de nuevos fármacos, nuevas técnicas y tecnologías acrecentó las responsabilidades de las enfermeras y les obligó a introducir modificaciones, a veces radicales, en sus cuidados e incluso a realizar tareas antes encomendadas a los médicos. Puede que el hecho de hacerse evidente la necesidad de un enfoque distinto de los cuidados que proporcionaban, tanto en calidad como en atención integral, sea una de las causas del compromiso de incorporar la investigación enfermera a la estructura global de la profesión, investigación que demostró ser un mecanismo generador de nuevos conocimientos para la enfermería que tiene como resultado el asentamiento de la calidad de los cuidados⁹⁴.

- La integración de los estudios de enfermería en la universidad: los primeros programas de enfermería en centros de educación superior se desarrollaron en Estados Unidos en 1899, y en Inglaterra en 1950⁹⁵. La tendencia de establecer hospitales universitarios, en conexión con los departamentos médicos fue, en cierta medida, la causante de que las escuelas de enfermería se hubieran convertido en parte de un sistema universitario general, aunque el programa educativo no estaba clasificado como universitario⁹⁶.

En resumen, las orientaciones del proceso de identidad profesional y construcción disciplinar de la enfermería son⁹⁷:

⁹³ Hernández Martín, F., *Historia de la enfermería en España*, Madrid, Síntesis, 1996, pp. 310-311.

⁹⁴ Donahue, P., *Historia de la enfermería* (1985), Traducción de María Picazo y Carmen Hernández, Barcelona, Doyma, 1985, pp. 439- 452.

⁹⁵ Hernández Martín, F., *Historia de la enfermería en España*, Madrid, Síntesis, 1996, p. 311.

⁹⁶ Donahue, P., *Historia de la enfermería* (1985), Traducción de María Picazo y Carmen Hernández, Barcelona, Doyma, 1985, p. 380.

⁹⁷ Hernández Conesa, J., *Historia de la enfermería*, Madrid, Mc Graw Hill, 1995³, p. 155.

1.- Religioso-vocacional centrado en el dolor y el sufrimiento que implica una conducta moral de la enfermera y derivado de la tradición de servir y de la salvación eterna a través del cuidado de los más necesitados.

2.- Laico-laboral centrado en el auxilio social, la enfermedad y la técnica, derivado del cambio de estatus de la mujer y la ampliación de su campo de trabajo.

3.- Auxiliar de la medicina centrado en la enfermedad y la técnica, derivado del avance de las tecnologías y de las tareas delegadas de los profesionales médicos.

4.- Prestación de un servicio enfermero-científico-social propio, centrado en el concepto holístico de la persona y en proposiciones de carácter científico relacionadas con los cuidados y con una identidad profesional y disciplinar.

4. La influencia del género en la profesión enfermera

Las mujeres siempre fueron sanadoras. Ellas fueron las primeras médicas y anatomistas de la historia occidental. Sabían procurar abortos y ejercían como enfermeras y consejeras. Fueron las primeras boticarias con sus cultivos de hierbas medicinales cuyos secretos se transmitían de unas a otras. Y también fueron matronas que iban de casa en casa. Durante siglos, fueron médicas sin título, excluidas de los libros y de la ciencia oficial, las llamaban mujeres sabias, aunque para las autoridades eran brujas o charlatanas. Antes de que hubiera aparecido la ciencia médica moderna, los profesionales varones eran los que estaban aferrados a las doctrinas no contrastadas con la práctica y a métodos rituales, como la astrología y la alquimia, mientras que las sanadoras representaban una práctica mucho más humana y empírica. La medicina formaba parte de su herencia, pertenecía su historia y a su legado ancestral, aunque les duró poco.

La mayor parte de estas mujeres, condenadas como brujas, eran simplemente sanadoras no profesionales y este hecho marca una de las primeras etapas para eliminarlas de la práctica de la medicina. Estas mujeres utilizaban preparados de hierbas curativas descubiertos por ellas, que continúan utilizándose en la farmacología moderna, como el cornezuelo o la belladona, aunque también empleaban otros muchos remedios que eran pura magia y debían su eficacia, cuando la tenían, a un efecto de la sugestión. Tan amplios eran los conocimientos de las brujas

que en 1527 Paracelso, considerado el padre de la medicina moderna, quemó su manual de farmacología confesando que todo lo había aprendido de ellas⁹⁸.

A través de los siglos, las mujeres fueron consideradas como propiedad de los hombres, sin derechos legales ni poder, por lo que el dominio de los hombres, dentro del campo de la salud, era el principal problema al que se enfrentaba la enfermería ya que, desde los tiempos primitivos el cuidado estuvo ligado a la hembra de la especie. La opresión de las enfermeras fue traducida en la legislación, con leyes en cuya denominación aparecía la palabra “auxiliar” como la Ley de Bases de la Sanidad Nacional de 1944 y en el sistema educativo, en la que estaba supeditada plenamente al médico sin calificación alguna, a través de la legalización del paternalismo. Existía una poderosa combinación del dominio masculino y la discriminación sexual que impedía el reconocimiento de las enfermeras como profesionales iguales que los médicos con el derecho a una práctica independiente⁹⁹. Los estereotipos sobre roles de género, dentro de la profesión de enfermería, así como en cualquier otra profesión, tienen el potencial de limitar su desarrollo profesional. Las profesiones sanitarias tuvieron un sistema de género basado en las ideas del siglo XIX sobre las diferencias innatas entre hombres y mujeres ¹⁰⁰.

La enfermería surgió como una respuesta intuitiva, es decir, sin necesidad de razonamiento, al deseo de mantener saludables a las personas, y de proporcionarles confort y protección a las personas enfermas, constituyendo así su imagen folclórica. Su papel era asumido por aquellas mujeres que presentaban deseo y habilidad para cuidar. El conocimiento que esas mujeres desarrollaban y acumulaban sobre la salud era transmitido oralmente de generación en generación¹⁰¹. El hecho de relegar el cuidado a la esfera personal, producto de las reflexiones de algunas teorías liberales

⁹⁸ Ehrenreich, B., English, D., Brujas, *comadronas y enfermeras. Historia de las sanadoras (1973)*, Traducción de M. Bofill, Barcelona, La Sal, 1988³ pp. 7- 19

⁹⁹ Donahue, P., *Historia de la enfermería (1985)*, Traducción de María Picazo y Carmen Hernández, Barcelona, Doyma, 1985, pp. 352-357.

¹⁰⁰ Bernalte Martí, V., “Minoría de hombres en la profesión de enfermería. Reflexiones sobre su historia, imagen y evolución en España”, *Enfermería Global*, 37 (2015), pp. 328-334.

¹⁰¹ Nauderer, T. M., Dias da Silva, M. A., “Imagem da enfermera: revisão da literatura”, *Revista Brasileira de Enfermagem*, 58/ 1 (2005), pp. 74-77.

modernas, fuera del alcance adecuado de una teoría de la justicia en la sociedad, abre de alguna manera, la vía para una discriminación de género.

El cristianismo les reservó a las mujeres, desde el comienzo, las tareas de cuidado de las personas enfermas y de ayuda a las pobres, especificándoles, además, que debían comportarse de acuerdo a unas normas que implicaban el tipo de ropa que debían poner y el modo de vida honesta que deberían llevar¹⁰².

El Renacimiento fue una época en la que el concepto de enfermería y mujer significaban lo mismo, debido a la persistencia vocación precristiana y ancestral de la mujer, en todo lo concerniente a los cuidados de salud. La formación de las enfermeras tuvo una larga tradición a través de las órdenes religiosas y estas pudieron mostrar su docilidad y vocación de servicio muy relacionadas con la obediencia religiosa. Los médicos primero las aceptaron y después las necesitaron; ellas podían cuidar a las personas enfermas mientras ellos se reservaban la parte científica, el curar¹⁰³.

El argumento clásico relaciona ese estado de subordinación de las mujeres con una diferenciación de los roles sociales, que confinaban a las mujeres en las actividades domésticas y dejaba a los hombres el monopolio de las relaciones públicas y de la política¹⁰⁴. Incluso llega a debatirse la propuesta de que el trabajo del cuidado no necesita estar bien remunerado, ya que los cuidadores reciben recompensas no monetarias porque el cuidado es muy importante para ellos. Sin embargo, este argumento no es válido, ya que, a veces, se etiquetan esas prácticas de forma diferente para mantener las ideologías de género, como algo de mujeres. Por lo que la afirmación de que el cuidado es “natural” y su propia recompensa para algunas personas es más ideológica que real¹⁰⁵. Esta afirmación define el cuidado como una virtud, centrada en los trazos internos, disposiciones o motivaciones de la persona que cuida, lo cual podría suponer que las disposiciones o motivaciones podrían ser el sustituto de esas compensaciones no monetarias. Parece que no se contemplan, para

¹⁰² Duby, G., Perrot, M., *Historia de las mujeres*, Barcelona, Taurus, 2005⁵, pp. 641.

¹⁰³ González, Juárez, L., Velandia-Mora Al., Flores Fernández, V., “Humanización del cuidado de enfermería. De la formación a la práctica clínica”, *Revista Conamed*, 14/1 (2009), pp.40-43.

¹⁰⁴ Duby, G., Perrot, M., *Historia de las mujeres*, Barcelona, Taurus, 2005⁵, p. 144.

¹⁰⁵ Tronto, J.C., *Caring democracy: markets, equality, and justice*, New York, New York University Press, 2013, p. 9.

la enfermería, la posibilidad de reconocimiento social, como sustituto de esas compensaciones no monetarias, que debido a un compromiso y lealtad profesional o voluntario sería pagado con “honorarios” en lugar de con “salarios”.

En esta misma línea, se puede afirmar que la baja remuneración del trabajo del cuidado se puede explicar con varias hipótesis, entre ellas, que implica una función asociada culturalmente a las mujeres y, por lo tanto, desvalorizada y a que los proveedores de cuidados no están en buena posición para negociar más recursos, porque tal negociación pone en riesgo a las personas que están cuidando¹⁰⁶.

El Hastings Center, parece dar respuesta a esta cuestión y ya, en 1996 publicó el documento titulado “Los fines de la medicina” que cuestiona su objetivo tradicional de recuperar la salud y de evitar la muerte, afirmando que se quedó corto y que es demasiado simple e irreal. Los fines de la medicina deben ser algo más que la curación de la enfermedad y el alargamiento de la vida. Se tiene que poner un énfasis especial en aspectos como la prevención de las enfermedades, la paliación del dolor y el sufrimiento, se debe situar al mismo nivel el curar y el cuidar¹⁰⁷. En esta última afirmación se puede encontrar el comienzo de considerar el cuidado inferior a la curación y de considerar a la enfermería inferior a la medicina.

La evolución histórica de la mujer dejó una herencia al concepto de enfermería. Su evolución social y cultural propagó una concepción estereotipada que consiste sólo en ayudar en el proceso de satisfacción de la persona enferma, estando muy alejada de cualquier indicio de protagonismo de dicho logro. Esta es una actitud transmitida a la profesión desde la cultura de género, en el contexto en que la mujer (mayoría en la profesión de enfermería) se ocupa de las tareas menos complejas y ayuda al hombre, siendo casi invisible su actuación¹⁰⁸.

¹⁰⁶ Engster, D., *The heart of justice: care ethics and political theory*, Oxford, Oxford University Press, 2007, p. 130.

¹⁰⁷ Hasting Center, “The goals of medicine” (1996), traducción de la Fundación Grifols, Barcelona, *Cuadernos de la Fundació Víctor Grifols i Lucas*, 11 (2004), pp. 1-79.

¹⁰⁸ Rebolledo-Malpica, D., “Enfermería según la perspectiva deconstructivista de Derrida”, *Revista de la Facultad de Medicina Universidad de Colombia*, 67/ 1 (2019), pp. 91-66.

Es importante subrayar que durante los últimos dos siglos la palabra "enfermera" evolucionó y se asoció a una persona que cuida a los enfermos, no necesariamente del sexo femenino¹⁰⁹, pero no por eso deja de ser, a día de hoy, una profesión muy feminizada.

La posición de la enfermería en el sistema sanitario parte del desarrollo de la acción que sobre ella ejercieron, durante toda su historia, los elementos ideológicos siendo los responsables de pretender definir y delimitar su papel. Desde el inicio de la profesión, desde dentro y fuera de la misma, se crearon los criterios para que se subordinara al médico. La ideología que se crea, a partir de ese momento, tiene como función justificar dicho papel, rodeándola de un aparato ideológico tan importante que limitó su desarrollo como profesión¹¹⁰.

5. La enfermería en España

La Ley de Instrucción Pública de 9 de septiembre de 1857, conocida como Ley Moyano establece el Título Oficial de Practicante, convirtiéndose en la primera referencia legal sobre la formación de la Enfermería en España. Posteriormente, el Real Decreto de 16 de noviembre de 1888 les habilita para el ejercicio de pequeñas operaciones o cirugía menor, además de servir de ayudantes en las grandes operaciones y de realizar las pertinentes curas. Eso sí, con la condición de que lo indique un licenciado en medicina. Este estamento se considera necesario para auxiliar al médico y servirle de subalterno. Con respecto a las matronas, el anterior Real Decreto les autoriza a asistir a los partos naturales, aunque en caso de complicación, deberían avisar, sin demora, a un médico¹¹¹.

El modelo patriarcal de sociedad de finales del siglo XIX se incorporó, con toda naturalidad, a los servicios sanitarios españoles, estando fuera de toda discusión que la enfermera estaba absolutamente supeditada al médico, sin ningún tipo de

¹⁰⁹ Nauderer, T. M., Dias da Silva, M. A., "Imagem da enfermera: revisão da literatura", *Revista Brasileira de Enfermagem*, 58/ 1 (2005), pp. 74-77.

¹¹⁰ León Molina, J., "Enfermería: profesión, humanismo y ciencia", *Enfermería Global* 2 (2003), pp. 1-8.

¹¹¹ Sellán, Soto, M.C., *La profesión va por dentro. Elementos para una historia de la enfermería española contemporánea*, Madrid, Fuden, 2010², pp. 119-122.

espacio propio más autónomo¹¹². En este siglo en España, numerosas causas extrínsecas a los cuidados y a la situación social de las personas cuidadoras, como la situación social de la mujer y la concepción filosófica cristiana, propiciaron que una serie de figuras diferenciadas proporcionaran los cuidados “enfermeros”. No es hasta mediados del siglo XIX que la enfermería tiene un papel profesional reconocido y, por lo tanto, los cuidados estaban proporcionados por la labor de personas, inmersas más en valores morales que en las competencias profesionales¹¹³.

A finales del siglo XIX, más en concreto en 1870, Concepción Arenal, intelectual y feminista, intenta una reforma de la enfermería y de la mujer enfermera con la idea de dotarla de un cuerpo de conocimientos propios, acercándola al estatus de ciencia y alejándola de la caridad religiosa¹¹⁴. Promueve la reforma de los Hospitales centrada en la asistencia, el cuidado y la dimensión práctica de la profesión. Trabaja por el establecimiento de una enfermería laica con una formación que irá cristalizando con el paso del tiempo¹¹⁵.

Por el contrario, en Europa existía, desde hacía tiempo, una enfermería cualitativamente superior e integrada por profesionales cualificados a los que avalaba un título oficial, por lo que era evidente, en España, la necesidad de ampliar el campo de la enfermería cualificada. Esta línea de actuación “europeizante” tuvo su principal punto de apoyo en la creación de centros para la formación de enfermeras¹¹⁶. No mucho más tarde de la creación de la primera escuela de enfermeras en 1860 por Florence Nightingale se funda, en el año 1896, la primera Escuela de Enfermería en España con el nombre de Real Escuela de Enfermeras de Santa Isabel de Hungría. Profesar la religión católica era el requisito fundamental exigido a las aspirantes, además de ser sanas, fuertes y dóciles. La docencia estaba impartida por médicos de

¹¹² Bernalte Martí, V., “Minoría de hombres en la profesión de enfermería. Reflexiones sobre su historia, imagen y evolución en España”, *Enfermería Global*, 37 (2015), pp. 328-334.

¹¹³ Sellán, Soto, M.C., *La profesión va por dentro. Elementos para una historia de la enfermería española contemporánea*, Madrid, Fuden, 2010², p. 103.

¹¹⁴ Granero Alted, M.J., “Historia de la enfermería, historia del género”. *Asociación de Amigos del Archivo Histórico Diocesano de Jaén. I Congreso virtual sobre Historia de las Mujeres* (2009), pp. 1-15.

¹¹⁵ Siles González, J., *El proceso de institucionalización de la enfermería en España*, Madrid, Síntesis, 1996, pp. 227- 240.

¹¹⁶ Hernández Martín, F., *Historia de la enfermería en España*, Madrid, Síntesis, 1996, pp. 238,291.

hospital. Los valores éticos eran los preconizados por la iglesia católica y serán los signos de identidad de las enfermeras españolas hasta bien entrado el siglo XX.

No es hasta 1915 cuando se establece el plan de estudios para ejercer la profesión enfermera, por medio de una Real Orden de 7 de mayo, aunque el motor institucional fue la ya citada Real Escuela de Enfermeras de Santa Isabel de Hungría, y una serie de acontecimientos que condicionaron la necesidad de enfermeras con preparación, como la exigencia establecida por el Real Decreto de 12 de enero de 1904, de Instrucción General de la Sanidad Pública, de que los títulos debían estar legitimados y la práctica profesional regulada y controlada¹¹⁷. Es preciso mencionar que, en lo relativo a la medicina, ya en el año 1231, Federico II estableció un decreto, relativo a la formación médica, que debía durar de 5 años; impuso, asimismo penas de confiscación de bienes y cárcel para quien ejerciera la medicina sin título¹¹⁸. Más tarde en la Inglaterra del siglo XV, Enrique VIII, fundador de la iglesia anglicana, ordenó que se estableciera un sistema de exámenes y de permisos bajo la autoridad de la Iglesia¹¹⁹

Las tres actividades relacionadas con el desempeño profesional practicantes, matronas y enfermeras poseían como característica común la dependencia médica. Las escuelas de enfermería eran femeninas, pertenecían y estaban situadas en los hospitales. Por el contrario, los practicantes eran hombres y estudiaban en las facultades de medicina. La orientación de los estudios de enfermera y matrona se dirigían especialmente al “saber hacer”, a la práctica más que a la reflexión, a la elaboración de criterios o a la toma de decisiones. El buen desempeño parecía consistir sólo en la correcta ejecución, orientación más acorde con los oficios que con las profesiones.

No es hasta 1930 cuando los colegios profesionales de practicantes y matronas comenzaron su andadura. La ley de Bases de la Sanidad Nacional de 1944 establece obligatoriamente que cada provincia española cuente con un Colegio de Auxiliares Sanitarios que integre a practicantes, matronas y enfermeras. En la

¹¹⁷ Sellán, Soto, M.C., *La profesión va por dentro. Elementos para una historia de la enfermería española contemporánea*, Madrid, Fuden, 2010², pp. 127-138.

¹¹⁸ López Piñero, J.M., *Medicina, Historia, Sociedad*, Barcelona, Ariel 1969³, pp. 90-91.

¹¹⁹ Jonsen, Albert R., *Breve historia de la ética médica* (2000). Traducción de. Juan Antonio Medina López. Madrid, Universidad Pontificia de Comillas, 2011 pp. 133-135.

denominación “auxiliar” de dichos colegios queda patente la dependencia respecto de la praxis médica. La orden de 26 de noviembre de 1945 decretó la obligación de estar colegiado para el ejercicio de la actividad¹²⁰.

La denominación como A.T.S., Ayudante Técnico Sanitario, entre 1953 y 1977, a través del Decreto de 4 de diciembre de 1953, como unificación de los estudios de enfermera, practicante y matrona, deja de nuevo patente el significado de ayudante sin autonomía cuya formación está también orientada al “saber hacer”. Este grupo profesional se debatió entre un pasado vocacional caritativo y un enfoque técnico-médico, por lo que no era posible otorgarles identidad enfermera, ya que su objetivo no era proporcionar cuidados enfermeros a las personas enfermas, sino ejecutar procedimientos médicos.

Desde una perspectiva de género, el régimen franquista supuso un retroceso en el desarrollo de la enfermería. Durante cuarenta años el imaginario social de la población española, con respecto a la salud y a la enfermedad, se cimentó en la oración, las órdenes del médico y la obediencia de las enfermeras y matronas. Las mujeres, sólo por ser mujeres, debían ser capaces de cuidar. La dominación del sector sanitario por el estamento médico se vio potenciado por dos factores, el carácter prioritario de los valores masculinos y las normativas que le otorgaron el poder formal a la medicina. La España del siglo XX siguió impregnada de unos valores reproductores de una cultura de dominación masculina. La medicina progresa y cuenta a su disposición con profesionales muy bien adiestrados e instruidos para suplirles, eso sí, sólo cuando les parece conveniente.

Mientras ese era el panorama en nuestro país, en otros lugares, las enfermeras conseguían no sólo formarse y obtener el más elevado rango universitario, sino que además, intentaban crear un corpus doctrinal propio, que llevará a la Enfermería a ser distinguida como disciplina científica. Desde la década de los 50 del siglo XX existieron programas de doctorado en los Estados Unidos¹²¹.

¹²⁰ Sellán, Soto, M.C., *La profesión va por dentro. Elementos para una historia de la enfermería española contemporánea*, Madrid, Fuden, 2010², pp. 170-174.

¹²¹ Sellán, Soto, M.C., *La profesión va por dentro. Elementos para una historia de la enfermería española contemporánea*, Madrid, Fuden, 2010², pp. 188- 236.

Es, sin duda, en este siglo donde se recogen las teorías más importantes de la enfermería, las cuales tuvieron una enorme influencia en los cambios histórico-filosóficos de la profesión enfermera. Pueden destacarse, entre otras, las teorías de Virginia Henderson¹²² que defienden la integridad biopsicosocial de la persona; la de Lydia Hall¹²³ que defendía la necesidad de la atención enfermera a medida que era menos necesaria la atención médica; la de Dorothea Orem¹²⁴ que consideraba la enfermería como la profesión encargada de ayudar al paciente a restablecer su capacidad para el autocuidado, y la de Rosemarie Rizzo Parse¹²⁵, quien preconizaba que el hombre es una unidad vital y, basándose en este concepto de persona, entiende que la enfermería es una ciencia más próxima a las humanidades que a la rama sanitaria. En la misma línea, Jean Watson¹²⁶ ensalza como principal valoración de la enfermería la valoración humanística, buscando respuestas que ayudaran a conformar un cuerpo ético filosófico del que carecía y que, por lo tanto, adoptaba de la medicina.

El Real Decreto 2293/73 de 17 de agosto de 1973 regula las Escuelas Universitarias de Enfermería en España y el Real Decreto 128/77 integra en la universidad las Escuelas de Ayudantes Técnicos Sanitarios. A pesar de la normativa legal, hubo enormes dificultades, en algunos centros, para que los A.T.S. impartieran docencia¹²⁷.

La integración definitiva en la universidad convertirá a los antiguos A.T.S. en Diplomados Universitarios en Enfermería y, en los últimos años, la aplicación en España de la Reforma del Espacio Europeo de Educación Superior condujo a la implantación del Grado en Enfermería¹²⁸.

Comienza a vislumbrarse el cambio de orientación curricular partiendo de la consideración de que los cuidados enfermeros son el tratamiento que establecen los

¹²² Henderson, V., "On nursing care plans and their history", *Nursing Outlook* (1973), pp. 378-379.

¹²³ Hall, L.E., "Center for nursing", *Nursing Outlook* 11(1963), pp. 805-806.

¹²⁴ Orem, D. E., "Views of human beings specific to nursing", *Nursing Science Quarterly* 10/1, pp. 26-31.

¹²⁵ Parse, R.R., "The Human Becoming Theory: The was, is, and will be", *Nursing Science Quarterly* 10/1 (1997), pp. 32-38.

¹²⁶ Watson, J., "Nursing's scientific quest" *Nursing Outlook* 29 (1981), pp.413-416.

¹²⁷ Sellán, Soto, M.C., *La profesión va por dentro. Elementos para una historia de la enfermería española contemporánea*, Madrid, Fuden, 2010², pp. 242, 244.

¹²⁸ García García, I., Gozalbes Cravioto, E., "Surgimiento y desarrollo de la Historia de la Enfermería en España" *Enfermería Global* 12/30 (2013), pp. 305-314.

profesionales para prevenir, resolver o paliar determinados problemas de salud, reales o potenciales que tienen las personas. Por fin se habla de un tratamiento enfermero y se comienzan a explicar los diagnósticos de enfermería. La profesión comienza a creer en la posibilidad de escapar de la dominación médica. Es necesario recordar que, desde mediados del siglo XX, las enfermeras norteamericanas estaban diseñando la formación y el ejercicio profesional desde los nuevos paradigmas y teorías enfermeras, y que este cambio de orientación suponía la autonomía a la hora de cuidar y la colaboración, no dependencia ni sumisión, con otros profesionales como ejes de la actividad profesional¹²⁹.

Con todo, en España no es hasta finales de los años ochenta del siglo pasado, cuando se dan dos hitos primordiales para el avance de la enfermería: la regulación legal de las Direcciones de Enfermería, que permiten a la profesión autorregular su ejercicio, y las Consultas de Enfermería, que favorecen una relación con la persona enferma más directa y autónoma, lo que con el tiempo y el desarrollo de competencias independientes propiciará el reconocimiento, por parte de la sociedad, de la contribución específica a la salud desde el cuidado. No siempre se puede curar, pero siempre se puede cuidar, es un lema que empieza a despuntar en la profesión. Esta comienza a desarrollarse y a expandir su labor, a pesar de las reticencias y dificultades de otras profesiones sanitarias, fundamentalmente de la médica.

Uno de sus últimos logros fue la polémica orden del Ministerio de Sanidad y Consumo por la que se desarrollaba la disposición adicional duodécima de la ley 29/2006, de 26 de julio, de garantías y uso racional de los medicamentos y productos sanitarios que, por una parte, en su artículo 77. 1 afirma: “La receta médica, pública o privada, y la orden de dispensación hospitalaria son los documentos que aseguran la instauración de un tratamiento con medicamentos por instrucción de un médico, un odontólogo o un podólogo, en el ámbito de sus competencias respectivas, únicos profesionales con facultad para recetar medicamentos sujetos a prescripción médica”, dejando fuera a la profesión enfermera y por otra “Sin perjuicio de lo anterior, los enfermeros de forma autónoma, podrán indicar, usar y autorizar la dispensación de

¹²⁹ Sellán, Soto, M.C., *La profesión va por dentro. Elementos para una historia de la enfermería española contemporánea*, Madrid, Fuden, 2010², pp. 251, 252.

todos aquellos medicamentos no sujetos a prescripción médica y los productos sanitarios, mediante la correspondiente orden de dispensación”. Para terminar: “El Gobierno regulará la indicación, uso y autorización de dispensación de determinados medicamentos sujetos a prescripción médica por los enfermeros, mediante la aplicación de protocolos y guías de práctica clínica y asistencial, de elaboración conjunta, acordados con las organizaciones colegiales de médicos y enfermeros y validados por la Agencia de Calidad del Sistema Nacional de Salud”, prescripción, por lo tanto, sujeta a protocolos de elaboración conjunta con la profesión médica.

Mucho tiempo después, el Real Decreto 954/2015, de 23 de octubre, por el que se regula la indicación, uso y autorización de dispensación de medicamentos y productos sanitarios de uso humano por parte de los enfermeros, se afirma en el artículo 3 que para que los enfermeros acreditados puedan llevar a cabo las actuaciones contempladas respecto de los medicamentos sujetos a prescripción médica, será necesario que el correspondiente profesional prescriptor haya determinado previamente el diagnóstico, la prescripción y el protocolo o guía de práctica clínica y asistencial a seguir. Será en el marco de dicha guía o protocolo en el que deberán realizarse aquellas actuaciones, las cuales serán objeto de seguimiento por parte del profesional sanitario que lo haya determinado a los efectos de su adecuación al mismo, así como de la seguridad del proceso y de la efectividad conseguida por el tratamiento. La diferencia con la Ley del 2006 es que los protocolos no se realizarán de manera conjunta sino dirigida. A la vista de lo anterior se podría afirmar que no se trata de una función autónoma, sino más bien semeja una prescripción tutelada por el colectivo médico.

En la actualidad, los cambios en la enfermería se hicieron evidentes, sobre todo con la adquisición del nivel de grado y con las publicaciones científicas de la disciplina. Se puede decir que su historia debe ser dividida en un antes y en un después de su era universitaria. Este logro la pone a la altura científica y académica de cualquiera otra profesión sanitaria, al mismo tiempo que le proporciona las herramientas necesarias para emanciparse como una profesión de poder, donde la cultura doméstica y de género quede como parte de su historia. Esta condición y disposición al cambio, proporciona un marco para la transición de las actividades

domésticas a las profesionales, generando una conciencia crítica en la disciplina y permitiendo reconocer la necesidad de separar a la enfermería de la mujer y del papel que la historia le atribuye a esta última. Aun así, la enfermería debe asumir que la herencia de su evolución histórica, además de dejarle importantes marcas en su pasado, le acercó, al mismo tiempo, a su objeto identificativo: el cuidado¹³⁰. Por lo cual, el género fue uno de los responsables de la imagen social y de los roles asignados a la enfermería desde sus inicios hasta la actualidad¹³¹.

Por tanto, lo fundamental y constitutivo de la enfermería es el cuidado, mientras que la curación es complementaria a su objetivo fundamental. Por el contrario, lo fundamental y constitutivo de la medicina es la curación y el cuidado es complementario. Así lo reconoce la O.M.S., que en su Informe Técnico 860/ 1996, sostiene que “la Enfermería es un arte y una ciencia; requiere el entendimiento y la aplicación de determinados conocimientos teóricos y prácticos y se vale de conocimientos y técnicas derivadas de las humanidades y de las ciencias físicas, sociales y biomédicas”¹³². Afirma, además, que las enfermeras son el eje de los sistemas sanitarios y desempeñan un papel crucial tanto en la promoción de la salud como en la prevención, el tratamiento y los cuidados¹³³.

Actualmente, las actividades que las enfermeras pueden llevar a cabo no sólo son de tipo asistencial sino además docente, de investigación y de gestión.

¹³⁰ Rebolledo-Malpica, D., “Enfermería según la perspectiva deconstructivista de Derrida”, *Revista. Facultad de Medicina. Universidad de Colombia* 67/ 1 (2019), pp. 91-66.

¹³¹ Granero Alted, M.J., “Historia de la enfermería, historia del género”. *Asociación de Amigos del Archivo Histórico Diocesano de Jaén. I Congreso virtual sobre Historia de las Mujeres* (2009), pp. 1-15.

¹³² Castrillón Agudelo, M.C., “Desarrollo disciplinar de la enfermería”, *Investigación y Educación en Enfermería* 20/ 1 (2002), pp. 82-88.

¹³³ Organización Mundial de la salud. *Informe Técnico 860 de 1996*, Ginebra, O.M.S., 1996. Disponible en https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/41914/9243208608_spa.pdf?sequence=1&isAllowed=y (ultima visita, 9 de septiembre 2022).

CAPITULO II

LA OBJECIÓN DE CONCIENCIA: MARCO CONCEPTUAL

1. La libertad de conciencia

En el mundo griego, la comunidad sirve como cauce para la transmisión, a través de las generaciones, de las creencias, las costumbres, las leyes y las instituciones. Las creencias, por tanto, eran comunitarias, el individuo no las descubre, ni las crea ni las racionaliza. La comunidad política está identificada con la comunidad cultural, en la que están plenamente integradas las creencias religiosas. Esta vinculación entre comunidad política y cultural explica la inexistencia de una libertad de creencias, tal y como puede estar concebida actualmente. En Roma la recepción y vigencia del modelo griego fue total, al igual que se proyectó en la cristiandad medieval y en el Estado-nación. La característica de este Estado radica en que asume una determinada religión y la impone a todos sus súbditos y como consecuencia del desencuentro entre las creencias religiosas se producen persecuciones, destierros, condenas a muerte y guerras de religión. El respeto a las diferencias religiosas viene de la mano de la tolerancia, como aceptación resignada de la diferencia en aras de la paz.

A lo largo de la Edad Media, el fenómeno político más peculiar ha sido la presencia de una comunidad política y de una comunidad cultural cristiana íntimamente unidas o fusionadas. Para el reconocimiento de la separación Iglesia y Estado y de la libertad religiosa fue necesario esperar a las revoluciones del siglo XVIII.

La Edad Moderna, entre los siglos XVI y XVIII, anuncia el fin de un periodo y el comienzo de un nuevo marco de convivencia para la humanidad¹³⁴. La reforma protestante consiguió sustituir la idea de “orden” por la de “autonomía”; o la de orden “natural” por el orden “moral o de la libertad”. Comienzan a proponerse unas relaciones humanas más horizontales, democráticas y simétricas en relación a las excesivamente verticales, monárquicas y paternalistas del orden jerárquico medieval¹³⁵, se alzan voces y argumentos de la distinción entre el hombre en estado de naturaleza y en sociedad y, finalmente se reconoce la libertad individual anterior a su condición social, irrenunciable tras su incorporación a la comunidad. La ruptura de la

¹³⁴ Souto Paz, J.A., *Comunidad política y libertad de creencias. Introducción a las libertades públicas en el derecho comparado*, Madrid, Marcial Pons, 2007, pp. 15-28.

¹³⁵ Gracia Guillen, D., *Fundamentos de bioética*, Madrid, Triacastela, 2007, pp. 16- 17.

comunidad política y la comunidad cultural es condición necesaria para el ejercicio efectivo de la libertad individual¹³⁶. En este periodo histórico es cuando el pluralismo, la democracia, los derechos humanos civiles y políticos fueron conquistados¹³⁷.

La llegada de la Ilustración supone la salida del hombre de su incapacidad de decidir por sí mismo sin la guía de otro. Kant la denomina minoría de edad porque en la sociedad se había instalado un sistema paternalista que calificaba a todos sus miembros como incapaces para tomar decisiones y, en base a esa supuesta incapacidad, unos dirigentes cualificados tomaban las decisiones en nombre de cada individuo, a los cuales se les había sustraído esa capacidad. El argumento era que el sacerdote, el rey, el juez o el médico tenían el privilegio exclusivo de ser intermediarios de los dioses, es decir, de conocer su voluntad y de ejecutarla¹³⁸ o puede que también fuese debido a su condición de profesión, condición que sólo ostentaban esos tres roles ocupacionales, el teológico, el jurídico y el sanitario y que, como ya se mencionó en el capítulo I, contaban con una reminiscencia religiosa: la idea de una tarea impuesta por dios.

La formalización de las libertades públicas se produce con las Declaraciones Norteamericana¹³⁹ y Francesa¹⁴⁰, a finales del siglo XVIII. En la Constitución se excluyen las creencias religiosas del ámbito de competencia de los poderes públicos como requisito indispensable para el reconocimiento pleno y eficaz de la libertad religiosa: la neutralidad religiosa del Estado se considera condición necesaria para el pleno reconocimiento de la libertad de creencias. Se producen así las dos rupturas fundamentales respecto al mundo clásico: la dicotomía comunidad política y comunidad cultural y la dicotomía individuo y comunidad, en la que el individuo es titular de unos derechos y libertades, al margen de su condición de miembro de la

¹³⁶ Souto Paz, J.A., *Comunidad política y libertad de creencias. Introducción a las libertades públicas en el derecho comparado*, Madrid, Marcial Pons, 2007, pp. 15-28

¹³⁷ Gracia Guillen, D., *Fundamentos de bioética*, Madrid, Triacastela, 2007, pp. 16, 17.

¹³⁸ Souto Paz, J.A., *Comunidad política y libertad de creencias. Introducción a las libertades públicas en el derecho comparado*, Madrid, Marcial Pons, 2007, pp. 139-140.

¹³⁹ Declaración de Independencia de los Estados Unidos de América, de 4 de Julio de 1776, aprobada por el Congreso de los Estados Unidos, disponible en [Declaration of Independence: A Transcription | National Archives](#) (última visita, 9 de septiembre de 2022).

¹⁴⁰ Declaración de los Derechos del Hombre y del Ciudadano, proclamada por la Asamblea Nacional en 1789, disponible en [Justicia / Textos y reformas / Declaración de los Derechos del Hombre y del Ciudadano de 1789 \(justice.gouv.fr\)](#) (última visita, 9 de septiembre de 2022)

comunidad constituyendo estas dos rupturas el fundamento de las libertades públicas modernas¹⁴¹.

A partir de la Ilustración ha ido afirmándose el carácter autónomo y absoluto del individuo, tanto en el orden religioso como en el político lo que llevó a la formulación del “principio de libertad moral”, definido de la siguiente manera: todo ser humano es agente moral autónomo, y como tal debe ser respetado por todos aquellos que mantienen posiciones morales distintas. Ninguna moral puede imponerse a los seres humanos en contra de los dictados de su conciencia¹⁴².

La autonomía individual frente al dogma se va a producir, en primer lugar, en el campo religioso. El reconocimiento de la libertad política supondrá, posteriormente, la crisis del paternalismo y, por lo tanto, la libertad de creencias se convertirá en la primera libertad especializada reconocida en la modernidad y garantizada expresamente en el art. 18 de la Declaración Universal de Derechos Humanos de 1948¹⁴³. Esta Declaración, con voluntad universal, fue integrada en las legislaciones nacionales y muchas Constituciones nacionales la mencionan expresamente. En la misma línea se manifiesta, el artículo 18, del Pacto Internacional de Derechos Civiles y Políticos de 1966¹⁴⁴.

La libertad de creencias que reconoce y garantiza la Declaración Universal de Derechos Humanos, en su versión de libertad de pensamiento, conciencia, religión, creencias o convicciones, se encuentra referida al ámbito de la autonomía personal que comprende la propia concepción del mundo y de uno mismo, el cual debería ser inmune a cualquier coerción exterior. Esta libertad de creencias debe limitarse a

¹⁴¹ Souto Paz, J.A., *Comunidad política y libertad de creencias. Introducción a las libertades públicas en el derecho comparado*, Madrid, Marcial Pons, 2007, p. 27

¹⁴² Gracia Guillen, D., *Fundamentos de bioética*, Madrid, Triacastela, 2007, p.17.

¹⁴³ Declaración Universal de Derechos Humanos, Declaración Universal de Derechos Humanos, adoptada y proclamada por la Asamblea General en su Resolución 217 A (III), de 10 de diciembre de 1948, disponible en https://www.ohchr.org/sites/default/files/UDHR/Documents/UDHR_Translations/spn.pdf (última visita, 9 de septiembre de 2022).

¹⁴⁴ Pacto internacional de Derechos Civiles y Políticos, proclamado en Nueva York el 19 de diciembre de 1966, disponible en https://www.mjusticia.gob.es/es/AreaTematica/LibertadReligiosa/Documents/1292427564385-Pacto_Internacional_de_Derechos_Civiles_y_Politicos_de_19_de_diciembre_de_1966.PDF (última visita, 9 de septiembre de 2022).

garantizar un ámbito de autonomía personal, no debe confundirse con la libertad religiosa institucional, ideológica o filosófica.

En España, el periodo constitucional que se inicia con la Constitución de 1812 supone el establecimiento de la confesionalidad católica como principio rector de la regulación religiosa. Este texto consagra la confesionalidad del Estado y la intolerancia religiosa. Frente a esta intolerancia religiosa, derivada de la falta de reconocimiento de la libertad religiosa, la Constitución de 1837 adopta una mera confesionalidad sociológica. Por el contrario, la Constitución de 1845 vuelve, de nuevo, a la confesionalidad formal de la Constitución de 1837. Con la Constitución de 1869, aunque limitadamente, se reconoce la libertad religiosa. Por su parte, la Constitución de 1876 es de carácter confesional, a la hora de definir la posición del Estado ante el hecho religioso, pero tolerante respecto a la libertad religiosa. En la Segunda República, la Constitución de 1931 y la legislación de desarrollo son el reflejo de la corriente anticlerical; la Constitución declara que el Estado español no tiene religión oficial, en contraposición con la confesionalidad católica que había presidido el constitucionalismo español del siglo XIX. Contiene, además, una serie de disposiciones de tendencia laicista. El régimen político surgido de la Guerra Civil (1936-1939) impuso un cambio sustancial en estas relaciones, retornándose a la fórmula confesional que implicará la supresión del derecho a la libertad religiosa como la concebía la Constitución republicana. Finalmente, la Constitución de 1978 garantiza la libertad ideológica, religiosa y de culto de los individuos y las comunidades¹⁴⁵.

La libertad religiosa genera un deber de no interferencia, tanto para los poderes públicos como para todos los demás sujetos privados. Tal como la concibe la Constitución Española no sólo se identifica con la tolerancia, sino que significa el reconocimiento, de carácter individual, con el que cuenta la opción religiosa, considerando el elemento religioso un factor más del bien común¹⁴⁶.

Que la libertad es un derecho ha sido siempre el santo y seña del liberalismo, libertad básica que se denominó "libertad de conciencia". La conciencia

¹⁴⁵ Souto Paz, J.A., *Comunidad política y libertad de creencias. Introducción a las libertades públicas en el derecho comparado*, Madrid, Marcial Pons, 2007, pp. 13-14.

¹⁴⁶ Iban, I.C., Sanchis, L.P., Motilla, A., *Manual de Derecho Eclesiástico*, Madrid, Trotta, 2004, pp. 26-54.

es el ámbito de los valores y creencias: todos las personas tienen el deber de respetarla, precisamente porque todos tienen el derecho a construir su vida de acuerdo con sus propios valores y creencias¹⁴⁷. Por tanto, limitar la obediencia al derecho tiene por objeto intentar salvar una mínima parcela de lo humano ya que, los imperativos de la conciencia son objetivos y válidos, para una persona singular en un momento singular en un orden social destinado a mantener y asegurar las relaciones de poder. Este es el significado que, en las modernas Constituciones, se le da a la inviolabilidad de la libertad de conciencia. Significado que también definía Montesquieu cuando afirmaba que en un Estado donde hay leyes la libertad sólo puede consistir en poder hacer lo que se debe querer hacer y no en estar forzado a hacer lo que no se debe querer hacer¹⁴⁸.

La libertad de conciencia se puede definir como la libertad de vivir y actuar de acuerdo con el propio sistema ético. El reconocimiento de esta libertad tiene como consecuencia la aparición de conflictos entre los valores éticos individuales y las normas jurídicas de aplicación general¹⁴⁹.

La libertad de conciencia es una libertad frente al Estado. Está compuesta por un abanico de derechos individuales que los poderes públicos tienen el deber de reconocer y garantizar. Forma parte de ese deber de preservar y proteger el derecho del individuo a formar libremente su conciencia, como el de actuar conforme a sus dictados morales o religiosos.

La relación entre libertad de conciencia y libertad ideológica ha dado lugar a largos debates entre quienes entienden que la libertad de conciencia abarca la libertad ideológica y religiosa, quienes consideran que la libertad de conciencia forma parte del contenido de las libertades ideológica y religiosa, y quienes sostienen que la libertad de conciencia es una libertad autónoma¹⁵⁰.

¹⁴⁷ Gracia, D., *Como arqueros al blanco*, Madrid, Triacastela, 2004, p. 286.

¹⁴⁸ González Vicén, F., "La obediencia al derecho" en *Estudios de filosofía del derecho*. Universidad de la Laguna (1979), pp. 396-398.

¹⁴⁹ Garcimartín Montero, M.C., "La objeción de conciencia en España", *Revista General de Derecho Canónico y Derecho Eclesiástico del Estado* 57 (2021), pp. 1-48.

¹⁵⁰ Garcimartín Montero, M.C., "La objeción de conciencia en España", *Revista General de Derecho Canónico y Derecho Eclesiástico del Estado* 57 (2021), pp. 1-48.

La libertad de conciencia está referida a la libertad para creer o no creer, a la libertad para expresar, manifestar y participar de esas convicciones o creencias y a la libertad para comportarse conforme a ellas y no ser obligado a contravenirlas. La libertad para creer o no es una libertad interior por lo que su contenido queda al margen del derecho; por el contrario, la libertad para expresar, manifestar y participar, al exteriorizarse, entra ya dentro del ámbito jurídico. La tercera fase, también externa, implica el derecho de los individuos a comportarse conforme a la ideología o creencias adoptadas interiormente y a no ser obligados a hacerlo en forma contraria.

Un sistema pluralista es el que valora positivamente y protege la pluralidad ideológica, facilitando el ejercicio de las libertades. En estos Estados pluralistas, la sociedad debe estar suficientemente diversificada y organizada para expresar la diferencia de intereses. No existe una doctrina oficial excluyente, ni están tipificadas como delitos todas las demás doctrinas, ni la ciudadanía es castigada ni perseguida por no profesar la doctrina oficial, por lo que es, en este contexto, donde resulta posible el reconocimiento de la libertad de conciencia.

Si el ordenamiento jurídico quiere prevenir las contradicciones entre las normas jurídica y de conciencia debe intentar armonizar los principios de unidad y de pluralismo, proporcionando autonomía a las distintas minorías y, por tanto, la norma jurídica sólo debe coartar la libertad de conciencia por razones esenciales.

Apuntaba Ortega y Gasset que a diferencia de las *ideas* que tenemos, hay unas ideas que somos, en las que estamos, a las que llama *creencias*. Afirma que no puede existir vida humana sin ciertas creencias básicas, aunque no menciona nada acerca de sus límites.

Sin embargo es necesario tener en cuenta que el ámbito de la libertad de creencias puede ser objeto de limitaciones que la ley debe establecer. Estos límites de la manifestación de la libertad de creencias, deben estar orientados a salvaguardar: los derechos y libertades de los demás, el orden público protegido por la ley concretado en la seguridad, la salud y la moral públicas¹⁵¹.

¹⁵¹ Souto Paz, J.A., *Comunidad política y libertad de creencias. Introducción a las libertades públicas en el derecho comparado*, Madrid, Marcial Pons, 2007, pp. 173.

El reconocimiento de los derechos fundamentales implica, " el reconocimiento del principio general de distribución: una esfera de libertad del individuo, ilimitada en principio, y una posibilidad de injerencia del Estado, limitada, en principio, mensurable y controlable"¹⁵².

¿Basta cualquier oposición al cumplimiento de una norma sin alegar las razones que la sustentan? ¿Basta cualquier razón para que el individuo la considere legítima? Si llegamos a la conclusión de que cualquier norma jurídica es susceptible de objeción, nos encontraremos con el absurdo de que cada cuál será libre de cumplir o no la legalidad de acuerdo con el dictado de su propio juicio. Afirmar la soberanía de la conciencia en cualquier supuesto, sin restricciones ni límites, significa convertir el estado de derecho en algo materialmente impracticable y/o en un estado totalitario¹⁵³.

En una línea totalmente opuesta se afirma que quién debe limitarse es la sociedad política: "en la Europa moderna, los individuos han tomado conciencia de su autonomía y exigen el respeto, como deber, de los demás. El individualismo es la auténtica filosofía de la sociedad occidental, pues vincula autonomía individual, igualdad de respeto y la noción de sociedad como producto de voluntades individuales. La sociedad política ha de autolimitarse y no invadir el ámbito de la privacidad de los individuos, en el que sin duda están comprendidos los aspectos de conciencia"¹⁵⁴. Esta afirmación está en sintonía con la idea de que los gobiernos controlan a la población ideológicamente influyendo en sus deseos y pensamientos, incluso haciendo que quieran cosas opuestas a su propio interés. Y yo me pregunto, si sólo los gobiernos ejercen ese poder, o también pueden ejercerlo otros colectivos como los grupos de interés o de presión. A este mismo nivel, ¿qué garantiza que la conciencia individual no esté ideologizada o dirigida por intereses egoístas o ambiciosos...?¹⁵⁵. Pues nada lo garantiza, respondo.

El derecho debe dictar normas válidas para todos, independientemente de sus criterios morales y es aquí, precisamente donde surge el viejo conflicto entre el

¹⁵² Schmitt, C. *Verfassungslehre* (1928), traducción de F. Ayala, Madrid, Alianza, 1982, p. 170.

¹⁵³ *Comité de Bioética de España sobre la objeción de conciencia en Sanidad*, Madrid, 2011, p.12.

¹⁵⁴ Lukes, S., *El individualismo* (1973). Traducción de J.L. Álvarez, Barcelona, Península, 1975 p. 77.

¹⁵⁵ Cortina Orts, A, "La justificación ética del Derecho como tarea prioritaria de la filosofía política. Una discusión desde John Rawls", *Doxa* 2, 1985, pp. 129-144.

deber moral y el deber jurídico, para el que el derecho no cuenta con otra solución más que regular los límites¹⁵⁶.

En este contexto de conflicto entre el derecho y sus límites es donde se plantea la cuestión de la objeción de conciencia. Por tanto, se puede decir que es lo mismo que la libertad de conciencia en caso de conflicto, es decir, la situación en la que se halla la libertad de conciencia cuando su ejercicio se encuentra frente a razones opuestas derivadas de una norma o imperativo¹⁵⁷.

2. La objeción de conciencia

Desde la rebeldía de Antígona hasta la desobediencia perpetrada por los desobedientes históricos, desde la Antigüedad hasta la actualidad, la tensión entre sociedad e individuo, ley y moral, se encuentra en el origen del pensamiento filosófico-jurídico a lo largo de la historia¹⁵⁸.

Sin embargo, la objeción de conciencia es un fenómeno moderno que solamente puede existir en sociedades plurales y diversas en valores. Dichas sociedades asumen el compromiso político de tratar a los individuos como agentes morales y respetar el valor de su conciencia¹⁵⁹. Se trata de un concepto vinculado generalmente al servicio militar y a la participación en la guerra. La primera vez que puede constatarse el uso de la expresión “objeción de conciencia” fue en la *British Vaccination Act* de 1898 que establecía una cláusula de conciencia para permitir exenciones a la vacunación obligatoria de la viruela¹⁶⁰.

En los últimos años se ha producido una multiplicación de supuestos y de modalidades, hace décadas era un fenómeno marginal, cuya primera razón era, casi

¹⁵⁶ Casado, M., “A vueltas sobre las relaciones entre la bioética y el derecho”, *Bioetica* 1/19 (2011), pp. 15–28.

¹⁵⁷ Prieto Sanchís, L., “Libertad y objeción de conciencia” 54(2006), pp. 259-273.

¹⁵⁸ Triviño Caballero, R., *El peso de la conciencia. La objeción en el ejercicio de las profesiones sanitarias*, Consejo Superior de Investigaciones Científicas, Madrid, 2014 p. 88.

¹⁵⁹ Couceiro A, Seoane, J.A., Hernado, P., *La objeción de conciencia en el ámbito clínico. Propuesta para un uso apropiado* (I), *Revista de calidad asistencial* 29/3 (2011), pp. 188-193.

¹⁶⁰ Triviño Caballero, R., *El peso de la conciencia. La objeción en el ejercicio de las profesiones sanitarias*, Consejo Superior de Investigaciones Científicas, Madrid, 2014 p. 89.

exclusivamente, religiosa, aunque el discurrir de los tiempos ha traído la secularización de los motivos y el incremento de los casos.

La presencia de condiciones para la desobediencia en general y para la objeción de conciencia en particular sólo puede estar moralmente justificada en Estados justos o que se aproximen al ideal de justicia. Este tipo de Estados, calificados como democráticos, deben reunir por lo menos tres condiciones: los gobernantes deben ser elegidos por el pueblo periódicamente mediante sufragio universal libre e igual; debe existir cierta separación de poderes, especialmente en los órganos de decisión sobre la situación jurídica de las personas; y, finalmente, la ciudadanía debe gozar de derechos que pueden hacerse valer frente a cualquier poder¹⁶¹, ya que la regla de la mayoría no implica una soberanía absoluta sobre la ciudadanía porque las razones de conciencia son las últimas para la acción¹⁶².

Las razones que confieren legitimidad a estos Estados son: el consentimiento de la ciudadanía, los valores de autonomía individual, libertad e igualdad, que las obligaciones jurídicas sean el resultado de acuerdos y no de imposiciones lo cual fortalece la idea de obligación política, de vinculación moral al Derecho, así como de una posible justificación de la desobediencia. Finalmente, la legitimidad viene dada porque la democracia concibe al individuo como fin y al Estado como medio. Esta es la causa de que estos regímenes presenten un marco político en el que el individuo ostenta una protección prioritaria.

Sean cual sean las conclusiones alcanzadas en torno a la legitimidad o justificación moral de la objeción de conciencia, es evidente que el Derecho positivo puede asumirlas totalmente, en parte o rechazarlas categóricamente. Los distintos ordenamientos jurídicos adoptan posiciones diversas: un rechazo total de la objeción de conciencia, equivaldría a considerarla como un acto criminal y, por tanto, la imposición de la correspondiente sanción. También es posible una criminalización general de la misma junto al reconocimiento específico de alguna modalidad particular,

¹⁶¹ Gascón Abellán, M., *Obediencia al derecho y objeción de conciencia*, Madrid, Centro de Estudios Constitucionales, 1990, pp. 177-179.

¹⁶² Seoane, J. A., "Nuevas formas de objeción de conciencia sanitaria" en *Una filosofía del derecho en acción*, Madrid, Congreso de los Diputados, Dirección de Estudios, Análisis y Publicaciones. Departamento de Publicaciones : Universidad Rey Juan Carlos, 2015, "pp. 2385-2405, p. 2385".

lo que implica regulación caso a caso y, también la posibilidad de un sistema jurídico que, incluyendo o no, algún reconocimiento específico, comprenda un derecho general a la objeción de conciencia¹⁶³. Forma, por tanto, parte de una gama de fenómenos de desobediencia al derecho, al igual que la desobediencia civil, por razones de moralidad o justicia¹⁶⁴.

2.1 Concepto de objeción de conciencia

La objeción de conciencia se plantea como consecuencia de un conflicto entre la norma jurídica y alguna norma moral, en el que el sujeto es relevado del deber de obediencia¹⁶⁵. En el caso del objetor de conciencia, la moral se prioriza sobre derecho¹⁶⁶. También se puede plantear como un conflicto entre un deber jurídico y un deber moral; aunque también puede producirse entre un deber jurídico y un derecho moral, y definirla como un derecho sustantivo, el de no cumplir una obligación jurídica por motivos de conciencia, por lo que la objeción sería una obligación que pesa sobre el poder público de “no obligar” ni castigar a quién reúna la condición de objetor.

Incluso puede ser interpretada como conflicto entre deberes, uno de naturaleza moral y otro de naturaleza jurídico-política, como conflicto de valores o como conflicto de derechos, aunque su significado sea siempre el mismo¹⁶⁷.

No poniendo en duda la afirmación acerca de que el significado de la objeción de conciencia sea siempre el mismo, los matices utilizados pueden indicar el grado o nivel de intensidad de lo que se quiere destacar, difuminar o entender del mismo concepto. En este sentido, es importante analizar dos visiones de su definición, por un lado, la de un órgano colegiado de carácter permanente y

¹⁶³ Gascón Abellán, M., *Obediencia al derecho y objeción de conciencia*, Madrid, Centro de Estudios Constitucionales, 1990, pp. 180-182.

¹⁶⁴ Gascón Abellán, M., “Defensa de la objeción de conciencia como derecho general”, *Eunomia, Revista en Cultura de la Legalidad*, 2019, pp. 85-101.

¹⁶⁵ Gascón Abellán, M., *Obediencia al derecho y objeción de conciencia*, Madrid, Centro de Estudios Constitucionales, 1990, pp. 203-204.

¹⁶⁶ Scarpelli, U., “Dovere morale, obbligo giuridico, impegno politico”, *Il Mulino* (1982), p. 173.

¹⁶⁷ Couceiro A, Seoane, J.A., Hernado, P., *La objeción de conciencia en el ámbito clínico. Propuesta para un uso apropiado* (I), *Revista de calidad asistencial* 29/3 (2011), pp. 188-193.

consultivo, con una visión pluralista de consenso, como es la Comisión Española de Bioética y, por otro, como contrapunto, una visión individual con el derecho como referente

El Comité de Bioética de España define en el 2011 y ratifica en el 2021 la objeción de conciencia¹⁶⁸ como la negativa de una persona a realizar ciertos actos o a tomar parte en determinadas actividades, jurídicamente exigibles para el sujeto, para evitar una lesión grave de la propia conciencia. Consiste en manifestar la incompatibilidad entre los dictados de la conciencia individual y determinadas normas del ordenamiento jurídico a las que la persona se encuentra sujeta, con objeto de ser eximida de llevarlas a cabo sin sufrir sanción.

En esta definición que aporta el Comité de Bioética de España sólo se hace referencia a actos omisivos. Esta tendencia a explicar los casos de objeción de conciencia en términos de una conducta omisiva considerándola como el incumplimiento de un mandato en sentido estricto está bastante generalizada entre los especialistas¹⁶⁹, a diferencia de lo que ocurre con la desobediencia civil que, todos reconocen, puede consistir tanto en un hacer como en un omitir, es decir, un dictamen de conciencia que manda hacer lo que la ley prohíbe o no hacer lo que la ley exige.

Si el propósito del profesional que objeta queda claro, no hay razón para no admitir el ejercicio de una objeción de conciencia positiva, referida a otro tipo de deber jurídico, pues no parece existir una exigencia de que la objeción haya de ser siempre una omisión¹⁷⁰.

Parece más lógico que la objeción sea contra mandatos más que contra prohibiciones, ya que las normas que mandan hacer algo autorizan solamente una

¹⁶⁸ Comité de Bioética de España, *Opinión sobre la objeción de conciencia en Sanidad*, Madrid, 2011, p.3, disponible en <http://assets.comitedebioetica.es/files/documentacion/Informe%20CBE%20sobre%20la%20Objecion%20de%20Conciencia.pdf> (última visita, 9 de septiembre 2022). Comité de Bioética de España, *Informe del Comité de Bioética de España sobre la objeción de conciencia en relación con la prestación de la ayuda para morir de la Ley Orgánica reguladora de la eutanasia*, Madrid, 2021 p. 12, disponible en <http://assets.comitedebioetica.es/files/documentacion/Informe%20CBE%20sobre%20la%20Objecion%20de%20Conciencia.pdf> (última visita, 9 de septiembre 2022).

¹⁶⁹ Gascón Abellán, M., *Obediencia al derecho y objeción de conciencia*, Madrid, Centro de Estudios Constitucionales, 1990, p. 79.

¹⁷⁰ Wicclair, M. R., "Positive claims of conscience and objections to immigration law", *Virtual Mentor. American Medical Association Journal of Ethics* 15/3 (2013), pp. 16-21

acción y las que prohíben algo permiten todas las conductas menos esa¹⁷¹. Tradicionalmente, la objeción de conciencia se admitió en sentido positivo y no negativo, y así fue aceptada por nuestra jurisprudencia; es decir, se admite la posibilidad de que la objeción se exprese en forma de acción y no de omisión como tradicionalmente venía ocurriendo¹⁷².

Centrada en la relación sanitaria, la objeción de conciencia puede ser abordada desde dos puntos de vista: como la colisión entre el derecho a la libertad de conciencia del profesional y una norma jurídica que reconoce el derecho a una prestación sanitaria. Por lo que respecta al conflicto de deberes, parte de respetar las elecciones ajenas y de preservar las propias convicciones¹⁷³. Todo problema moral parte siempre de un conflicto de valores. Uno de esos valores es el respeto de la conciencia del profesional, que, por razones morales, considera que no debe realizar o participar en la ejecución de un acto concreto. El otro valor es el respeto del derecho de la otra parte a una prestación sanitaria que considera valiosa y que es legal. En Derecho es frecuente considerar la objeción de conciencia como una colisión de derechos, por el contrario, en ética es más adecuado entenderla como un conflicto de valores, sin prejuzgar si son derechos o de que tipo en caso de que lo fueran¹⁷⁴.

También puede definirse como un modo de proteger los valores de las minorías, en las sociedades en las que las leyes se aprueban por mayoría y se supone que expresan los valores de la misma, razón por la cual se ha de considerar correcto lo que estipula la ley, aunque también es obvio, que una minoría no lo verá así¹⁷⁵.

Para el Tribunal Constitucional, S.T.C. 161/1987, de 27 de octubre, la objeción de conciencia es “el derecho a ser eximido del cumplimiento de los deberes constitucionales o legales por resultar ese cumplimiento contrario a las propias convicciones” y que cuenta con las siguientes características: la norma se rechaza sólo

¹⁷¹ Gascón Abellán, M., *Obediencia al derecho y objeción de conciencia*, Madrid, Centro de Estudios Constitucionales, 1990, p. 81.

¹⁷² Seoane, J.A., “Objeción de conciencia positiva”, *Bioética y Derecho* 32 (2014), pp. 34-45.

¹⁷³ Triviño Caballero, R., *El peso de la conciencia. La objeción en el ejercicio de las profesiones sanitarias*, Consejo Superior de Investigaciones Científicas, Madrid, 2014. pp. 58-61.

¹⁷⁴ *Ética de la objeción de conciencia. Guías de ética en la práctica médica*, Madrid Fundación Ciencias de la salud, 2008. pp. 8-9.

¹⁷⁵ Gracia, D., “Objeción de conciencia: las lecciones de un debate”, *Revista de Calidad Asistencial* 26/3 (2011), pp. 143-145.

en cuanto afecta al sujeto personalmente, el cual sólo pretende no cumplir la norma sin tener como objetivo derogarla o modificarla¹⁷⁶. El objetor puede no negar la legitimidad de la ley, absteniéndose sólo de colaborar en su aplicación en situaciones concretas¹⁷⁷.

La objeción de conciencia supone siempre el incumplimiento de algún deber jurídico que, en ocasiones, se corresponde con derechos de otras personas frustrando expectativas de comportamiento que algún individuo o el conjunto de la comunidad tiene en relación con el sujeto objetor¹⁷⁸. Es necesario excluir del ámbito de la objeción los casos en los que el conflicto entre ambos deberes no sea absoluto, es decir, cuando los deberes sean alternativos o cuando un único deber cuente con diversas formas de cumplimiento¹⁷⁹.

Lo que nunca puede hacer la objeción de conciencia es amparar decisiones clínicas mal tomadas¹⁸⁰. Para ello, es necesario que el personal sanitario la distinga de otros sentimientos producidos por situaciones que no controla. Los fines de la medicina tradicional eran solamente curar y salvar, por lo que la objeción de conciencia se sostenía en la concepción de la vida como valor supremo pero este valor se enriqueció con otros valores complementarios por lo que no se debe apelar a la objeción de conciencia en aquellas prácticas que forman parte de los nuevos fines de la medicina. Sería el caso, por ejemplo, de querer mantener la vida a toda costa, negándose a realizar una adecuación del esfuerzo terapéutico o no velar por una muerte en paz rechazando administrar suficiente cloruro mórfico para no acortar la conciencia en fases terminales y agónicas, el alegato a razones de conciencia en estos

¹⁷⁶ STC 161/1987, de 27 de octubre. "BOE" núm. 271, de 12 de noviembre de 1987, pp. 34 a 38. Referencia: BOE-T-1987-25337.

¹⁷⁷ Gracia, D., Rodríguez Sendín, J.J. (ed.), *Ética de la objeción de conciencia. Guías de ética en la práctica médica*, Madrid, Fundación Ciencias de la salud, 2008, pp. 5-6.

¹⁷⁸ Gascón Abellán, M., *Obediencia al derecho y objeción de conciencia*, Madrid, Centro de Estudios Constitucionales, 1990, pp. 149-224 y Esteban Magoja, E., Sócrates., *Hoplita de la poli; derecho y obediencia en el Critón de Platón*, Granada, Comares, 2017, p. 21.

¹⁷⁹ Romeo Casabona, C.M., *Enciclopedia de Bioderecho e Bioética II*. Granada, Cátedra Interuniversitaria, 2011, pp. 1192-1193.

¹⁸⁰ Gracia, D., "Objeción de conciencia: las lecciones de un debate", *Boletín de Bioética de la Universidad Complutense de Madrid*, (2011), disponible en <https://www.ucm.es/data/cont/docs/137-2016-02-18-Bolet%20ADn%207%20Junio%202011.pdf> (última visita, 9 de septiembre de 2022).

casos es inmoral¹⁸¹. La vida ya es considerada un valor relativo, dependiendo de circunstancias tales como la calidad de vida.

2.2. Otras situaciones de conflicto diferentes de la objeción de conciencia

2.2.1. La desobediencia civil

Abordar el estudio sobre la objeción de conciencia, en el marco de los modernos Estados de derecho, requiere tener en cuenta también el concepto de desobediencia civil.

El proceso histórico de la objeción de conciencia hasta su integración en los vigentes ordenamientos jurídico-positivos, como derecho humano fundamental parte, en este sentido, de los antecedentes históricos de raíz religiosa, de la “desobediencia civil”, como el caso de las primeras comunidades cristianas en sus relaciones con el Imperio Romano y el de otras comunidades, a lo largo de toda la Edad Media, consideradas por la Iglesia de Roma como disidentes o heréticas, al igual que las doctrinas de los reformistas cristianos de los siglos XVI y siguientes entre los que destaca Erasmo de Rotterdam, considerado por muchos como el primer apologeta moderno de la objeción de conciencia.

En el proceso de secularización de amplios ámbitos de la sociedad civil europea, sobre todo del siglo XVIII y, en el contexto de la imposición a toda la ciudadanía del deber de servir a la Nación en las Fuerzas Armadas, se produce un desarrollo de motivaciones no estrictamente religiosas, sino meramente éticas, humanitarias y pacifistas a lo largo de todo el siglo XIX. Ahora bien, es la Primera Guerra Mundial lo que genera un acelerado y definitivo impulso a favor de la paz genéricamente entendida y, más concretamente de la objeción de conciencia, especialmente en el Reino Unido y en los Países Bajos; de otra parte, la catástrofe de la Segunda Guerra Mundial hace rebrotar también en el seno de la Iglesia Católica la actitud de lucha por la paz y de tutela de quienes formulan la objeción de conciencia. A partir de este momento son varios los Estados que recogen y tutelan, mediante

¹⁸¹ Alarcos Martínez, F.J., *Objeción de conciencia y sanidad*, Granada, Comares, 2011, pp. 26-30.

normas legales, el derecho a la objeción de conciencia, en si mismo y en relación con el deber de servicio a la propia Nación y, más en concreto el servicio militar.

El contexto de la desobediencia civil es el de una oposición a determinadas leyes. No se trata de una estrategia de obstrucción a la aplicación de una determinada norma, sino más bien que se incluya el tema en la agenda política y obligue a reconsiderarlo¹⁸². Supone un desafío a la autoridad, pero tiene, en primera instancia, otro destinatario y otra función: la de llamar la atención y generar debate en la opinión pública. En definitiva, está dirigida a alertar a la mayoría de la ciudadanía y a presionar sobre el poder legislativo para que la norma en cuestión sea derogada. Por tanto, la finalidad es más política que individual.

Por consiguiente, esta desobediencia se puede definir como un acto público, no violento, consciente y político, llevado a cabo con el propósito de cambiar una ley o programa de gobierno¹⁸³. En otros tiempos pudo haber desobedientes individuales guiados sólo por su conciencia, en las sociedades actuales la desobediencia civil es colectiva y cumple la función de lucha política¹⁸⁴, cuando los grupos políticos se han mostrado indiferentes o disconformes ante las demandas. Debido a que esta desobediencia es el último recurso, se debe estar seguro de que es necesaria¹⁸⁵, ya que no es un derecho, sino una situación de hecho que afecta al derecho¹⁸⁶.

La desobediencia civil y la objeción de conciencia son dos excepciones a la generalidad y obligatoriedad de las leyes. La excepción parte de la no colaboración ni el sometimiento a normas que se consideran injustas o inmorales, es decir, que se separan de lo que el individuo entiende por un comportamiento noble y ético. Por lo tanto, para hacer un uso apropiado y una correcta identificación es necesario establecer, las diferencias entre ambas:

¹⁸² Estévez Araujo, J A., *La Constitución como proceso y la desobediencia civil*, Madrid, Trotta, 1994, p. 137.

¹⁸³ Rawls, J., *Teoría de la justicia*, (1979) Madrid, Fondo de Cultura Económica 1997 ^{2ª} pp. 331- 332.

¹⁸⁴ Gascón Abellán, M., *Obediencia al derecho y objeción de conciencia*, Madrid, Centro de Estudios Constitucionales, 1990, p. 69.

¹⁸⁵ Malem Seña, J. F., *Concepto y justificación de la desobediencia civil*, Barcelona, Ariel, 1988, pp. 74-75.

¹⁸⁶ Peces-Barba, G. "Desobediencia civil y objeción de conciencia", *Anuario de Derechos Humanos* 5 (1988-89), pp. 159- 176.

1) La intención perseguida por el objetor, el objetivo y el proceso seguido para conseguirlo. La objeción de conciencia se basa en el incumplimiento de una norma jurídica por motivos de conciencia, sin embargo, se trata de un incumplimiento individual que no persigue de forma inmediata un fin político o colectivo y, por ello no cuenta con la represión estatal como instrumento para conseguir el objetivo; el fin del objetor es la defensa de su moralidad individual. Lejos de buscar la sanción por haber cometido un comportamiento antijurídico, el objetor pretende que se le dispense de su cumplimiento.

2) La existencia de dos momentos de una misma realidad: el momento “político”, colectivo, propio de la desobediencia civil y el momento “individual”, ético o de conciencia, instrumento del anterior, que es propio de la objeción individual¹⁸⁷.

3) La mayor tolerancia de que goza el objetor en relación al desobediente civil, pudiendo invocar en su favor principios religiosos o éticos no asumidos por la sociedad.

4) La aparición de la objeción de conciencia, en los estados democráticos, como un derecho constitucional al contrario que la desobediencia civil¹⁸⁸.

2.2.2. Situaciones relacionadas con la profesión enfermera

Estas situaciones son aquellas que pueden resultar angustiantes o incómodas para el profesional, en las que puede ser difícil distinguir el sentimiento de angustia de lo que podría ser una objeción de conciencia.

2.2.2.1 Reticencia moral profesional

Se da en los casos en los que no existe un principio moral y una norma legal enfrentados sino razones por las que el profesional se siente interpelado moralmente. Esta reticencia se puede expresar de dos maneras:

¹⁸⁷ Peces-Barba, G. “Desobediencia civil y objeción de conciencia”, *Anuario de Derechos Humanos* 5 (1988-89), pp 159-176

¹⁸⁸ Malem Seña, J. F., *Concepto y justificación de la desobediencia civil*, Barcelona, Ariel, 1988, p. 57.

a) considerando que se tiene obligación de intervenir dado que su responsabilidad profesional le exige actuar, en un contexto en el que se produce rechazo por parte del paciente, o debido a un consenso dentro del equipo a abstenerse de realizar una determinada intervención, como sería el caso, por ejemplo, en la adecuación del esfuerzo terapéutico.

b) considerando que no se puede intervenir en una determinada indicación, marcada por un protocolo, por una instrucción dada o por un autoridad, que fuerza al profesional a un actuación que considera que atenta contra principios éticos básicos¹⁸⁹, como sería el caso, por ejemplo, del rechazo de un paciente a un tratamiento eficaz ya que el deber ético de respetar la autonomía de la persona obliga al profesional a acatar esta decisión aunque no comparta los valores morales que la sustentan.

2.2.2.2. Angustia moral

Se puede definir como la respuesta emocional negativa de un profesional de la salud cuando conoce la acción moralmente correcta, pero no puede realizarla debido a limitaciones externas o internas. Durante décadas, la investigación se centró principalmente en el colectivo enfermero pero poco a poco, se reconoció que también afectaba a otros profesionales de la salud. Los estudios demuestran, no obstante, que las enfermeras experimentan niveles de angustia más elevados que los médicos debido a su posición subordinada.

Donde primero se describió la angustia moral fue en el contexto de las responsabilidades éticas de las enfermeras. Originariamente, el fenómeno tenía una fuerte connotación psicológica por lo que se hizo necesario una definición más refinada: “experiencia relacional moldeada por múltiples contextos, incluido el sociopolítico y cultural del entorno laboral”.

En la ética del cuidado se identifican cinco etapas que ayudan a comprender el significado ético de la angustia moral. La primera es la cualidad moral

¹⁸⁹ Instituto Borja de Bioética, “Consideraciones sobre la objeción de conciencia”, *Bioética & Debat*, 18/66 (2012), pp. 3-19.

correspondiente a la “atención”, es decir preocuparse y darse cuenta de las necesidades de atención insatisfechas. La segunda etapa es “cuidar”, es decir, aceptar la responsabilidad de satisfacer realmente esas necesidades existentes, la cualidad moral correspondiente es la “responsabilidad”. La tercera etapa es satisfacer adecuadamente esas necesidades, es decir, cuidado real para lo que es necesario la competencia profesional necesaria. La cuarta etapa es la recepción de los cuidados, es decir, la verificación de que las necesidades se satisfacen de manera adecuada. La etapa final del cuidado se refiere a la dimensión del cuidado como tal, como se proporciona dentro de la sociedad en general y en sus diversas instituciones, es decir, coherente con los compromisos democráticos, con la justicia, la igualdad y la libertad para todas las partes implicadas.

La angustia moral debe distinguirse de otros tipos de angustia como la producida por el estrés relacionado con el trabajo, o la producida por el estrés emocional debido a problemas no resueltos a lo largo del tiempo o la fatiga por compasión que acontece debido al agotamiento emocional que determinadas profesionales sufren al trabajar con pacientes. Aunque la presencia de estos tipos de estrés puede agravar la manifestación de la angustia moral, la diferencia es fundamental ya que las personas que padecen angustia moral pueden sentir que han abandonado sus principios éticos¹⁹⁰. El caso más frecuente de angustia moral en enfermeras es el tratamiento agresivo, administrado a los pacientes, cuando hay pocas probabilidades de obtener un resultado positivo¹⁹¹.

También es necesario distinguirla del miedo o la incertidumbre pues está relacionada con la libertad como posibilidad, es decir, la facultad que tiene una persona de actuar de manera libre. Los profesionales de enfermería, como agentes morales, tienen la posibilidad de elegir hacer lo correcto, pero su elección puede encontrarse restringida por algo externo o interno, lo cual les genera un sentimiento de impotencia al no poder elegir actuar de la forma que consideran correcta. Algunos

¹⁹⁰ Kherbache, A., Mertens, E., Denier, Y., “Moral distress in medicine: An ethical analysis”, *Journal of Health Psychology* (2021), pp. 1–20.

¹⁹¹ Karakachian, A., Colbert, A., “Angustia moral: un caso práctico”, *Nursing* 35/3 (2018), pp. 7-9. También en McCarthy, J., “Nursing Ethics and Moral Distress: the story so far”, *Nursing Ethics* (2013), pp. 1-7.

autores proponen un modelo conceptual que explica el surgimiento y las manifestaciones de la angustia moral. Este modelo tiene como punto central el proceso de deliberación moral, que es un enfoque ético donde el diálogo tiene como objetivo discutir de forma racional y reflexionar de manera crítica para llegar a un acuerdo. El proceso deliberativo y la sensibilidad moral permiten ver los problemas morales que podrían quedar ocultos y, con ello, discutir las posibles soluciones o modos de enfrentarlos en el interior del equipo de salud¹⁹².

Las enfermeras pueden experimentar angustia moral por falta de formación ética, al igual que el resto de profesionales y además, pueden contar con más probabilidades de experimentarla por la limitación de su autoridad debida a la ubicua jerarquía médica. Ciertas situaciones clínicas son más susceptibles a la aparición de angustia moral que conlleva la reducción de la calidad de la atención en términos de seguridad del paciente y de eficacia en la atención¹⁹³. Como causa más frecuente se encuentra la falta de participación en la toma de decisiones¹⁹⁴, al considerarse que el trabajo de enfermería está incrustado en instituciones complejas y redes de poder, en las que las enfermeras deben actuar sobre la base de decisiones tomadas por otros. No es únicamente un problema individual ni, únicamente, un problema institucional, no se trata de culpar al individuo o culpar al sistema. Más bien, es la importancia de la relación entre los individuos y las organizaciones, ya que si las órdenes morales son a menudo redes complejas de diferentes posiciones, las personas necesitan entender quiénes son y dónde están en estas órdenes para saber de qué son responsables en particular, y ante quién. Por tanto, la angustia moral suscita preguntas sobre la construcción de la autoridad moral, la asignación de responsabilidades y los procesos de rendición de cuentas. La angustia moral destaca la forma en que se divide la responsabilidad y la autoridad, en entornos de atención

¹⁹² Vargas Celis, I., Concha Mendez, C.A., "Angustia moral, señal de problemas éticos en la práctica de enfermería oncológica", *Dialnet Plus* 19/1 (2019), pp. 1-16.

¹⁹³ Kherbache, A., Mertens, E., Denier, Y., "Moral distress in medicine: An ethical analysis", *Journal of Health Psychology* (2021), pp. 1-20.

¹⁹⁴ Vargas Celis, I., Concha Méndez, C.A., "Angustia moral, señal de problemas éticos en la práctica de enfermería oncológica", *Dialnet Plus* 19/1 (2019), pp. 1-16.

asistencial y reconoce el papel que juegan las emociones para tener una vida moral y ser un agente moral¹⁹⁵.

Por lo tanto, en la medida en que las enfermeras tienen que transmitir decisiones tomadas por otros están en una posición de incertidumbre epistémica, no han sido parte del proceso, están actuando como portavoces de otros en lugar de como agentes morales autónomos y esto resulta en injusticia epistémica. Se pueden definir dos tipos de esta injusticia: la testimonial y la hermenéutica. En la testimonial el orador es desacreditado debido al prejuicio del oyente como, por ejemplo, en las interacciones enfermera-médico en el contexto de las decisiones al final de la vida. La hermenéutica ocurre cuando la opinión de una enfermera es socavada e ignorada, esto significa una discriminación contra la propia identidad social; las enfermeras están por debajo de los médicos en la jerarquía médica¹⁹⁶, en muchos casos, aún hoy en día, no se ha llegado a la igualdad jerárquica, el cuidar sigue siendo menos valorado socialmente que el curar.

2.3. Fundamentación de la objeción de conciencia

Si la objeción de conciencia supone la desobediencia al Derecho por razones de conciencia, en su fundamentación es necesario justificar previamente el deber de obediencia al Derecho y sus posibles límites. La obligación jurídica de obediencia al Derecho como un imperativo ético parte de la base de una justificación contractual, basada en el contrato social, como compromiso libremente aceptado y asumido por la conciencia de cada uno de los afectados por dicha obligación que incluye beneficios y cargas¹⁹⁷. El argumento de la gratitud parte de la base de que la obediencia sería una especie de contrapartida que el ciudadano ofrece a cambio de las ventajas que recibe, aunque no se haya instituido ningún acuerdo ni se mantenga una relación contractual. Tal vez la justificación más común sea la contenida en las teorías consensualistas, con la autonomía como único principio capaz de potenciar y sustentar

¹⁹⁵ McCarthy, J., "Nursing Ethics and Moral Distress: the story so far", *Nursing Ethics* (2013), pp. 1-7.

¹⁹⁶ Morley, G., Ives, J., Bradbury-Jones, C., Irvine, F., "What is 'moral distress'? A narrative synthesis of the literature", *Nursing Ethics* 26/3 (2019), pp. 646-662.

¹⁹⁷ Sánchez-Caro, J., "La objeción de conciencia sanitaria", *Revista Derecho y Salud* 20/2 (2010), pp. 49-64.

dicha obligación por lo cual, el derecho obliga en determinadas condiciones al igual que la conciencia obliga también en determinadas condiciones.

Conceptualmente la objeción de conciencia se plantea como un conflicto entre la norma jurídica y alguna norma moral. A nivel individual las razones aducidas por los objetores parten de que su pretensión de incumplir la norma no cuenta con motivos egoístas sino morales. Esta motivación ha supuesto el surgimiento de limitaciones del poder político a la desobediencia al derecho y aportado argumentos a su fundamentación debido a que:

1) El Estado es incompetente en materia religiosa (principio de “aconfesionalidad”) y, por tanto, debe mantener la neutralidad frente a valores religiosos que no lo sean también jurídicos. Aunque estos puedan ser valiosos desde un punto de vista moral, el Estado no tiene competencia para emitir ese juicio.

2) El Estado sólo puede hacer un “acto de fe” respecto a la veracidad de esa declaración, prueba de su sinceridad, ya que no tiene acceso a la conciencia. No puede probar que el individuo mienta ni valorar si la motivación es o no realmente religiosa porque es incompetente para evaluar esa dimensión subjetiva.

En lo referido al personal sanitario, se considera que le corresponde a estos profesionales la prueba de la veracidad y de la autenticidad de sus convicciones, ya que la objeción de conciencia es una excepción al cumplimiento de un deber en el que tiene que demostrar el conflicto entre el deber jurídico y el de conciencia, para que pueda apreciarse la autenticidad de la objeción, por lealtad con la institución y con el paciente, dado que se entiende que la relación clínica es fiduciaria o de confianza¹⁹⁸. Por lo que, aunque ningún ciudadano pueda ser obligado a declarar sobre sus creencias o convicciones morales, quien pretenda el reconocimiento de su objeción se encuentra con la exigencia de la declaración expresa de su condición de objetor. Esta manifestación expresa constituye una garantía de coherencia, veracidad y sinceridad del objetor, así como de la relevancia y entidad de las razones de conciencia alegadas

¹⁹⁸ Garcimartín Montero, M.C., “La objeción de conciencia en España”, *Revista General de Derecho Canónico y Derecho Eclesiástico del Estado* 57 (2021), pp.1-48, nota nº 41.

que la fundamentan. Además de ser una garantía contra el fraude de ley y el abuso del derecho¹⁹⁹.

2.4 Elementos de la objeción de conciencia

El Comité de Bioética de España²⁰⁰ apunta que el concepto de objeción de conciencia debe incluir los siguientes elementos:

- La existencia de una norma jurídica de obligado cumplimiento, cuyo contenido puede afectar a las creencias religiosas o morales de los individuos, y que no puede obviarse sin incurrir en sanción.
- La existencia de un dictado inequívoco de la conciencia individual opuesto al mandato jurídico.
- La ausencia en el ordenamiento jurídico de normas que permitan resolver el conflicto o posibiliten alternativas aceptables para el objetor.
- La manifestación del propio sujeto del conflicto surgido entre la norma y su conciencia.

Otros autores afirman que en la objeción de conciencia deberán estar presentes tres elementos: un deber de conciencia, un deber jurídico y una relación de colisión directa e ineludible entre ambos que se resuelve a favor del primero. La persona debe ser consciente del absoluto conflicto entre ambos deberes, sin tal conocimiento no tiene lugar la objeción²⁰¹.

¹⁹⁹ Seoane, J. A., "Nuevas formas de objeción de conciencia sanitaria" en *Una filosofía del derecho en acción*, Madrid, Congreso de los Diputados, Dirección de Estudios, Análisis y Publicaciones. Departamento de Publicaciones: Universidad Rey Juan Carlos, 2015, "pp. 2385-2405, p. 2391".

²⁰⁰ Comité de Bioética de España, *Opinión sobre la objeción de conciencia en Sanidad*, Madrid, 2011, p. 3, disponible en <http://assets.comitedebioetica.es/files/documentacion/Informe%20CBE%20sobre%20la%20Objecion%20de%20Conciencia.pdf> (última visita, 9 de septiembre 2022). Comité de Bioética de España, *Informe del Comité de Bioética de España sobre la objeción de conciencia en relación con la prestación de la ayuda para morir de la Ley Orgánica reguladora de la eutanasia*, Madrid, 2021, p.7, <http://assets.comitedebioetica.es/files/documentacion/Informe%20CBE%20sobre%20la%20Objecion%20de%20Conciencia.pdf> (última visita, 9 de septiembre 2022).

²⁰¹ Romeo Casabona, C.M., *Enciclopedia de Bioderecho e Bioética II*. Granada, Cátedra Interuniversitaria, 2011, p. 1191.

En lo referido a la actuación del profesional objetor es necesario contar con varios elementos:

1. Aceptar la excepcionalidad del derecho a la objeción de conciencia.
2. Recibir garantía de la protección de sus derechos, en particular su libertad de conciencia e integridad personal, así como los derechos a la igualdad y no discriminación.
3. Informar al usuario de su condición de objetor y de las opciones diagnósticas o terapéuticas disponibles.
4. Remitir al usuario a otro profesional para que reciba sin demora la prestación solicitada.
5. Declarar expresamente su condición de objetor. Le corresponde a él la carga de la prueba de la veracidad y autenticidad de sus convicciones²⁰².

Las motivaciones aducidas tienen que ver con la autenticidad o seriedad de esa objeción y deben estar basadas en motivos de conciencia que generen un conflicto serio e insuperable, por lo tanto, ¿son válidos todos los motivos de conciencia alegados? ¿Puede considerarse un caso de objeción la oposición al cumplimiento de un deber jurídico por intrascendente que parezca? ¿O hay deberes que no son moralmente relevantes y, por lo tanto, no cabe la objeción? Es más, ¿debe bastar la invocación de la objeción? o ¿es necesario algún tipo de *control*? La experiencia indica que la objeción puede ser una ocasión para librarse de un deber que no se desea cumplir, o utilizarse con fines estratégicos como frustrar políticas que no se comparten. Por eso, parece que algún tipo de control resulta necesario. En este aspecto, sin embargo, deben extremarse las cautelas con el fin de no instaurar un control ideológico que discrimine entre unos motivos u otros según lo relevantes o razonables que parezcan, lo cual significaría que no se está dispuesto a aceptar como válidos más códigos morales que los propios²⁰³.

²⁰² Seoane, J. A., "Nuevas formas de objeción de conciencia sanitaria" en *Una filosofía del derecho en acción*, Madrid, Congreso de los Diputados, Dirección de Estudios, Análisis y Publicaciones. Departamento de Publicaciones: Universidad Rey Juan Carlos, 2015, "pp. 2385-2405, p. 2394".

²⁰³ Gascón Abellán, M., "Defensa de la objeción de conciencia como derecho general", *Eunomia, Revista en Cultura de la Legalidad* (2019), pp. 85-101.

2.4.1. Objeto de la objeción de conciencia

La objeción de conciencia trata de justificar una forma de desobediencia basada en la conciencia individual. Lo que no se propone es que los demás compartan y respalden el imperativo de la conciencia. Por tanto, la decisión del objetor, sólo pretende ser correcta para uno mismo, aunque se proyecte sobre los demás frustrando expectativas de comportamiento que un individuo o la ciudadanía al completo tiene en relación al sujeto objetor. Según el imperativo kantiano de los fines, el comportamiento de un objetor no puede llevar a la transformación en objetos a otras personas, o a su cosificación, debiendo respetarse los derechos de terceros.

En lo relativo a la objeción de conciencia sanitaria puede existir la posibilidad de que el objetor sea sustituido en el cumplimiento del deber y que con dicha sustitución el daño a que se pueden ver expuestas terceras personas desaparezca o se haga mínimo²⁰⁴. Esto es consecuencia del hecho de que la objeción de conciencia no se puede oponer a acciones genéricas ni a todas las actuaciones o situaciones, sino que debe especificarse cuál es la acción concreta a la que se opone, y que el carácter sea directo, es decir, la negativa a una actuación directa a la que el profesional está obligado²⁰⁵.

2.4.2. Sujeto de la objeción de conciencia

La objeción de conciencia supone el ejercicio de un derecho personalísimo como es la libertad de conciencia. Quien la ejercita ha de ser capaz de realizar un juicio moral sobre el deber impuesto por la norma, que habrá de hacerse de manera individual porque la conciencia es un atributo específico de la persona²⁰⁶.

²⁰⁴ Gascón Abellán, M., *Obediencia al derecho y objeción de conciencia*, Madrid, Centro de Estudios Constitucionales, 1990, pp. 223-228.

²⁰⁵ Seoane, J. A., "Nuevas formas de objeción de conciencia sanitaria" en *Una filosofía del derecho en acción*, Madrid, Congreso de los Diputados, Dirección de Estudios, Análisis y Publicaciones. Departamento de Publicaciones : Universidad Rey Juan Carlos, 2015, "pp. 2385-2405, p. 2392".

²⁰⁶ Garcimartín Montero, M.C., "La objeción de conciencia en España", *Revista General de Derecho Canónico y Derecho Eclesiástico del Estado* 57 (2021), pp. 1-48.

En la misma línea, el Código de deontología médica de octubre del 2018²⁰⁷ en su artículo 34.2, afirma que “el reconocimiento de la objeción de conciencia atañe individualmente a cada médico y es garantía de libertad e independencia en su ejercicio profesional. No es admisible una objeción de conciencia colectiva o institucional”. Por su parte, el Código Deontológico de la Enfermería Española de 1989²⁰⁸ no se manifiesta a este respecto.

Es preciso tener en cuenta que la Ley 44/2003, de 2 de noviembre, de ordenación de las profesiones sanitarias, incluye como profesionales sanitarios, sólo a aquellos miembros que son titulados universitarios en ciencias de la salud y están organizados en colegios profesionales. Quedan excluidos los profesionales del área sanitaria de formación profesional, así como todos los colectivos no sanitarios.

Otras voces, como el Instituto Borja de Bioética²⁰⁹, partidarias de una objeción de conciencia institucional, califican el argumento de considerar la objeción de conciencia como un derecho individual y personalísimo como muy reduccionista y excesivamente simple argumentando que las instituciones pueden adoptar un ideario concreto, con unos determinados criterios ideológicos, y en ese sentido puede plantearse si cabe una objeción institucional dentro del artículo 16 de la Constitución²¹⁰.

La respuesta a este argumento puede encontrarse en la definición que la Real Academia Española tiene del significado de conciencia: “conocimiento que el ser humano posee sobre sí mismo, sobre su existencia y su relación con el mundo”, por tanto, si las instituciones carecen de rasgos humanos, parece que este concepto que fundamenta un derecho no es, en absoluto, reduccionista, más bien se ciñe a la realidad de que la conciencia es única y exclusivamente individual y humana.

²⁰⁷ Organización Médica Colegial. Código de Deontología Médica. Comisión Central de Deontología, octubre 2018, disponible en <https://com Murcia.es/data/consejos/68.pdf> (última visita 9 de septiembre de 2022).

²⁰⁸ Consejo General de Enfermería. Código Deontológico de Enfermería. Consejo General de Enfermería, julio 1989, disponible en <http://www.ee.lafe.san.gva.es/pdfs/codigodeontologicoesp.pdf> (última visita 9 de septiembre de 2022).

²⁰⁹ Instituto Borja de Bioética, “Consideraciones sobre la objeción de conciencia”, *Bioética & Debat*, 18/66 (2012), pp. 3-19.

²¹⁰ Terriba i Sala, N., “Objeción de conciencia del profesional y derechos del paciente”, *FMC* 17/10 (2010), pp. 664-670.

Tanto la Ley Orgánica 2/2010, de 3 de marzo, de salud sexual y reproductiva y de la interrupción voluntaria del embarazo como la Ley Orgánica 3/2021, de 24 de marzo, de regulación de la eutanasia, recogen expresamente esta circunstancia, al señalar, respectivamente, que la objeción de conciencia al aborto y a la eutanasia son decisiones de carácter individual del personal sanitario. Las leyes vigentes no reconocen, por tanto, una objeción de conciencia colectiva. En el caso de que un grupo de individuos pretendan ejercitarla al mismo tiempo y frente al mismo deber jurídico, será una coincidencia o una conjunción de voluntades individuales, pero no se puede calificar como objeción de conciencia colectiva o una objeción de conciencia del grupo²¹¹.

2.5. Tipos de objeción de conciencia

La evolución de la sociedad, de las profesiones asistenciales, de la relación clínica y de los derechos, así como la aparición de nuevos escenarios que pueden lesionar la conciencia de los profesionales asistenciales, exige reflexionar sobre la objeción de conciencia, bien para mantenerla dentro de sus confines tradicionales, bien para ensanchar su ámbito de actuación y dar cabida a nuevas manifestaciones. En este escenario pueden distinguirse dos modalidades: la objeción de conciencia sanitaria clásica o negativa y la objeción de conciencia sanitaria positiva²¹².

Objeción de conciencia clásica o en sentido negativo: consiste en una omisión ante un deber legal, abstenerse de hacer. El profesional pretende evitar un daño a sí mismo, a su conciencia. El incumplimiento del objetor no impide que la persona usuaria ejerza su derecho mediante la actuación de otros profesionales.

Objeción de conciencia positiva: en la que el profesional pretende realizar, por motivos de conciencia, una conducta prohibida por la ley. Responde a la definición de objeción de conciencia, lo que el objetor quiere es ser eximido del cumplimiento de un mandato legal, que en este caso adopta la modalidad de obligación de no hacer. En

²¹¹ Garcimartín Montero, M.C., "La objeción de conciencia en España", *Revista General de Derecho Canónico y Derecho Eclesiástico del Estado* 57 (2021), pp.1-48.

²¹² Seoane, J.A., "Objeción de conciencia positiva", *Revista de Bioética y Derecho*, 32 (2014), p. 34-45.

esta modalidad, parece que no sólo se quieren evitar daños a uno mismo, sino también a terceros²¹³.

Si a estos dos tipos de objeción de conciencia se le añade una dimensión temporal; la llamada objeción de conciencia sobrevenida que la que se produce a raíz de que el individuo desarrolle razones derivadas del avance tecnológico, de las modificaciones en los derechos de las personas usuarias o de la posible evolución ideológica del objetor²¹⁴. Dado que la objeción de conciencia implica una valoración moral, es imprescindible, asimismo, que sea ejercitada libremente, sin fuerza ni intimidación. En cuanto a que es una elección libre, el sujeto también es responsable de ella. Este binomio libertad -responsabilidad justifica la admisibilidad de la objeción de conciencia sobrevenida y de la revocación de la previamente manifestada.

No pueden considerarse objeciones de conciencia o definirse como objeciones de conciencia falsas:

Las pseudo-objeciones en las que el sujeto considera erróneamente que está objetando²¹⁵. Las cripto-objeciones en las que el sujeto actúa como si objetara, pero en realidad no lo hace, no porque considere la práctica moralmente incorrecta, sino porque no está seguro, tiene miedo o le resulta más cómodo²¹⁶, se consideran objeciones encubiertas.

Las objeciones de conveniencia, fundadas en cualquier tipo de convicciones: religiosas, éticas, morales, humanitarias, filosóficas o de similar naturaleza²¹⁷.

²¹³ Seoane, J. A., "Nuevas formas de objeción de conciencia sanitaria" en *Una filosofía del derecho en acción*, Madrid, Congreso de los Diputados, Dirección de Estudios, Análisis y Publicaciones. Departamento de Publicaciones : Universidad Rey Juan Carlos, 2015, "pp. 2385-2405, p. 2396-2403".

²¹⁴ Navarro Casado, S., "Las cosas por su nombre: ¿Objeción de conciencia o desobediencia civil?", *Bioética y Derecho* 28 (2013), pp. 91-101.

²¹⁵ Seoane, J. A., "Nuevas formas de objeción de conciencia sanitaria" en *Una filosofía del derecho en acción*, Madrid, Congreso de los Diputados, Dirección de Estudios, Análisis y Publicaciones. Departamento de Publicaciones : Universidad Rey Juan Carlos, 2015, "pp. 2385-2405, p. 2395".

²¹⁶ Triviño Caballero, R., *El peso de la conciencia. La objeción en el ejercicio de las profesiones sanitarias*, Consejo Superior de Investigaciones Científicas, Madrid, 2014 p. 158 nota n.º 183 .

²¹⁷ Garcimartín Montero, M.C., "La objeción de conciencia en España", *Revista General de Derecho Canónico y Derecho Eclesiástico del Estado* 57 (2021), pp. 1-48.

CAPÍTULO III

LA OBJECCIÓN DE CONCIENCIA: MARCO NORMATIVO

1. La objeción de conciencia desde la perspectiva deontológica

A finales de la Edad Media, numerosos hombres y mujeres (especialmente mujeres) fundaron congregaciones religiosas para la atención a las personas enfermas en los hospitales que se abrieron en muchas ciudades europeas. La fusión de la medicina y de la fe cristiana infundió un fuerte tono deontológico a la actividad del cuidar, asemejándose al *Juramento* de Hipócrates, como imposición de un deber riguroso, aunque, en los primeros siglos del cristianismo, las alusiones al mismo son escasas, siendo más frecuentes en los textos médicos monásticos del siglo VIII hasta el siglo X. La deontología de la medicina católica se vio reforzada por el interés que el derecho se tomó por la misma²¹⁸.

Deontología es un término introducido por Jeremy Bentham (1748-1832) aplicado a la moral, en su *Deontology or the Science of Morality*, publicado en Londres en 1834, se encuentra referida a lo que no está bajo la legislación pública, es decir, que no tiene rango de ley²¹⁹.

La Deontología puede definirse como una ética adaptada a las condiciones del ejercicio de una profesión. Esta ética exige a las personas que ejercen un oficio determinado, obligaciones, responsabilidades y derechos. Por tanto, la deontología debe garantizar el buen ejercicio profesional, teniendo en cuenta su inserción en una sociedad regulada por la moral, las leyes y el derecho²²⁰.

Los códigos deontológicos son los documentos en el que los miembros de una profesión recogen un conjunto de criterios, normas, valores y reglas que formulan y asumen quienes llevan a cabo una actividad profesional. Sirven para proyectar una imagen ideal de lo que quiere ser y de cómo debe actuar la profesión. El comportamiento que la sociedad puede esperar de sus miembros se expresa a través del contrato social. Este contrato proporciona las reglas o códigos que han acordado cumplir. Es el intento de la sociedad de establecer las reglas, las metas y los roles.

²¹⁸ Jonsen, Albert R. *Breve historia de la ética médica* (2000). Traducción de. J. A. Medina López. Madrid, Universidad Pontificia de Comillas, 2011, pp. 56-59.

²¹⁹ Bentham, J., *Deontología o ciencia de la moral* (1836), traducción D.P.P., Valencia, Imprenta J. Ferrer de Orga, Vol. I, pp. 19.

²²⁰ Hottois, G. y Missa, J. Noël. *Nova Enciclopedia de Bioética*, traducida por L. G. Soto y T. Roca, Universidad de Santiago de Compostela, 2005, pp. 296-299.

Aunque las metas que le otorgan identidad, dirección y propósito, a cada persona o grupo, pueden cambiar y, de hecho, lo hacen con el tiempo²²¹.

1.2. De la Deontología a los códigos deontológicos profesionales

A partir del Renacimiento, la profesión médica se burocratiza y surgen las instituciones de Derecho público llamadas Colegios médicos. De los juramentos y las oraciones se pasa a los códigos, y la ética se convierte en deontología, es decir, en normas de obligado cumplimiento que conllevan sanciones. Sanciones disciplinarias o deontológicas. Esta evolución, por lo que respecta a la enfermería, no tuvo lugar dado que no contaba con juramento y su labor de cuidado parecía seguir anclada en un deber sacro.

Los códigos deontológicos son documentos creados por los organismos profesionales oficiales en los que se contienen los principios, normas y preceptos que han de guiar e inspirar a sus miembros en el ejercicio ético de su trabajo profesional. Estos códigos desempeñan una amplia variedad de funciones: 1) una función deontológica que contiene los deberes que obligan a fijar la conducta que ha de seguirse: 2) una función educativa-informativa, como prontuario de ética con el que el profesional ha de familiarizarse y que le presta inspiración, guía y consejo para la rápida y prudente resolución de las cuestiones morales: 3) una función regulativa y directiva como texto articulado, que establece para todos los miembros de la misma corporación los mismos mandatos y prohibiciones: 4) una función identificadora que es una especie de autorretrato ético en el que la profesión se presenta a sí misma, un modelo que se autoproponer como ideal de conducta.

Clásicamente las profesiones se diferenciaron de los oficios en su alta cualificación moral y en la búsqueda de la excelencia, por este motivo las profesiones clásicas siempre tuvieron estándares éticos muy estrictos, compilados en forma de códigos o juramentos, además de impunidad legal. Los primeros siempre se identificaron con roles de mandato y poder social, mientras que los segundos llevan

²²¹ Peterson M, Potter RL. "A proposal for a code of ethics for nurse practitioners." *J Am Acad Nurse Pract.* Mar;16/3 (2004), pp. 116-124.

implícitos roles de sumisión y obediencia²²². La consideración de la enfermería como un oficio, evidente por los roles de sumisión y obediencia, en la que estuvo inmersa hasta su reconocimiento como profesión, pudo ser la causa del retraso del nacimiento de la ética enfermera en forma de código.

La profesión enfermera reconoció la necesidad de un código ético, en el momento en que intentó definir su lugar en el cuidado de la salud y ser vistas como profesionales con un cuerpo único de conocimientos, en lugar de como practicantes de una disciplina aplicada o prestada. Su propósito era describir como las enfermeras del presente y el futuro iban a llevar a cabo su vida profesional, al mismo tiempo que se abordaban las cuestiones de independencia, relaciones colegiales y responsabilidad²²³. Este hecho no se dio hasta la aparición de Florence Nightingale.

Se entiende como ética el conjunto de valores que la ciudadanía de una sociedad pluralista ya comparten. Significa, ante todo, que los agentes morales tienen un papel fundamental y que son agentes libres, es decir, libres sólo cuando se hacen cargo de sí mismos. Es necesario encontrar la propia identidad y luego obligar a otros a reconocerla, es decir, luchar por la autonomía y la responsabilidad profesional. El objetivo de la enfermería es el cuidado, que es una actitud moral, es decir, dar asistencia a las personas y cuidarlas, por eso las enfermeras son agentes morales porque sus actos tienen un sentido moral intrínseco²²⁴.

Por el contrario la Deontología se centra básicamente en los “deberes profesionales” cuyo principio fundamental es la “beneficencia”, es decir, su disposición a hacer lo que considera que es bueno para el paciente. Para la Deontología, al menos para la clásica, las opiniones del paciente cuentan poco, de ahí que la relación asistencial se considerase paternalista. Esta mentalidad tiene su origen en el Juramento Hipocrático, por lo que puede ser considerado el padre de casi todos los Códigos Deontológicos conformando, hasta hace poco, el quehacer de los médicos occidentales, sobre todo de los europeos quizás debido, a que el cristianismo asumió

²²² Gracia, D. *Como arqueros al blanco*. Madrid, Triacastela 2004, pp. 268-281.

²²³ Peterson M, Potter RL. "A proposal for a code of ethics for nurse practitioners." *J Am Acad Nurse Pract.* Mar;16/3 (2004), pp. 116-124.

²²⁴ Sala R, Manara D. "The regulation of autonomy in nursing: the Italian situation". *Nurs Ethics.* 6/6 (1999), pp.451-467.

sus postulados con el argumento de que reflejaban unos mínimos éticos y universales que servían en todos los espacios y tiempos²²⁵.

La preocupación por la protección de la conciencia moral profesional debería queda reflejada en el reconocimiento de la objeción de conciencia en los Códigos Deontológicos²²⁶.

Los Códigos Deontológicos han sido, hasta la aparición de la Bioética Clínica, uno de los pocos instrumentos para afrontar los conflictos morales. En la actualidad, la Bioética Clínica, parece más eficaz en la resolución de problemas concretos que se dan en la práctica asistencial, ya que se centra más en las necesidades y derechos de los pacientes que en las obligaciones profesionales, y por eso uno de sus pilares fundamentales es el principio de autonomía, que incluye el consentimiento informado, es decir, el derecho de los pacientes a que se les informe de todo lo relativo a su diagnóstico y tratamiento y a tomar decisiones sobre su vida y su salud, bien para aceptar, bien para rechazar cualquiera de los procedimientos propuestos²²⁷. Estas dos disciplinas, la Deontología y la Bioética Clínica, constituyen marcos conceptuales diferentes.

1.3. La codificación ética en España

En nuestro país, el papel regulador del Estado, sobre todo en sus fases menos liberales, y la tradicional moral católica de la clase médica española, hicieron muy difícil una regulación deontológica, más laica, hasta bien entrado el siglo XX. Por el contrario, en los países anglosajones, la tarea moral consistía en el deber del cumplimiento de la tarea profesional y, existiendo un espacio de libertades mayor para

²²⁵ Simón Lorda, P., "Sobre Bioética Clínica y Deontología médica". *Cuadernos de Bioética*, 3/12 (1992), pp. 34-37.

²²⁶ López Guzmán, J., "Objeción de conciencia en enfermería", *Revista Bioética y Ciencias de la Salud* 4/2 (2000), pp. 1-16

²²⁷ Simón Lorda, P., "Sobre Bioética Clínica y Deontología médica". *Cuadernos de Bioética*, 3/12 (1992), pp. 34-37.

ejercer su autonomía, contaron ya en el siglo XIX con códigos de ética médica formales²²⁸.

El interés por los derechos y libertades de las personas y los pacientes que, desde la Segunda Guerra Mundial, cambió la normativa relativa a la práctica médica y, en general, el panorama ético-médico a escala mundial no llegó a España; más bien al contrario, la característica española fue la decadencia del interés por lo deontológico²²⁹. Razones de la política totalitaria, en la que el país estuvo inmerso durante un largo período de tiempo, quizá, fueron causa más que suficiente para ese desinterés, que no cambió hasta que el “código moral único” de la época de la dictadura fue sustituido en la Constitución de 1978 por el “pluralismo moral” del artículo 16 que “garantiza la libertad ideológica, religiosa y de culto de los individuos y las comunidades”²³⁰.

La enorme distancia temporal existente entre la aparición del juramento hipocrático (primer código de medicina de alrededor del siglo IV antes de nuestra era) y el juramento de Nightingale (1893) puede ser una muestra de la falta de identidad y preparación que durante siglos ha acompañado a la profesión enfermera que, como ya se ha mencionado en el capítulo I, era ejercida por personas con voluntad de cuidar, pero sin formación para hacerlo. No es hasta 1953 cuando en España aparece el actual Código Deontológico de Enfermería. Posteriormente la Organización Colegial de Enfermería ha venido asumiendo y recomendando el Código Deontológico elaborado en 1973, por el Consejo Internacional de Enfermería, como guía para resolver los problemas éticos que el ejercicio de la profesión pudiera plantear. Sin embargo, la necesidad de disponer de un Código Deontológico Nacional hizo que este se elaborara en el mes de abril de 1988, y que, de momento, sigue en vigor.

En la actualidad, los códigos deontológicos conviven en España, al igual que en el resto del mundo occidental, con toda una nueva serie de organismos como las

²²⁸ Jiménez Schlegl, D., *Ética con códigos: un análisis filosófico-jurídico de la normativa deontológica en medicina y sus relaciones con el derecho y el Estado*, Barcelona, Universidad de Barcelona (tesis doctoral), 2005, pp. 180-181.

²²⁹ Jiménez Schlegl, D., *Ética con códigos: un análisis filosófico-jurídico de la normativa deontológica en medicina y sus relaciones con el derecho y el Estado*, Barcelona, Universidad de Barcelona (tesis doctoral), 2005, pp. 199-200.

²³⁰ Gracia, D. *Fundamentos de bioética*. Madrid, Triacastela, 1989³, re-edición 2008 p.573.

Comisiones Nacionales de Ética, las Comisiones de Bioética Autonómicas, los Comités de Ética Asistencial, los Comités de Ética de la Investigación, etc, con los que se mezclan y a veces colisionan²³¹.

El Tribunal Constitucional Español, en la sentencia 219/1989, de 21 de diciembre, manifiesta frente a lo que el recurrente sostiene que los Códigos de Ética y Deontología no constituyen simples tratados morales, cuya exigencia no viene respaldada por ningún tipo de sanción disciplinaria, sino que constituyen normas de obligado cumplimiento para los colegiados, y responden a las potestades públicas que la Ley delega en favor de los Colegios.

Los Colegios profesionales tienen como una de sus principales funciones las que les asigna el artículo 5, apartado i), de la Ley 2/1974, de 13 de febrero²³²: “Ordenar en el ámbito de su competencia la actividad profesional de los colegiados, velando por la Ética y dignidad profesional y por el respeto debido a los derechos de los particulares y ejercer la facultad disciplinaria en el orden profesional y colegial. Lo contrario supondría despojar a los Colegios profesionales de una de sus funciones esenciales”.

La sentencia también manifiesta que es generalmente sabido y, por tanto, genera una más que razonable certeza en cuanto a los efectos sancionadores, que las transgresiones de las normas de deontología profesional, constituyen, desde tiempo inmemorial y de manera regular, el presupuesto del ejercicio de las facultades disciplinarias más características de los Colegios profesionales. Y, en último extremo, este mismo criterio por el que se considera el incumplimiento de dichas normas como merecedor de las sanciones previstas en el ordenamiento corporativo es el que viene manteniendo la jurisprudencia del Tribunal Supremo.

Las Normas Deontológicas imponen determinadas conductas, de ineludible cumplimiento, a los colegiados que han asumido los deberes propios por el hecho de la colegiación, cuya infracción requiere, por la misma naturaleza de las normas, una

²³¹ Jiménez Schlegl, D., *Ética con códigos: un análisis filosófico-jurídico de la normativa deontológica en medicina y sus relaciones con el derecho y el Estado*, Barcelona, Universidad de Barcelona (tesis doctoral), 2005, p. 202.

²³² Ley 2/1974, de 13 de febrero, sobre Colegios Profesionales (publicado en “BOE” núm. 40, de 15/02/1974. Referencia: BOE-A-1974-289).

sanción, careciendo de relieve la circunstancia de que no definan expresamente como infracciones disciplinarias el incumplimiento de sus preceptos, o que no hayan sido objeto de publicación en el Boletín Oficial del Estado o en el diario oficial de algún otro ente territorial. No se trata pues, como sostiene el recurrente, de un tratado de deberes morales sin trascendencia disciplinaria ya que las conductas sancionables son aquellas que se apartan de los deberes profesionales o legales relacionados con la profesión, aunque no pueda decirse que la infracción de las normas deontológicas equivalga a las de las normas jurídicas²³³.

1.4. La objeción de conciencia en la deontología de las profesiones sanitarias

Los Códigos deontológicos son el resultado histórico de reglas y criterios que se demostraron válidos, eficaces y necesarios para regular las profesiones. Dichos códigos tienen la función de fijar criterios cuando aparecen conflictos que, debido a su tecnificación, son cada vez más complejos y frecuentes en la asistencia sanitaria. Por tanto, la Deontología de las distintas profesiones sanitarias es el conjunto de principios y reglas que han de inspirar y guiar la conducta de los profesionales.

Por su parte, la Ley 44/2003 de Ordenación de las Profesiones Sanitarias en el artículo 4.5 refleja que los profesionales tendrán como guía de actuación el servicio a la sociedad, el interés y la salud de la ciudadanía, el cumplimiento riguroso de las obligaciones deontológicas, determinadas por las profesiones conforme a la legislación vigente, y de los criterios de normo-praxis o, en su caso, los usos generales propios de su profesión²³⁴.

En España, el derecho a la objeción de conciencia, viene expresamente recogido en el Código Deontológico de la Enfermería Española del año 1988²³⁵ y en el

²³³ STC 219/1989, de 21 de diciembre."BOE" núm. 10, de 11 de enero de 1990, pp. 73-76.

Referencia: BOE-T-1990-629.

²³⁴ Ley 44/2003, de 21 de noviembre, de ordenación de las profesiones sanitarias."BOE" núm. 280, de 22 de noviembre de 2003.

²³⁵ Consejo General de Enfermería. Código Deontológico de Enfermería. Consejo General de Enfermería, julio 1989, disponible en <http://www.ee.lafe.san.gva.es/pdfs/codigodeontologicoesp.pdf> (última visita 9 de septiembre de 2022).

Código de Deontología Médica del año 2018, de la Organización Médica Colegial de España²³⁶.

El Código Deontológico de la Enfermería Española, en su capítulo III “Derechos de los enfermos y profesionales de enfermería”, dedica únicamente el artículo 22 a la objeción de conciencia: “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 ninguna Enfermera/o pueda sufrir discriminación o perjuicio a causa del uso de ese derecho”.

El Código de Deontología Médica le dedica todo el capítulo VI a la objeción de conciencia desarrollada en los artículos 34, 35, 36 y 37. En el artículo 34 se refleja:

- 1 “Se entiende por objeción de conciencia la negativa del médico al cumplimiento de una obligación legal por motivos morales o religiosos. El objetor no cuestiona la ley, solicita ser eximido de su cumplimiento”.
2. “El reconocimiento de la objeción de conciencia atañe individualmente a cada médico y es garantía de libertad e independencia en su ejercicio profesional. No es admisible una objeción de conciencia colectiva o institucional”.

En el artículo 35 se expone:

1. “La objeción de conciencia debe operar siempre con un sentido moral, por lo que se deben rechazar como actos de verdadera objeción aquellos que obedecen a criterios de conveniencia u oportunismo”
2. “La objeción de ciencia tiene una protección deontológica al amparo del derecho a la libertad de método y prescripción, siendo diferente de la objeción de conciencia”.

²³⁶ Organización Médica Colegial. Código de Deontología Médica. Comisión Central de Deontología, octubre 2018, disponible en <https://commurcia.es/data/consejos/68.pdf> (última visita 9 de septiembre de 2022).

3. “El médico debe comunicar su condición de objetor de conciencia al responsable de garantizar la prestación sanitaria y al Colegio. El Colegio le debe prestar el asesoramiento y la ayuda necesarios”.

El artículo 36 tiene al paciente como protagonista reflejando:

1. “ La objeción de conciencia se refiere al rechazo a ciertas actuaciones, pero nunca puede significar un rechazo a la persona que la solicita, ya sea por razón de su edad, etnia, sexo o religión”.

2. “En el caso de una objeción sobrevenida, el médico objetor debe comunicar al paciente de forma comprensible y razonada su objeción a la prestación sanitaria que se le solicita”.

3. “Aunque se abstenga de practicar el acto objetado, el médico objetor está obligado, en caso de urgencia, a atender a esa persona, aunque dicha atención esté relacionada con la acción objetada”. Parece, como ya se ha reflejado, que la Deontología comienza a darle importancia a las opiniones y derechos de los pacientes, que en la Deontología clásica contaban poco por considerarse paternalista la relación asistencial.

El artículo 37 manifiesta que de la objeción de conciencia no se puede derivar ningún tipo de perjuicio o de ventajas para el médico que la invoca. Tampoco para aquellos médicos que subsidiariamente deban hacerse cargo de la asistencia rechazada por el objetor.

Es evidente, en este Código, el cambio en la dirección y en la meta, del colectivo al que representan.

Las diferencias entre ambos códigos son más que notables, teniendo en cuenta los 30 años de diferencia entre sus respectivas aprobaciones:

1) En relación a los artículos dedicados al tema: el Código Deontológico de la medicina española le dedica cuatro artículos y el Código Deontológico de la enfermería uno, por lo que parece que el tema tiene mayor interés para el Código Deontológico de la medicina que para el de la enfermería.

- 2) El Código Deontológico de la enfermería no identifica lo que entiende por objeción, ni afirma que el reconocimiento debe ser exclusivamente individual. No se manifiesta acerca de su garantía de libertad e independencia en su ejercicio profesional.
- 3) Tampoco hace mención alguna a la distinción entre la objeción de conciencia y la objeción de ciencia, tema crucial para que no se den falsas o erróneas objeciones, por el contrario, el Código Deontológico de la medicina si lo hace.
- 4) El Código Deontológico de la enfermería no refleja nada relacionado con las opiniones y derechos de los pacientes, únicamente se refiere al derecho a la objeción de conciencia, por parte de los profesionales enfermeros, reconocido en la Constitución, ni a que el rechazo profesional nunca será hacia las personas sino hacia las actuaciones, ni siquiera se manifiesta sobre la obligatoriedad de atender al paciente en caso de urgencia.
- 5) El Código Deontológico de la medicina española proclama la necesidad de comunicar la condición de objetor, tanto al responsable de la prestación sanitaria como al Colegio, circunstancia que no se contempla en el Código Deontológico de la enfermería, quizá debido a ser una profesión generalista; salvo en unas pocas especialidades contempladas administrativamente, su sustitución es más fácil sin que conlleve ausencia o disminución en la calidad del servicio.
- 6) Lo que si aparece en el Código Deontológico de la enfermería y no aparece en el de medicina es que el derecho a la objeción de conciencia deberá ser debidamente explicitado ante cada caso concreto.

En lo que sí hay coincidencia entre ambos Códigos es en lo relativo a no sufrir discriminación o perjuicio profesional por tal motivo.

Por lo visto anteriormente, en relación con el Código Deontológico de medicina, la poca atención prestada por el Código Deontológico de la enfermería a la objeción de conciencia es evidente, sobre todo, a nivel formativo e informativo, ya que no proporciona una guía para la prudente resolución de las cuestiones morales, ni una función reguladora y directiva para todos sus miembros.

¿Tendrá la falta de identidad de la profesión enfermera como colectivo, arrastrada desde hace tiempo, alguna responsabilidad en el tema o será debido al rol de sumisión y obediencia que ha acompañado a la profesión durante siglos, imbricada en las desigualdades de género y en la docilidad, pasividad y obediencia a las decisiones de otros estamentos, considerados de rango superior? y, por lo tanto, el código no sea más que ese reflejo en la consideración de que la objeción de conciencia enfermera es menos importante que la del médico, por lo que su código podría también alejarla de la consideración de agente moral, consciente, libre y responsable. O quizá, la explicación pueda venir de la mano de ver la objeción de conciencia como algo contradictorio con la enfermería, al ser esta una profesión que trabaja en estrecha colaboración con los pacientes y busca principalmente mejorar su mundo²³⁷ y que puede verse reflejado en el artículo 54 del capítulo X de su código: “La Enfermera/o debe adoptar las medidas necesarias para proteger al paciente cuando los cuidados que se le presten sean o puedan ser amenazados por cualquier persona”, y esta protección venga de la mano del respeto a los deseos del paciente en detrimento de sus valores y por lo tanto, el tratamiento dado a la objeción de conciencia en su código pueda considerarse meramente testimonial.

A nivel internacional, en la misma línea que el Código Deontológico de la Enfermería Española, el Código Deontológico del CIE (Consejo Internacional de Enfermeras) para la profesión de enfermería revisado en el 2021 en su punto 2.8 afirma: “Las enfermeras pueden realizar objeción de conciencia en relación con su participación en determinados procedimientos o investigación enfermera relacionada con la salud, pero tienen que facilitar una actuación respetuosa y oportuna que garantice que las personas reciban cuidados adecuados para sus necesidades individuales”.

²³⁷ Lamb C, Pesut B. "Conscience and conscientious objection in nursing: A personalist bioethics approach", *Nurs Ethics* (2021), disponible en <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC8640267/> (última visita 9 de septiembre de 2022).

2. La objeción de conciencia desde la perspectiva jurídica

Los Estados de Derecho elaboran sus ordenamientos jurídicos a partir de las decisiones de la mayoría, pero para que este sistema funcione y la convivencia sea pacífica es necesario que la ciudadanía respete unos mínimos éticos. Más allá de esos mínimos no se debería imponer un sistema de valores único; cada individuo debería poder decidir por qué principios y valores se rige, independientemente de la mayor o menor aceptación social²³⁸.

Se pueden distinguir tres categorías de obligaciones jurídicas susceptibles de ser objetadas:

- 1) Los deberes impuestos en interés o beneficio del sujeto.
- 2) Las obligaciones que protegen intereses de personas identificables. A matizar el grado de daño a que se ven expuestas terceras personas, que puede desaparecer o hacerse mínimo cuando existe la posibilidad de que otros sustituyan al objetor en el cumplimiento del deber. Cuando un deber jurídico pretende proteger bienes valiosos no parece que la objeción de conciencia esté justificada, pues supondría priorizar la autonomía del objetor. Esto no significa que siempre tenga que ceder el objetor, ya que la contribución de este puede ser mínima y fácilmente sustituible.
- 3) Los deberes jurídicos establecidos en interés público, como las obligaciones fiscales y militares. En estos casos el cumplimiento del deber suele ser insignificante al componerse de muy pequeñas contribuciones individuales, de tal modo que el daño producido a la sociedad no compensa el sacrificio de la libertad de conciencia²³⁹.

Las dos primeras categorías son susceptibles de darse en la realización de la tarea asistencial del personal sanitario, la primera muy entroncada con el cambio de modelo de relación clínica. Este cambio, desde el antiguo modelo de relación asistencial paternalista, supuso un nuevo modelo, donde el paciente pasa a ser protagonista y sujeto de derechos que deben ser respetados. Este camino evolutivo es donde se puede encuadrar el conflicto entre ética pública y ética privada.

²³⁸ Garcimartín Montero, M.C., "La objeción de conciencia en España", *Revista General de Derecho Canónico y Derecho Eclesiástico del Estado* 57 (2021), pp. 1-48.

²³⁹ Gascón Abellán, M., *Obediencia al derecho y objeción de conciencia*, Madrid, Centro de estudios constitucionales, 1990, pp. 227-230.

Con la derogación, en el año 1999, del servicio militar desaparece la objeción de conciencia a ese servicio y entra en escena, a partir del año 1985, la objeción sanitaria, como consecuencia de la despenalización del aborto. Esta objeción tiene desde sus comienzos características sociológicas propias y diferenciadas de la anterior. Ahora no es un movimiento juvenil, sino de profesionales respaldados por movimientos religiosos o políticos, en lugar de por grupos ciudadanos, como sucedía en el caso de la objeción al servicio militar. Mucho más recientemente, el 25 de junio de 2021, ha entrado en vigor, a excepción del artículo 17 que entró en vigor el 25 de marzo, la Ley Orgánica 3/2021 de 24 de marzo, de regulación de la eutanasia.

Todo incumplimiento, por motivos morales, de un deber jurídico plantea un conflicto con intereses enfrentados. En el caso de la asistencia sanitaria, cuando un profesional se niega, por motivos morales, a realizar una determinada actividad asistencial exigida, por su contrato de trabajo o estatuto, se enfrentará con la Administración o empresa que demanda que sus trabajadores cumplan con sus cometidos y, con el interés de las personas beneficiarias de las prestaciones objetadas. El Derecho español vigente no da una respuesta legal rotunda, pero dispone de mecanismos, derivados del artículo 16 de la Constitución, para resolver jurídicamente estos casos.

La conexión de la objeción de conciencia con la libertad de conciencia parte del tratamiento en clave de derechos. La Constitución de 1978 reconoce la libertad de conciencia (art. 16), la objeción de conciencia, de forma explícita, en relación con el servicio militar (art. 30.2) y, en su caso, con la cláusula de conciencia referida a la libertad de información (art. 20.1.d).

2.1. Ámbito nacional

Como consecuencia de la Ley Orgánica 9/1985, de 5 de julio, de reforma del artículo 417 bis del Código Penal en 1985 aparece la objeción de conciencia al aborto, al abrigo del artículo 16 de la Constitución Española aunque, en ese momento no se aprobó ningún texto legal que reconociera ese derecho. Lo que estableció la ley

de reforma del Código Penal fue la no punibilidad del aborto cuando se cumplían los requisitos para determinadas indicaciones²⁴⁰.

En la sentencia del Tribunal Constitucional 53/1985, de 11 de abril, se hace mención a la objeción de conciencia al aborto señalando su carácter de derecho fundamental²⁴¹.

En lo referido al ámbito asistencial, el primer reconocimiento de derechos sanitarios en España tuvo lugar en 1986 con la Ley 14/1986 General de Sanidad, de 25 de abril aunque la objeción de conciencia no aparece reflejada. No es hasta el año 2010 cuando es reconocida por una ley, en este caso, la Ley Orgánica de salud sexual y reproductiva e interrupción voluntaria del embarazo²⁴² y tal y como se recoge en la Exposición de Motivos queda definida, como el intento materializado de adecuación de la legislación española al “consenso de la comunidad internacional en esta materia”. En su artículo 19.2 reconoce el derecho a ejercer la objeción de conciencia a todo profesional, directamente implicado en la interrupción voluntaria del embarazo, sin que el acceso y la calidad asistencial de la prestación puedan resultar menoscabados por el ejercicio de la misma.

Dicha Ley, además de exigir la implicación profesional directa con la actuación a la que se objeta, afirma el carácter individual de la objeción. Asimismo, para que la negativa a la intervención sea respetada, exige la obligatoriedad de declarar por escrito y de forma anticipada (art. 19.2), la condición de objetor y la obligación de prestar a la usuaria la atención necesaria antes y después de la intervención. Esta declaración, por escrito y de forma anticipada, entiendo que pretende garantizar el derecho de las mujeres a ser atendidas respetando las demandas y convicciones morales del objetor, es decir, de adaptar las tareas a sus convicciones. Aunque, en su momento, no todos los grupos parlamentarios estuvieron de acuerdo en la obligatoriedad de esta declaración, por escrito y de forma anticipada, ya que, al igual que algunos autores, consideraban que esta

²⁴⁰ Martín Sánchez, I. (coord), *La libertad de conciencia y Derecho sanitario en España y Latinoamérica*, Granada, Comares. 2010, pp. 347-348.

²⁴¹ Alarcos Martínez, F.J., *Objeción de conciencia y sanidad*, Granada, Comares, 2011, pp. 35-77.

²⁴² Ley Orgánica 2/2010, de 3 de marzo, de salud sexual y reproductiva y de la interrupción voluntaria del embarazo (publicado en “BOE” núm. 55, de 04/03/2010. Referencia: BOE-A-2010-3514).

información atentaba contra el derecho constitucional a la intimidad personal. Parece que tal declaración lo que pretende es asegurar la prestación a la que la mujer tiene derecho, ya que cuando el servicio público no pueda facilitarla a tiempo, las autoridades sanitarias le reconocerán el derecho a acudir a cualquier otro centro acreditado, en el territorio nacional, con el compromiso de asumir su costo.

Los derechos individuales de la ciudadanía frente a las actuaciones de la biología y la medicina son abordados de una forma más amplia y específica, aunque sin contemplar la objeción de conciencia de las profesiones sanitarias, por el Convenio de Oviedo, en vigor desde el año 2000. Este Convenio inspiró la 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 y, posteriormente las distintas leyes autonómicas de voluntades anticipadas.

Idéntica ausencia se encuentra en la Ley 44/2003, de 2 de noviembre, de ordenación de las profesiones sanitarias, y en la Ley 55/2003, de 16 de diciembre, del Estatuto marco del personal estatutario de los servicios de salud²⁴³.

Por el contrario, y mucho más recientemente, la Ley Orgánica 3/2021, de 24 de marzo de regulación de la eutanasia reconoce el derecho a la objeción de conciencia de los profesionales sanitarios directamente implicados (artículo 16), la cual, también deberá manifestarse anticipadamente y por escrito. En lo que sí difiere esta ley con la de salud sexual y reproductiva e interrupción voluntaria del embarazo del 2010 es en la creación de un registro de profesionales objetores, por parte de la administración sanitaria, en el que se inscribirán las declaraciones de objeción de conciencia para la realización de la ayuda para morir, con el objeto de facilitar la necesaria información a dicha administración, para garantizar una adecuada gestión de esa ayuda. El registro se someterá al principio de estricta confidencialidad y a la normativa de protección de datos de carácter personal de 2018.

Regular el ejercicio del derecho a la objeción de conciencia, en el ámbito sanitario, dota a la relación asistencial de seguridad jurídica y certidumbre, evitando

²⁴³ Martín Sánchez, I. (coord), *La libertad de conciencia y Derecho sanitario en España y Latinoamérica*, Granada, Comares. 2010, pp. 347,348.

discrecionalidades y o situaciones de abuso, además de garantizar el cumplimiento del resto de derechos amparados por el deber jurídico²⁴⁴.

El estudio de la jurisprudencia del Tribunal Constitucional, a través de distintas sentencias, en algunos casos contradictorias, permite vislumbrar el estado de la cuestión que fue desarrollada en dos fases diferentes: en la primera, STC 15/1982 y STC 53/1985, se consideraba la objeción de conciencia como un derecho fundamental y en la segunda fase, STC 160 y STC 161/1987, se rechazaba tal posibilidad.

Los argumentos de la primera fase vienen de la mano del alcance que tiene la libertad ideológica y religiosa del art. 16 de la Constitución Española, afirmando que esta es un derecho reconocido explícita e implícitamente en el ordenamiento constitucional español²⁴⁵. Con más claridad se manifestó la sentencia del Tribunal Constitucional 53/1985 de 11 de abril reconociendo que forma parte del derecho fundamental reconocido en el artículo 16.1 de la Constitución Española y que esta es directamente aplicable, en materia de derechos fundamentales.

Por su parte, los argumentos de la segunda fase proclaman la objeción de conciencia como una excepción al cumplimiento de un deber general, solamente permitido por el art. 30.2 de la Constitución Española, y que sin ese reconocimiento constitucional no podrá ejercerse tal derecho, ni siquiera al amparo del art. 16 de la Constitución. La STC 160/1987 va más allá rechazando la existencia de un derecho fundamental a la objeción de conciencia y proclamando que no está reconocido ni cabe imaginar que lo estuviera en nuestro Derecho o en Derecho alguno, pues significaría la negación misma de la idea de Estado. Lo que puede ocurrir es que sea admitida excepcionalmente respecto a un deber concreto²⁴⁶. La STC 161/1987 recoge esta misma línea de razonamiento.

Parece existir una aparente contradicción entre las sentencias 15/1982 y 53/1985 y en las posteriores 160 y 161/1987. En las primeras se califica la objeción como una manifestación de derecho fundamental, en el sentido de que forma parte

²⁴⁴ Alarcos Martínez, F.J., *Objeción de conciencia y sanidad*. Granada, Comares, 2011, pp. 70-72.

²⁴⁵ STC 15/1982 de 23 de abril. "BOE" núm. 118, de 18 de mayo de 1982, pp. 4 a 7. Referencia: BOE-T-1982-11457.

²⁴⁶ Alarcos Martínez, F.J., *Objeción de conciencia y sanidad*. Granada, Comares, 2011, pp. 59-61.

de la libertad ideológica y religiosa, que puede ser ejercido con independencia de que exista en la regulación específica, ya que la Constitución es directamente aplicable en materia derechos fundamentales. En las segundas se califica como un derecho autónomo, no fundamental, para cuyo ejercicio es indispensable la previa regulación legal²⁴⁷.

2.1.1. Sentencia del Tribunal Constitucional 15 / 1982 de 23 de abril

Esta sentencia abordó por primera vez la objeción de conciencia al resolver un recurso de amparo contra la denegación de una prórroga al servicio militar que se había solicitado alegando objeción de conciencia por motivos personales y éticos.

El demandante argumenta que La Constitución reconoce la objeción de conciencia por cualquier motivo, y no sólo por motivos de índole religiosa, reconocimiento avalado por la doctrina y el derecho comparado y, en consecuencia, debe entenderse que el Real Decreto 3011/1976, de 23 de diciembre, que contempla tan sólo la objeción de conciencia de carácter religioso, «carece ya de validez y vigencia tras la promulgación de la Constitución».

La negativa estaba fundamentada en la circunstancia de que la legislación entonces vigente, sólo admitía la objeción de conciencia por motivos religiosos.

En dicha sentencia se afirma que para la doctrina, “la objeción de conciencia constituye una especificación de la libertad de conciencia, la cual supone no sólo el derecho a formar libremente la propia conciencia, sino también a obrar de modo conforme a los imperativos de la misma (...). Y, puesto que la libertad de conciencia es una concreción de la libertad ideológica, que nuestra Constitución reconoce en el artículo 16, puede afirmarse que la objeción de conciencia es un derecho reconocido explícita e implícitamente en el ordenamiento constitucional español, sin que contra la argumentación expuesta tenga valor alguno el hecho de que

²⁴⁷ Rodríguez Blanco, M., “La objeción de conciencia en la jurisprudencia constitucional española”, *Diálogos jurídicos* (2017), pp. 107-132.

el art. 30.2 emplee la expresión «la Ley regulará», lo cual no significa otra cosa que la necesidad de regular el derecho, en términos que permitan su plena aplicabilidad y eficacia²⁴⁸. Cualquiera que sea la interpretación que se dé a “las debidas garantías” exigidas por la Constitución no puede aplicarse a la objeción de conciencia no fundada en motivos religiosos.

En esa primera sentencia sobre la objeción de conciencia, emitida por el Tribunal Constitucional, parece que la identifica únicamente con la objeción de conciencia al servicio militar, considerándola como un “derecho-excepción”. Posteriormente, este mismo Tribunal desarrolló la cuestión de manera contradictoria considerándola un derecho fundamental unas veces y otras rechazando tal consideración, aunque desde sus inicios ha afirmado el carácter excepcional del derecho a la objeción de conciencia. En España no existe un derecho general a la misma, lo que se reconocen son manifestaciones concretas, sujetas a ciertos requisitos, en las que se admite que el objetor incumpla, de forma legítima, una norma o un deber jurídico.

Por lo expuesto anteriormente, parece que queda patente la conexión entre la objeción de conciencia y la libertad de conciencia en la que se garantiza el derecho a que el objetor sea declarado exento, en lo referido al servicio militar. Aunque, a diferencia de lo que ocurre con otras manifestaciones de la libertad de conciencia, el derecho a la objeción no consiste fundamentalmente en la garantía jurídica de la abstención de una determinada conducta (la del servicio militar), sino que ese derecho introduce una excepción que ha de ser declarada efectivamente existente en cada caso.

2.1.2. Sentencia del Tribunal Constitucional 53 / 1985 de 11 abril

Esta sentencia fue dictada ante el recurso previo de inconstitucionalidad contra el “Proyecto de Ley Orgánica de Reforma del artículo 417 bis del Código Penal”. El recurso se centra en la interpretación del art. 15 de la Constitución, el cual

²⁴⁸ Garcimartín Montero, M.C., “La objeción de conciencia en España”, *Revista General de Derecho Canónico y Derecho Eclesiástico del Estado* 57 (2021), pp.1-48. También en Prieto Sanchís, L., “Libertad y objeción de conciencia” 54(2006), pp.259-273.

declara que «todos tienen derecho a la vida y a la integridad física y moral». A juicio de los recurrentes, el reconocimiento del derecho de «todos» a la vida se extiende también a los concebidos y no nacidos, conclusión a la que llegan a través de una interpretación literal y sistemática del mencionado precepto pasando los recurrentes, una vez analizado el art. 15 de la Constitución, a considerar los antecedentes históricos, de los que, en su opinión, se desprende que la protección a la vida abarca desde el momento mismo de la concepción.

Los recurrentes, además, puntualizan una serie de circunstancias o deficiencias del proyecto entre las que se encuentra el hecho de que: “se atribuye al médico el ejercicio de tareas o funciones públicas cuasijudiciales pero no se prevé la abstención u objeción de conciencia del mismo” .

El objeto del recurso que debía ser decidido por la sentencia era determinar la constitucionalidad o inconstitucionalidad del proyecto de Ley orgánica que introduce el art. 417 bis en el Código Penal, por el que se declara no punible el aborto en determinados supuestos:

El aborto no será punible si se practica por un médico, con el consentimiento de la mujer, cuando concurren alguna de las circunstancias siguientes:

1. Que sea necesario para evitar un grave peligro para la vida o la salud de la embarazada.
2. Que el embarazo sea consecuencia de un hecho constitutivo del delito de violación del art. 429, siempre que el aborto se practique dentro de las doce primeras semanas de gestación y que el mencionado hecho hubiere sido denunciado.
3. “Que sea probable que el feto habrá de nacer con graves taras físicas o psíquicas, siempre que el aborto se practique dentro de las veintidós primeras semanas de gestación y que el pronóstico desfavorable conste en un dictamen emitido por dos médicos especialistas distintos del que intervenga a la embarazada”,

“ La protección que la Constitución dispensa al *nasciturus* implica para el Estado con carácter general dos obligaciones: La de abstenerse de interrumpir o de obstaculizar el proceso natural de gestación, y la de establecer un sistema legal para la defensa de la vida que suponga una protección efectiva de la misma y que, dado el

carácter fundamental de la vida, incluya también, como última garantía, las normas penales. Ello no significa que dicha protección haya de revestir carácter absoluto; pues, como sucede en relación con todos los bienes y derechos constitucionalmente reconocidos, en determinados supuestos puede y aun debe estar sujeta a limitaciones”.

Consideran los recurrentes que el consentimiento en los supuestos previstos en los núms. 1 y 3 del artículo 417 bis del Código Penal, no debería corresponder únicamente a la madre y hacen especial referencia a la participación del padre, estimando que la exclusión de ésta vulnera el artículo 39.3 de la Constitución. El Tribunal entiende que la solución del legislador no es inconstitucional, dado que la peculiar relación entre la embarazada y el *nasciturus* hace que la decisión afecte primordialmente a aquélla.

El fallo declara que el proyecto de Ley Orgánica por el que se introduce el artículo 417 bis del Código Penal es disconforme con la Constitución, no en razón de los supuestos en que declara no punible el aborto, sino por incumplir en su regulación exigencias constitucionales derivadas del artículo 15 de la Constitución, que resulta por ello vulnerado, en los términos y con el alcance que se expresan en el fundamento jurídico de la presente Sentencia.

El Tribunal Constitucional, en esta sentencia, se muestra aún más rotundo al afirmar que la objeción de conciencia es “parte del contenido del derecho fundamental a la libertad ideológica y religiosa”. Y precisamente por ello establece que el derecho a la objeción de conciencia “existe y puede ser ejercido” con independencia de que el legislador lo haya reconocido o no. La objeción de conciencia forma parte del contenido del derecho fundamental a la libertad ideológica y religiosa reconocido en el artículo 16.1 de la Constitución, pues “la Constitución es directamente aplicable, especialmente, en materia de derechos fundamentales.

En un voto particular se disiente de la Sentencia, poniendo de manifiesto la escasa precisión utilizada respecto de la “clausula de conciencia”, afirmando que es un derecho constitucional del médico y demás personal sanitario que actúe de una manera directa en el acto abortivo. Esta aclaración parece muy pertinente ya que

identifica de una manera más clara a los posibles objetores aunque luego la calificación “de manera directa” no ha estado exenta de interpretaciones divergentes.

Esta sentencia continúa la línea de razonamiento iniciada por la sentencia de 1982²⁴⁹.

2.1.3.Sentencia del Tribunal Constitucional 160 / 1987 de 27 de octubre

Esta sentencia dictada ante el recurso de inconstitucionalidad presentado por el Defensor del Pueblo, contra la totalidad de la Ley 48/1984, de 26 de diciembre, reguladora de la objeción de conciencia y de la prestación social sustitutoria, por no tener la categoría de rango normativo de Ley Orgánica. Sostiene, además, que toda la regulación de la objeción de conciencia y de la inherente prestación social sustitutoria ha de realizarse en una única Ley.

Para el Defensor del Pueblo, el derecho a la objeción de conciencia en materia de servicio militar «no es meramente la exención de un deber, sino el reconocimiento de un derecho básico de la persona humana de rango constitucional y garantizado por la tutela máxima, el recurso de amparo, que la propia Constitución establece para los derechos fundamentales».

Los límites a los que es lícito someter a los derechos fundamentales no deben ser sino los necesarios para la protección de la seguridad, el orden, la salud o la moral pública o los derechos y libertades fundamentales de los demás. Destaca el Defensor del Pueblo la crucial cautela establecida por el art. 81.1 C.E., al exigir que tengan categoría de Leyes Orgánicas las relativas al desarrollo de los derechos fundamentales y de las libertades públicas y concluye declarando la singular importancia para la resolución del problema jurídico que en este recurso de inconstitucionalidad se aborda, del hecho de que España haya ratificado la Declaración Universal de Derechos Humanos de 1948, el Pacto Internacional de Derechos Civiles y Políticos de 1966 y la Convención Europea de 1950, textos todos

²⁴⁹ Garcimartín Montero, M.C., “La objeción de conciencia en España”, Revista General de Derecho Canónico y Derecho Eclesiástico del Estado 57 (2021), pp. 1-48.

ellos en los cuales se garantizan ampliamente los derechos a la libertad de conciencia y a la intimidad personal en todas sus dimensiones.

El Defensor del Pueblo discrepa también en lo concerniente a que la objeción de conciencia se lleve a cabo con las debidas garantías, así como también para que no se dé lugar a discriminaciones, en lo concerniente a que una mayor duración de la prestación social pueda ser garantía para evitar que se produzca fraude a la ley. Asimismo, rechaza que el Consejo pueda denegar la solicitud si percibe incongruencia entre los motivos y las manifestaciones alegadas por el solicitante y las conclusiones desprendidas de las actuaciones en el expediente, alegando que la conciencia no es una realidad inerte o estática, sino dinámica y que, por tanto, no se puede impugnar la autenticidad de una motivación en un momento de la vida por el hecho de que con anterioridad se hayan tenido errores o tropiezos de cualquier tipo.

Rechaza el Tribunal la afirmación del Defensor del Pueblo pues del propio artículo 1.2 de la Ley se desprende que sólo quedarán exentos del servicio militar quienes real y verdaderamente tengan motivos de conciencia y que esos motivos se derivarán de convicciones, religiosas, éticas, etc., todo lo cual exige de modo inevitable que se compruebe la autenticidad de lo que se alega. Por el contrario, el Defensor del Pueblo sostiene que el objetor no tiene que solicitar nada y que el Consejo no tiene que declarar ni reconocer nada, pues es el propio objetor el que determina su condición de objetor.

La contra argumentación parte de la certeza de que es el objetor de conciencia, y sólo él, el que «declara», manifiesta o expresa su condición de objetor, es decir, su oposición al servicio militar por los motivos que le afecten en conciencia, Pero eso no basta para que, automáticamente, sin más, se le tenga por tal, pues el fuero de la conciencia ha de conciliarse con el fuero social o colectivo. Por eso, el Consejo se limita a reconocer o no la condición de objetor, no a declarar el derecho, es decir, el Consejo “declarará haber lugar o no al reconocimiento de la condición de objetor...” no que declare la objeción sino que reconozca la existencia de la condición de objetor, por motivos válidos de conciencia, aptos para la exención del servicio militar.

El Tribunal Constitucional, en esta sentencia de 1987, se aparta de su línea anterior al afirmar que sólo existen las objeciones expresamente reconocidas por la Constitución o la ley. Define la objeción de conciencia al servicio militar, como un derecho reconocido por la Constitución en su artículo 30.2, cuya relación con el artículo 16 de libertad ideológica no autoriza ni permite calificarlo de fundamental. Concluye que el derecho a la objeción de conciencia, del artículo 30.2, no es un derecho incondicionado que, dirigido a la exención de un deber general al servicio militar, el Estado deba regular con las debidas garantías, y que el objetor haya de someterse a un determinado procedimiento, pues no es un derecho que se satisfaga con la mera existencia del dato de conciencia. Es justamente su naturaleza excepcional, derecho a una exención de norma general a un deber constitucional, lo que le caracteriza como derecho constitucional autónomo, pero no fundamental, y lo que legitima al legislador para regularlo por Ley ordinaria. Por el mismo ejercicio del derecho a la objeción, el objetor renuncia a mantener en el ámbito secreto de su conciencia sus reservas ideológicas y, por tanto, los motivos por los que solicita estar exento del cumplimiento de la ley.

El fallo del Tribunal es desestimar el recurso de inconstitucionalidad, interpuesto por el Defensor del Pueblo contra la totalidad de la Ley 48/1984, de 26 de diciembre, y contra la Ley Orgánica 8/1984, en su artículo. 2, apartados 1, 2, 3 y 4.

Cuenta esta Sentencia, 160/1987, con un voto discrepante, que considera que la objeción de conciencia debe ser calificada como derecho fundamental. Y con otro voto discrepante en lo relativo a una notable prolongación de la prestación social sustitutoria como medida preventiva que trata de evitar posibles e hipotéticos fraudes. En consecuencia, afirma que no puede reconocerse al legislador la potestad para establecer un desproporcionado alargamiento de la prestación social obligatoria, que puede llegar hasta la duplicación de su duración, frente a la duración del servicio militar al que aquélla viene a sustituir.

Acierta esta sentencia al insistir en su naturaleza excepcional, pero parece exagerar al identificar su reconocimiento con la negación de la idea de Estado²⁵⁰.

2.1.4. Sentencia del Tribunal Constitucional 161 / 1987 de 27 de octubre

Esta sentencia se encuadra en el mismo contexto que la anterior. En esta ocasión se trata de promover cuestión de inconstitucionalidad respecto a la Ley 48/1984, de 26 de diciembre, reguladora de la objeción de conciencia y de la prestación social sustitutoria basándose en la posible vulneración del artículo 81.1 de la Norma suprema por no tener carácter de Ley Orgánica.

La Audiencia Nacional plantea la cuestión de inconstitucionalidad del artículo 1.3 de la Ley 48/1984 basado en que en él se excluye la posibilidad de instar la declaración de la objeción de conciencia durante la prestación del servicio militar en filas.

En cuanto a lo que este determina: “El derecho a la objeción de conciencia podrá ejercerse hasta el momento en que se produzca la incorporación militar a filas y, una vez finalizada ésta, mientras se permanezca en situación de reserva”. Este artículo no prohíbe el ejercicio del derecho sino que únicamente acota los momentos en los que se puede ejercer, para facilitar “la organización interna del servicio militar obligatorio y la prestación de un deber constitucional, cuya dimensión colectiva podría resultar perturbada por el ejercicio individual del derecho, durante el período de incorporación a filas y sólo durante esa fase”.

“Las cuestiones de inconstitucionalidad planteadas por la Sección Primera de la Sala de lo Contencioso-Administrativo de la Audiencia Nacional tienen por objeto decidir sobre la constitucionalidad de la Ley 48/1984, de 26 de diciembre, reguladora de la objeción de conciencia y de la prestación social sustitutoria, en cuanto pudiera ser contraria al artículo 81.1 de la Constitución por no tener carácter de orgánica, y, en particular, de su artículo 1.3 en cuanto pudiera vulnerar la libertad

²⁵⁰ Seoane, J. A., “Nuevas formas de objeción de conciencia sanitaria” en *Una filosofía del derecho en acción*, Madrid, Congreso de los Diputados, Dirección de Estudios, Análisis y Publicaciones. Departamento de Publicaciones: Universidad Rey Juan Carlos, 2015, “pp. 2385-2405, p. 2389”.

ideológica consagrada en el artículo 16 de la Norma suprema. El primer punto ha sido decidido ya por la sentencia de este Tribunal de fecha 27 de octubre de 1987, con el recurso de inconstitucionalidad número 263/85, promovido por el Defensor del Pueblo, en que se impugnaba la citada Ley 48/1984, entre otros motivos, por no tener carácter de orgánica. De acuerdo con esta Sentencia, nuestro constituyente, al configurar la denominada Ley Orgánica (artículo 81 C.E.), lo ha hecho, y así lo ha interpretado este Tribunal Constitucional, de modo restrictivo y excepcional en cuanto excepcional es también la exigencia de mayoría absoluta y no la simple para su votación y decisión parlamentaria”.

“El derecho a la objeción de conciencia supone una concreción de la libertad ideológica (STC 15/1982) y que esta última se encuentre entre los derechos fundamentales para cuyo desarrollo es necesaria Ley Orgánica, pues sin negar esa conexión lo cierto es que el derecho a la objeción de conciencia está configurado por el constituyente como un derecho constitucional autónomo, de naturaleza excepcional, pues supone una excepción al cumplimiento de un deber general (el de prestar el servicio militar obligatorio). Al ser un derecho constitucional autónomo, le es aplicable la doctrina citada del artículo 81.1, y en cuanto éste remite, como se ha dicho a la Sección 1.ª del Capítulo Segundo, Título I de la Constitución, en que no está incluido aquel derecho, su desarrollo no requiere ley orgánica; por lo que procede desestimar las cuestiones planteadas en este punto”.

Concluye la sentencia afirmando “que la examinada exclusión temporal al ejercicio del derecho de objeción de conciencia a la prestación del servicio militar obligatorio es razonable y proporcionada a los fines que objetivamente persigue y no destruye o vulnera el contenido del derecho constitucionalmente reconocido, por lo que el artículo 1.3 de la Ley 48/1984 no es inconstitucional.

De todo lo expuesto resulta que el artículo 1.3 de la Ley 48/1984, en cuanto reconoce que el derecho a la objeción de conciencia puede ejercerse hasta el momento en que se produzca la incorporación al servicio militar, respeta el contenido esencial de aquel derecho consagrado en el artículo 30.2 de la Constitución y no puede ser tachado de inconstitucional.

En un voto particular se afirma que no se puede olvidar que el derecho de objetor de conciencia es un problema de conciencia, que, forzosamente, surge en un tiempo y puede no existir en el anterior.

Otro voto particular menciona el hecho de que la objeción de conciencia, sea “sobreenvenida”, es decir, surja en el momento de la prestación del servicio militar en filas, por lo que no sería un obstáculo para el surgimiento de tal derecho. La Constitución menciona genéricamente la “exención del servicio militar obligatorio”, sin que puedan establecerse distinciones al respecto, pues cuando la Constitución ha querido establecer la peculiaridad del ejercicio de los derechos fundamentales, expresamente lo ha establecido así. No puede admitirse constitucionalmente esa supresión temporal del derecho a la objeción de conciencia, pues lesiona su contenido esencial.

Otro voto discrepante de la sentencia afirma que el artículo. 30.2 de la Constitución, reconoce el derecho de objeción de conciencia al servicio militar obligatorio en su conjunto, es decir, en cualquiera de sus fases, incluida la de actividad o servicio en filas, ya que el texto constitucional no distingue entre las diversas situaciones que abarca tal servicio, sino porque como se dijo en la STC 15/1982, de 23 de abril, la objeción de conciencia es una concreción de la libertad ideológica. La norma que impide totalmente hacer valer el derecho a la objeción de conciencia durante un período del servicio militar, en este caso el del servicio en filas, vulnera el contenido esencial de aquel derecho, pues no supone un condicionamiento o restricción del mismo sino su privación temporal no autorizada por la Constitución. No se puede privar, sin excepción alguna, de un derecho constitucional aunque sea temporalmente.

2.1.5. Sentencia del Tribunal Constitucional 151 / 2014, de 25 de septiembre

Esta sentencia versa sobre el recurso de inconstitucionalidad por la que se crea el registro de profesionales, en relación con la interrupción voluntaria del embarazo, al considerar que la Ley, en su totalidad, vulnera los artículos 81, 149.1.1 y 139.1 de la Constitución y por entender que los artículos. 1 b), 3, 4, 5 y 6 de la Ley

Foral de Navarra 16/2010, de 8 de noviembre vulneran los derechos a la libertad ideológica (artículo 16.1 .CE.) y a la intimidad (artículo 18.1 C.E.).

El Partido Popular interpuso un recurso de inconstitucionalidad por vulneración del derecho a la libertad ideológica y el derecho a la intimidad. El recurso comienza haciendo referencia a la Ley Orgánica 2/2010, de 3 de marzo, de salud sexual y reproductiva y de la interrupción voluntaria del embarazo, cuyo artículo 19.2 reconoce a los profesionales sanitarios directamente implicados en la interrupción voluntaria del embarazo el derecho a ejercer la objeción de conciencia. Para los recurrentes, dicha Ley no prevé la posibilidad de que las Comunidades Autónomas puedan proceder a la regulación del ejercicio de tal derecho, ni contempla la creación de un registro en el que deban inscribirse los profesionales médicos y sanitarios que decidan ejercerlo.

Los recurrentes consideran que la inconstitucionalidad de la Ley Foral impugnada se fundamenta en la falta de competencia de la Comunidad Foral de Navarra para regular, por medio de una ley foral, el ejercicio de la objeción de conciencia en relación a las interrupciones voluntarias del embarazo, así como para crear un registro de profesionales sanitarios objetores de conciencia produciendo una desigualdad entre los españoles que vulneraría lo dispuesto en el artículo 139.1 de la C.E., en conexión con el artículo 149.1.1 de la misma.

La Ley estatal sólo exige que la declaración de objeción de conciencia se haga “por escrito”, pero no obliga a cumplimentar un impreso concreto, ni a la inscripción en un registro de objetores, lo que implica, a su juicio, una restricción desproporcionada del derecho fundamental. Porque exige que la declaración de objeción de conciencia se presente con una antelación mínima de siete días hábiles, mientras que la Ley estatal sólo exige que se haga anticipadamente. Por último, porque prevé que “la Dirección del Centro denegará la inscripción”, si las solicitudes no cumplen los requisitos legales, atribuyendo, según los recurrentes, “a una autoridad privada, como es el director del centro sanitario, la facultad de negar al personal médico y sanitario el ejercicio de su derecho fundamental a la libertad ideológica y de creencias”.

Asimismo, entienden que la necesidad de gestionar adecuadamente la prestación relativa a la interrupción voluntaria del embarazo no requiere la existencia de un registro de profesionales sanitarios objetores de conciencia, ni resulta necesario saber el nombre de los médicos y sanitarios objetores, ya que su creación puede convertirse “en un elemento de coacción” que puede llegar a impedir, por el temor a represalias o discriminaciones, el libre ejercicio del derecho a la libertad de conciencia que reconoce el artículo 16.1 de la C.E. Concluyen que “no existe un fin legítimo que justifique la necesidad de crear un Registro de objetores, y su creación sólo responde a los deseos de dificultar el libre ejercicio del derecho fundamental a la libertad ideológica, por lo que resulta inadmisibles en nuestro sistema constitucional”.

El Tribunal Constitucional dictó sentencia reconociendo la conformidad de la creación del registro con la Constitución que lo considera un medio adecuado, aunque no el único posible, para llevar a cabo la obligación de declarar, por escrito y anticipadamente, la voluntad de objetar, entendiéndose que no constituye un límite al ejercicio del derecho a la objeción de conciencia, ni un sacrificio desproporcionado e injustificado de los derechos de libertad ideológica e intimidad. Acerca de la confidencialidad de los datos afirma que estarán protegidos por la Ley Orgánica de Protección de Datos de carácter personal (LOPD) de 1999 y que estos son necesarios para que los responsables del servicio público de salud puedan organizar debidamente la prestación de la interrupción voluntaria del embarazo en los supuestos legalmente previstos, a fin de que tengan conocimiento de las disponibilidades del personal sanitario y puedan organizar, en la debida forma, la prestación con medios propios, si ello es posible, o mediante contratación de personal externo o concierto con entidades privadas, de acuerdo con lo previsto en la Ley Orgánica 2/2010. Considera, así mismo, que es conforme con la doctrina constitucional, según la cual el objetor, si quiere resultar exento del deber correspondiente, ha de colaborar con los poderes públicos para que el derecho sea efectivo, y esa colaboración comienza por la renuncia del titular del derecho a mantenerlo en la esfera de la intimidad.

Basado en estos argumentos, el Tribunal Constitucional decidió estimar parcialmente el recurso de inconstitucionalidad y, en consecuencia, declarar

inconstitucional y nulo el inciso del artículo 5 de la Ley Foral de Navarra 16/2010, de 8 de noviembre, por la que se crea el registro de profesionales en relación con la interrupción voluntaria del embarazo, que señala que “podrán acceder aquellas personas que autorice expresamente la persona titular de la Gerencia del Servicio Navarro de Salud-Osasunbidea, en ejercicio legítimo de sus funciones” y desestimar el recurso de inconstitucionalidad en todo lo demás.

2.1.6. Sentencia del Tribunal Constitucional 145 / 2015 de 25 de junio

Esta sentencia resuelve la demanda de amparo planteada frente a la sanción impuesta al recurrente, como consecuencia de que una oficina de farmacia carecía de existencias de preservativos y del medicamento con el principio activo, conocido como “píldora del día después”. El farmacéutico manifestó no disponer de existencias de dichos productos y medicamentos por razones de objeción de conciencia, certificando el Colegio Oficial de Farmacéuticos de Sevilla su condición de objetor de conciencia, ya que los medicamentos con el principio activo “levonorgestrel” 0,750 mg tienen efectos abortivos, y en cuanto a los preservativos la decisión de no dispensarlos, por razones de conciencia, no causa perjuicio alguno, al estar garantizada la distribución de este producto por el gran número de establecimientos que los dispensan.

El Tribunal Constitucional ha vuelto a mantener la tesis de que la objeción es un derecho reconocido implícitamente en la libertad ideológica constituyendo las cinco sentencias anteriores, el núcleo de la doctrina del mismo. Con posterioridad a ellas, el Tribunal se ha referido ocasionalmente a la objeción de conciencia, pero sin clarificar su postura sobre la naturaleza jurídica de esta figura.

El hecho de que la objeción de conciencia no esté expresamente contemplada en el artículo 16 de la Constitución, no significa que no pueda entenderse incluida en el contenido de los derechos protegidos por este artículo. La legislación vigente ofrece ejemplos de derechos no mencionados en la Constitución a los que se le ha reconocido rango fundamental, como la eutanasia y el aborto, no recogidos explícitamente en la misma. Por lo tanto, la falta de mención expresa de la

objeción de conciencia, salvo al servicio militar, no es suficiente para negar que forme parte del contenido de un derecho fundamental. La referencia constitucional a la objeción de conciencia al servicio militar no prejuzga la naturaleza de la objeción de conciencia con carácter general, ya que el artículo 30.2 garantiza la exención del cumplimiento de un deber establecido en el artículo 30.1; de ahí la lógica de su inclusión en este lugar específico.

Que no exista un derecho general a la objeción de conciencia no significa que no exista como derecho, pero no fundamental, sino que surge como derecho a quedar eximido del cumplimiento de algún deber jurídico válido. El Tribunal Constitucional no ha dudado ni ha sido contradictorio, sino que ha insistido, en que “no existen derechos ilimitados” hasta convertir esta cláusula en inamovible, en todos los fallos que abordan este tipo de problemas. Es más, afirma que los derechos deben armonizarse con la protección de otros derechos, bienes o valores. Ante un caso concreto de objeción de conciencia, este Tribunal indica que la solución a ese problema, sólo puede llegar de la búsqueda del equilibrio entre los derechos del objetor y los derechos afectados por el incumplimiento del deber. Aunque, debido a la radicalidad del conflicto, el equilibrio va a resultar muy difícil ya que siempre prevalecerá un interés sobre otro²⁵¹.

En un voto particular se argumenta que la «píldora del día después» tiene la finalidad de evitar un posible embarazo, pero no terminar con un embarazo ya comenzado. Esta sentencia ni siquiera tiene en cuenta la STC 116/1999, de 17 de junio, en cuyo fundamento jurídico se trata la cuestión relativa a los preembriones no viables. Por lo que no se entiende por qué la negativa a dispensar la píldora entra en colisión con la concepción que profesa el demandante sobre el derecho a la vida.

La sentencia señala que la sanción administrativa no se le impuso a un farmacéutico determinado por su negativa a dispensar el medicamento a un tercero, sino a los dos cotitulares de la oficina de farmacia por el incumplimiento del deber de contar con el mínimo de existencias establecido, tema por el cual no se concibe que

²⁵¹ Cebriá García, M. D., “ Libertad religiosa y no discriminación en el ámbito sanitario: el ejercicio de la objeción de conciencia al aborto”, *Derecho y Religión* XI (2016), p. 321. Casado, M., *Bioética, derecho y sociedad*, Madrid, Trotta, 1998, pp. 135-138.

no disponer de existencias mínimas de un medicamento puede entrar en colisión con la concepción del demandante sobre el derecho a la vida. El hecho de no contar con existencias del medicamento por razones de conciencia supone una negativa a dispensarlo a cualquier persona que pudiera solicitarlo, en cualquier circunstancia; además, supone la creación de un impedimento para que el otro cotitular de la oficina de farmacia y sus empleados puedan dispensar tales medicamentos. Con tal actitud se impide cualquier forma de conciliación con los intereses constitucionalmente protegidos de terceros.

La ley 29/2006, de 26 de julio, de garantías y uso racional de los medicamentos y productos sanitarios afirma que las oficinas de farmacia están obligadas a dispensar los medicamentos que se les demanden, sin contemplar excepciones a estas obligaciones por objeción de conciencia. Y en cuanto a los derechos y deberes de los farmacéuticos dispone la Ley 22/2007, de 18 de diciembre, de farmacia de Andalucía que sólo pueden negarse a dispensar medicamentos cuando no sean solicitados de acuerdo con las normas vigentes o cuando sea evidente una finalidad extraterapéutica de los mismos.

En otro voto particular se aclara que pretender que la obediencia al derecho pueda depender del código moral de cada cual es una torpe caricatura del derecho a la objeción de conciencia. Se trata del derecho de la minoría a poder acogerse, excepcionalmente, a su visión del mínimo ético que el derecho ha de avalar, en relación al impuesto mayoritariamente por cauces democráticos. Todo un síntoma elocuente del respeto del Estado a los derechos de los ciudadanos; de modo especial a su libertad ideológica, no ajena en ocasiones a referencias religiosas. Una democracia avanzada aspira a evitar dictaduras mayoritarias, dando espacio, siempre que resulte viable, a excepciones que salvaguarden convicciones jurídicas discrepantes. Tipificar como sancionable su no disposición en vez de su no dispensación es, obviamente, para evitar que el farmacéutico desatienda la solicitud del ciudadano argumentando que ha agotado las existencias de determinados productos. Todo parece indicar que se está incurriendo en la identificación de conciencia con creencias que, por otra parte, no debe resultar nada ajeno.

2.2 Ámbito internacional

La Declaración Universal de los Derechos Humanos, de 10 de diciembre de 1948, de la Organización de las Naciones Unidas, en el artículo 18 de afirma: “Toda persona tiene derecho a la libertad de pensamiento, de conciencia y de religión; este derecho incluye la libertad de cambiar de religión o de creencia, así como la libertad de manifestar su religión o su creencia, individual y colectivamente, tanto en público como en privado” por lo que garantiza al individuo el derecho a tener las creencias que elija, a manifestarlas y a actuar de acuerdo con ellas. En el mismo sentido se pronuncia el artículo 18 del Pacto Internacional de Derechos civiles y Políticos, de 16 de diciembre de 1966 de la misma organización.

Este reconocimiento de actuar según la propia conciencia es donde se encontraría contenido el derecho general a la objeción, incluso cuando sea contrario al ordenamiento jurídico, y por lo tanto, conllevando la exención de su cumplimiento o de la sanción correspondiente. Aunque este derecho, como cualquier otro, no es absoluto, sino que puede estar limitado por otros derechos y libertades fundamentales, así como por otros derechos supraindividuales, como la seguridad, el orden, la salud y la moral pública. En el mismo sentido, se encuentra reconocido en el Convenio Europeo para la Protección de los Derechos del Hombre y de las Libertades Fundamentales de 1950, del Consejo de Europa al igual que en la Convención Americana sobre Derechos Humanos de 1969 de la Organización de Estados Americanos, así como en una parte importante en las Constituciones hispano americanas²⁵².

El Tribunal Europeo de Derechos Humanos manifestó, en sucesivas ocasiones, que el derecho a la objeción de conciencia es un aspecto fundamental de la libertad de pensamiento, conciencia y religión. Inicialmente, la Comisión Europea de Derechos Humanos no reconoció o directamente negó que la objeción formase parte de la libertad de conciencia. Sin embargo, en 2011 el Tribunal Europeo de Derechos Humanos ha dado un giro radical a esa jurisprudencia de la Comisión

²⁵² Romeo Casabona, C.M., *Enciclopedia de Bioderecho y Bioética* Tomo II, Cátedra Interuniversitaria Granada 2011, pp. 1194-1195.

reconociendo, por primera vez, que la libertad de pensamiento, conciencia y religión, del artículo 9 del Convenio Europeo, ampara el derecho a la objeción de conciencia, referido a la objeción al servicio militar de un ciudadano armenio testigo de Jehová. Aunque parece que ha sentado un precedente de mayor alcance, pues el Tribunal ha reconocido:

1) que la objeción de conciencia es una manifestación más de la libertad de conciencia y que, por consiguiente, los casos de objeción han de ser tratados como un problema de límites al ejercicio de esa libertad.

2) que, en consecuencia, un supuesto particular de objeción resultará o no finalmente tutelado por la libertad de conciencia sólo tras haber considerado, mediante un juicio de proporcionalidad, todos los intereses en conflicto y las circunstancias particulares del caso²⁵³.

El Consejo de Europa insta a sus miembros a desarrollar regulaciones que definan y regulen la objeción de conciencia, relativa a los servicios médicos y sanitarios, de forma que: se garantice ese derecho, se asegure la información debida a los pacientes remitiéndolos a otro centro sanitario y se asegure de que reciben el tratamiento adecuado, especialmente en casos de emergencia. Existen diversas declaraciones y recomendaciones de organismos internacionales y de asociaciones profesionales supranacionales, que reconocen, a los profesionales sanitarios, la posibilidad de negarse a realizar determinadas prácticas que vayan en contra de su conciencia. Aunque, no cuentan con obligatoriedad jurídica en sentido estricto²⁵⁴.

El derecho a la objeción de conciencia también ha sido reconocido en la Carta de derechos fundamentales de la Unión Europea (art. 10.2 CDFUE, 2000), vinculándolo con la libertad de conciencia (art. 10.1 CDFUE)²⁵⁵.

En el Tratado de Lisboa (2009) se ha reconocido que la Constitución Europea, expresamente reconozca el derecho a la objeción de conciencia, artículo II-

²⁵³ Gascón Abellán, M., *Obediencia al derecho y objeción de conciencia*, Madrid, Centro de estudios constitucionales, 1990, p. 315.

²⁵⁴ Sánchez- Caro, J., "La objeción de conciencia sanitaria", *Dialnet* 20/ 2 (2010), pp. 49-64.

²⁵⁵ Seoane, J. A., "Nuevas formas de objeción de conciencia sanitaria" en *Una filosofía del derecho en acción*, Madrid, Congreso de los Diputados, Dirección de Estudios, Análisis y Publicaciones. Departamento de Publicaciones: Universidad Rey Juan Carlos, 2015, "pp. 2385-2405, p. 2387".

70, “de acuerdo con las leyes nacionales que regulan su ejercicio”, lo cual supone una débil protección del mismo en el ámbito del ordenamiento de la Unión Europea²⁵⁶. La Carta de Derechos de la Unión Europea, proclamada el 12 de diciembre de 2007 en Estrasburgo, se ha incorporado al Tratado de Lisboa; una vez ratificado este, hace la Carta legalmente vinculante para todos los países con excepciones para Polonia y el Reino Unido

La Declaración de Oslo sobre el aborto de la Asociación Médica Mundial, Oslo 1970 y sus sucesivas revisiones, hasta la última de octubre de 2018, establecen únicamente que las convicciones del médico y del paciente deben ser respetadas.

²⁵⁶ Sánchez- Caro, J., “La objeción de conciencia sanitaria”, *Dialnet* 20/ 2 (2010), pp. 49-64.

CAPÍTULO IV

LA PROFESIÓN ENFERMERA Y LA OBJECIÓN DE CONCIENCIA

1. La objeción de conciencia en la relación asistencial

En el antiguo modelo de relación clínica, relación vertical autoritaria o paternalista, no había ni podía haber objeción de conciencia, sino mera actuación en conciencia del profesional. Este profesional no necesitaba objetar su actuación en conciencia no necesitaba oponerse a la opinión de la persona que atendía, que apenas existía y que, de existir, carecía de relevancia. Su apoyo eran los valores profesionales o deontológicos, prácticamente uniformes, que servían para justificar sus obligaciones profesionales y legitimar su conducta²⁵⁷.

Posteriormente se produce un cambio en el que la relación asistencial se horizontaliza y democratiza y en el que los derechos de los pacientes comienzan a ser reconocidos. Los profesionales, como el resto de la ciudadanía, cuentan con valores personales, pero también obligaciones profesionales, éticas y jurídicas que son definidas colectivamente y no de forma individual por cada profesional. Por tanto, la objeción de conciencia implica la confrontación entre los valores personales del profesional y las obligaciones profesionales, definidas por el colectivo profesional, pero también por la sociedad²⁵⁸. Por tanto, las decisiones éticas deben ser tomadas en el contexto de una interacción personal/profesional/sociedad. El grupo con el que se identifica la persona individual es el árbitro de lo que debería ser la conducta profesional adecuada²⁵⁹.

Este escenario de adaptación y cambio es el que muestra la relación asistencial actual, donde este tipo de conflictos se van modificando no solo debido a los nuevos fines de la medicina y a los avances tecnológicos sino, sobre todo, a la influencia que en ella están ejerciendo los cambios de la sociedad civil debido al tránsito de un modelo de relación paternalista a otro más respetuoso con la autonomía de cada persona y con su consideración como sujeto de derechos en una sociedad democrática.

²⁵⁷ Couceiro A., Seoane, J.A., Hernando Robles, P., "La objeción de conciencia en el ámbito clínico. Propuesta para un uso apropiado (II)". *Revista de Calidad Asistencial* 26 /3 (2011), pp. 320-324.

²⁵⁸ Seoane, J. A., "El perímetro de la objeción de conciencia". *Indret. Revista para el análisis del derecho* (2009), pp.1-21.

²⁵⁹ Peterson M, Potter RL., "A proposal for a code of ethics for nurse practitioners", *J Am Acad Nurse Pract.* 16/3 (2004), pp. 116-124.

En una primera etapa del tránsito desde el paradigma antiguo al moderno se produjo una inflación de la objeción de conciencia, en especial, por el incremento de las posibilidades técnicas de prolongación de la vida, la aparición de nuevos conceptos como el de muerte cerebral o las nuevas formas de determinar lo que se considera una práctica clínica adecuada²⁶⁰. En estos casos el personal asistencial apelaba de forma errónea a la objeción de conciencia, pues en realidad lo que sucedía es que se encontraba ante una praxis clínica compleja que había cambiado mucho en poco tiempo, dando lugar a falsas objeciones de conciencia.

Para que se dé la objeción de conciencia en el ámbito sanitario es necesario que exista un deber jurídico dirigido directamente a los profesionales, teniendo en cuenta la continua exigencia de adaptación, tanto ética como jurídica, definidas colectiva y socialmente²⁶¹. No es suficiente que aparezca un problema de conciencia que puede resolverse con arreglo a la *lex artis* dentro del margen de maniobra que su profesionalidad le permite; en estos casos al haber libertad de decisión, no hay deber jurídico y, por lo tanto, no hay objeción.

Estos modelos de relación clínica pueden ponerse en relación con las posiciones o modelos propuestos para analizarla objeción de conciencia de los profesionales sanitarios. El modelo autonomista, que otorga clara primacía al paciente, se correspondería con la tesis de la incompatibilidad, y el modelo paternalista, centrado en el profesional sanitario, se corresponderá con la tesis del absolutismo de la conciencia²⁶². Ambos modelos pueden ser considerados extremos y fallidos, por lo que se propone un modelo de relación clínica más equilibrado, deliberativo o iusfundamental, que propone un modo intersubjetivo de tomar decisiones, pues estas no son únicamente individuales, sino compartidas²⁶³. La objeción de conciencia sanitaria no afecta, como ya se ha mencionado, únicamente al profesional que

²⁶⁰ Couceiro, A., Seoane, J.A., Hernando, P., "La objeción de conciencia en el ámbito clínico. Propuesta para un uso apropiado (II)", *Revista de Calidad Asistencial* 26/5 (2011) pp. 320-324.

²⁶¹ Couceiro, A., Seoane, J.A., Hernando, P., "La objeción de conciencia en el ámbito clínico. Propuesta para un uso apropiado (I)", *Revista de Calidad Asistencial* 26/3 (2011), pp. 188-193.

²⁶² Triviño Caballero R., *El peso de la conciencia. La objeción en el ejercicio de las profesiones sanitarias*, Madrid, Plaza y Valdés, 2014, pp. 166- 167.

²⁶³ Seoane, J.A., "El significado de la ley básica de autonomía del paciente (ley 41/2002, de 14 de noviembre en el sistema jurídico sanitario español. Una propuesta de interpretación", *DS. Derecho y Salud* 12/ 1 (2004), pp. 41-60.

pretende ejercerla. Tres son los actores principales: el profesional asistencial, el paciente o usuario y la Administración y las instituciones sanitarias. Por tanto, es necesario que conozcan qué les está permitido, prohibido u ordenado, cuáles son sus derechos y deberes y qué normas regulan la objeción de conciencia para emplearlas como guías de conducta²⁶⁴.

1.1. Modelos más destacados de relación clínica

1.1.1. El Absolutismo de la conciencia

Postula que la conciencia es lo prioritario. Se considera que las convenciones socioculturales no proporcionan una base sólida que justifique la desestimación de la objeción de conciencia y que el derecho individual a la misma es conciliable con las obligaciones profesionales. Se reconoce, cuando se produce un conflicto de conciencia, que existe una obligación de mantener el cuidado hasta que la persona afectada sea transferida a otro profesional.

Edmund D. Pellegrino es uno de los autores más representativos de este modelo y en su opinión, no existe distinción entre lo personal y lo profesional, la obligación moral del individuo está presente en todo momento²⁶⁵. Cuando se fuerza a una persona a actuar en contra de los dictados de su conciencia, se produce una violación de su integridad moral, de la que también forma parte lo profesional.

En el hipotético caso de que fuera posible el desdoblamiento entre las convicciones personales y la práctica profesional, los partidarios de este modelo no lo consideran deseable, ya que supondría reducir a los profesionales a autómatas sin ética lo que conduciría al deterioro de los valores de la profesión y de la relación asistencial.

Uno de los argumentos más poderoso de esta postura es la insistencia en que la relación fiduciaria, entre médico y paciente, no implica que el médico siempre

²⁶⁴ Seoane, J. A., "Nuevas formas de objeción de conciencia sanitaria" en *Una filosofía del derecho en acción*, Madrid, Congreso de los Diputados, Dirección de Estudios, Análisis y Publicaciones. Departamento de Publicaciones : Universidad Rey Juan Carlos, 2015, "pp. 2385-2405, p. 2393".

²⁶⁵ Triviño Caballero R., *El peso de la conciencia. La objeción en el ejercicio de las profesiones sanitarias*, Madrid, Plaza y Valdés, 2014, pp. 177-179.

tenga que atender las demandas de su paciente. Este argumento no tiene en cuenta que, a pesar de la relación de confianza, existe un desequilibrio entre el profesional y el paciente que imposibilita un tratamiento de igualdad. El profesional es el experto y, por tanto, la persona usuaria depende de él para cubrir sus necesidades asistenciales. Si además se atiende al discurso de las relaciones de poder, la posición privilegiada de los facultativos se encuentra enfrentada a la vulnerabilidad de las personas usuarias.

Otros partidarios de este modelo son defensores de que los objetores deberían eludir determinadas especialidades, no sólo para evitar conflictos con sus pacientes, sino también para protegerse a sí mismos, en el caso de que tuviesen que prestar forzosamente un determinado servicio²⁶⁶.

Existen dos estrategias para contrarrestar este absolutismo y prevenir el descontrol de la objeción de conciencia en la asistencia sanitaria:

- 1) la no tolerancia, o negarse a acomodar a los profesionales que se niegan a prestar servicios legales, profesionalmente aceptados y clínicamente apropiados dentro del ámbito de su competencia clínica.
- 2) la adaptación razonable, que resulta de imponer restricciones a la adaptación.

La no tolerancia es un instrumento contundente para evitar que se des controle la objeción de conciencia en el cuidado de la salud. La declaración clásica de la no tolerancia parte de que “si las personas no están preparadas para ofrecer una atención legalmente permitida, eficiente y beneficiosa porque entra en conflicto con sus valores, no deben ser médicos”²⁶⁷. Si la sociedad piensa que la anticoncepción, el aborto y la asistencia para morir son importantes, debe seleccionar personas preparadas para llevarlas a cabo, no personas cuyos valores le impidan participar.

Algunos defensores de la no tolerancia han advertido que tolerar la objeción de conciencia en medicina daría lugar a una discriminación injustificada²⁶⁸

²⁶⁶ Triviño Caballero R., *El peso de la conciencia. La objeción en el ejercicio de las profesiones sanitarias*, Madrid, Plaza y Valdés, 2014, pp. 176-182

²⁶⁷ Savulescu J., “Conscientious objection in medicine”, *BMJ* 332 (2006), pp. 294–297.

²⁶⁸ Wicclair, M. R., “Preventing conscientious objection in medicine from running amok: a defense of reasonable accommodation”, *Theoretical Medicine and Bioethics* 40 (2019), pp. 539–564.

que abriría la puerta a la “medicina basada en valores” que, a su vez, abriría la caja de Pandora de la medicina idiosincrásica, intolerante y discriminatoria²⁶⁹.

Entre estas dos estrategias mencionadas parece que la adaptación razonable sería la opción más adecuada e intermedia entre las dos opciones extremas, la no tolerancia y la adaptación sin límites.

1.1.2. El Incompatibilismo

La tesis de la incompatibilidad afirma que el pacto que empodera a la medicina es un acuerdo entre la sociedad y la profesión. Aunque no existe un acuerdo o contrato literal entre ambas, podría ser más adecuado referirse a un proceso de “negociación social”²⁷⁰, más que a un acuerdo que estaría reflejado en los códigos profesionales, en las leyes, en las regulaciones y en las distintas políticas.

Esta postura parte de la no tolerancia que, a menudo, se basa en la opinión de que la objeción de conciencia es incompatible con las obligaciones profesionales. Convertirse en profesional de la salud es una elección voluntaria. En la medida en que los individuos deciden, voluntariamente, ingresar en estas profesiones, están obligados por las correspondientes obligaciones profesionales²⁷¹. En esencia, es asumir obligaciones profesionales cuyo alcance no está condicionado por opiniones personales o sensibilidades individuales. No hay injusticia en las opciones que pueden estar restringidas por los valores personales y los compromisos religiosos, ya que también existen otras opciones limitadas por los propios recursos financieros, por las propias aptitudes y facultades y por los propios gustos y aversiones. Por otra parte, apela a la especialización cuando afirma que los profesionales pueden evitar conflictos entre su conciencia y sus obligaciones profesionales al elegir una especialidad adecuada, es decir, que no conlleve actuaciones que violen su conciencia²⁷²

²⁶⁹ Savulescu J., “Conscientious objection in medicine”, *BMJ* 332 (2006) pp. 294–297.

²⁷⁰ Wicclair, M. R., “Is conscientious objection incompatible with a physician’s professional obligations?”, *Theor Med Bioeth* 29 (2008), pp.171–185.

²⁷¹ Wicclair, M. R., “Preventing conscientious objection in medicine from running amok: a defense of reasonable accommodation”, *Theoretical Medicine and Bioethics* 40 (2019), pp. 539–564.

²⁷² Wicclair, M. R., “Preventing conscientious objection in medicine from running amok: a defense of reasonable accommodation”, *Theoretical Medicine and Bioethics* 40 (2019), pp. 539–564.

Para apoyar esta tesis, los incompatibilistas han confiado en uno o ambos de los dos argumentos siguientes: 1) La obligación profesional de poner los intereses o el bienestar de los pacientes por encima del propio interés. 2) La obligación de prestar todos los servicios dentro del ámbito de la práctica profesional.

El profesional que ingresa a una especialidad debería comprender, que este ingreso requiere y/o expresa una promesa de brindar todos los servicios ofrecidos no incompatibles con los estándares legales y profesionales y que no se harán ajustes por sus creencias éticas y/o religiosas²⁷³. Estos profesionales se incorporan a su profesión de forma voluntaria, no son reclutas. Acuerdan voluntariamente un contrato con la sociedad, prometen, entre otras cosas, dedicar su vida al servicio de la humanidad; la salud y el bienestar del paciente como su primera consideración,...²⁷⁴ con conciencia y dignidad aunque la conciencia debe coexistir con la buena práctica médica; no como algo que prevalece sobre las obligaciones profesionales. La negativa por motivos de conciencia a prestar una atención que constituya una buena práctica profesional constituye una violación de la Declaración de Ginebra²⁷⁵.

Cuando el profesional elige actuar según los propios valores e intereses, por encima del altruismo, reconocido como una característica definitoria de la medicina, y de las obligaciones profesionales definidas por el colectivo profesional y por la sociedad, se viola un principio crucial de la medicina ética que todo médico tiene el deber de observar²⁷⁶, ya que optar por seguir los dictados de la conciencia impone cargas de tiempo, molestias y costos financieros a los pacientes²⁷⁷. Un verdadero objetor de conciencia acepta las consecuencias de los principios que valora

²⁷³ Wicclair, M. R., "Is conscientious objection incompatible with a physician's professional obligations?", *Theor Med Bioeth* 29 (2008), pp.171–185.

²⁷⁴ Schuklenk, U., "Conscience-based refusal of patient care in medicine: a consequentialist analysis", *Theoretical Medicine and Bioethics* 40 (2019), pp. 523–538.

²⁷⁵ Triviño Caballero R., *El peso de la conciencia. La objeción en el ejercicio de las profesiones sanitarias*, Madrid, Plaza y Valdés, 2014, p. 186

²⁷⁶ Wicclair, M. R., "Is conscientious objection incompatible with a physician's professional obligations?", *Theor Med Bioeth* 29 (2008), pp. 171–185.

²⁷⁷ Wicclair, M. R., "Preventing conscientious objection in medicine from running amok: a defense of reasonable accommodation", *Theoretical Medicine and Bioethics* 40 (2019), pp. 539–564.

y se compromete a defender²⁷⁸. En lugar de la conciencia de estos profesionales, lo que debería estar es el consenso sobre la distribución de los recursos para satisfacer las necesidades de las personas²⁷⁹.

Es bastante desconcertante que los objetores de conciencia afirmen que su integridad como agentes morales se ve amenazada cuando se les pide que actúen profesionalmente en sus funciones y, sin embargo, no parecen experimentar reservas morales sobre el daño que su conducta inflige a sus pacientes, a sus colegas y a la profesión. Si los objetores decidieran no unirse a la profesión que pueda atentar contra su conciencia, la prestación de servicios ocurriría de manera más eficiente, los escasos recursos de atención de la salud no tendrían que desviarse hacia la creación de soluciones alternativas para acomodar a los que se niegan, y sus colegas probablemente estarían agradecidos por no tener que cargar con esa injusta carga²⁸⁰. Quien asume una obligación se compromete a cumplirla. Los profesionales que afirman ser objetores de conciencia no están dispuestos a sacrificar nada por sus creencias. Por lo tanto, no tienen derecho a ser contados como objetores de conciencia. Se apropian indebidamente del término y abusan del lenguaje para reclamar la superioridad moral cuando su comportamiento está en desacuerdo con el estimado legado histórico del autosacrificio²⁸¹

En lo respectivo a los pacientes la afirmación “el paciente es lo primero” es central en el significado de ser un profesional de la salud. Los pacientes ven a los profesionales en su capacidad profesional; no los ven como individuos privados que suscriben alguna ideología que podría impactar negativamente en sus vidas.

Por lo que respecta a la profesión, los argumentos basados en el monopolio profesional parten de la base de que estas profesiones están protegidas de la competencia a través de monopolios garantizados por el estado. Estos monopolios les reportan muchos beneficios y pueden acarrear poderes susceptibles

²⁷⁸ Rhodes, R., “Conscience, conscientious objections, and medicine”, *Theoretical Medicine and Bioethics* 40 (2019), pp. 487–506.

²⁷⁹ Savulescu J., “Conscientious objection in medicine”, *BMJ* 332 (2006) pp. 294–297.

²⁸⁰ Schuklenk, U., “Conscience based refusal of patient care in medicine: a consequentialist analysis”, *Theoretical Medicine and Bioethics* 40 (2019), pp. 523–538.

²⁸¹ Rhodes, R., “Conscience, conscientious objections, and medicine”, *Theoretical Medicine and Bioethics* 40 (2019), pp. 487–506.

de abuso. A cambio, la sociedad espera confianza entrega y altos estándares de profesionalismo. Dar cabida a los que se niegan conscientemente a proporcionar algunos de estos servicios, elimina la razón principal por la que los estados permiten la continuación de estos monopolios, ya que los pacientes no tienen otra opción que acudir a ellos. Por lo que, negar estos servicios por motivos no profesionales es inaceptable, ya que esta conducta no profesional socava la igualdad de la ciudadanía.

Los objetores de conciencia pueden utilizar, de manera efectiva, el estatus que obtienen como proveedores monopólicos ya que, muchos de ellos, hoy en día, no son simplemente profesionales individuales; en ocasiones, son parte de grupos de defensa política para socavar los derechos civiles. Nada detiene a los profesionales que no están de acuerdo con proporcionar servicios de hacer campaña por sus valores, abusando de una posición de proveedor de monopolio para imponer las propias convicciones a la ciudadanía. Esto parece indefendible, dado que lo que puede esperar la sociedad es que actúen profesionalmente de acuerdo a las buenas prácticas clínicas, y no con juicios civiles basados en ideologías o valores idiosincrásicos²⁸².

El lugar adecuado para que los profesionales libren la batalla contra los procedimientos que consideran inmorales es a través de mecanismos democráticos y no mediante la imposición del monopolio profesional. En tales circunstancias, los profesionales, están ejerciendo un poder, casi legislativo, sin la equivalente legitimidad democrática, lo cual podría convertir a la objeción de conciencia en un mecanismo de obstrucción para el acceso a la atención objetada²⁸³.

1.1.3. La Acomodación

Consiste en acomodar a los objetores cuyas objeciones son razonables. El llamado "compromiso convencional" exime a los médicos y farmacéuticos de prestación de servicios o productos que van en contra de su conciencia si incluye las

²⁸² Schuklenk, U., "Conscience-based refusal of patient care in medicine: a consequentialist analysis", *Theoretical Medicine and Bioethics* 40 (2019), pp. 523–538.

²⁸³ Triviño Caballero R., *El peso de la conciencia. La objeción en el ejercicio de las profesiones sanitarias*, Madrid, Plaza y Valdés, 2014, p. 186.

siguientes pautas: 1) Siempre que sea factible y adecuado, se debe notificar con anticipación su condición a los pacientes, administradores, empleadores, etc. 2) La acomodación no debe impedir el acceso de un paciente a la información, asesoramiento, y referencia. 3) La acomodación no debe impedir el acceso oportuno de un paciente a los servicios de atención. 4) La acomodación no debe imponer cargas excesivas a otros médicos, administradores u organizaciones²⁸⁴.

La contrapartida parte de la argumentación de que todos los juicios clínicos son a la vez técnicos y morales. Distinguir unos de los otros es un error. Cada decisión, desde ordenar un análisis de sangre hasta escribir una orden de no resucitar, es una decisión moral en el sentido de que debe estar orientado al bien del paciente. La medicina clínica es, por tanto, a la vez técnica y moral; universal en su ciencia, pero individual en su práctica. Por lo tanto, a los profesionales se les debe permitir un margen de maniobra sustancial respecto de cómo deben brindar la atención a los pacientes, guiados por conocimientos técnicos y por sus propias brújulas morales²⁸⁵.

La intolerancia significaría negarles la capacidad de maniobra y no tolerar una diversidad de creencias y prácticas. La mera afirmación de que uno se opone a una práctica no es suficiente para ganarse la tolerancia, pues no está abierta de par en par. El problema no es realmente la objeción de conciencia sino los límites de la tolerancia²⁸⁶.

Sin embargo, los críticos han señalado que dependiendo de la naturaleza del requisito, tal estándar de razonabilidad podría terminar exigiendo muy poco o demasiado a los objetores. Los detractores de la acomodación destacan que el ejercicio profesional de la medicina es en sí mismo un acto moral, en la medida en que es una decisión deliberada de actuar profesionalmente en lugar de actuar al azar, según otros valores privados que a uno le pueden gustar. Es un acto moral en la medida en que prioriza deliberadamente el bienestar del paciente y el bien público

²⁸⁴ Wicclair, M. R., "Preventing conscientious objection in medicine from running amok: a defense of reasonable accommodation", *Theoretical Medicine and Bioethics* 40 (2019), pp. 539–564.

²⁸⁵ Sulmasy, D. P., "Conscience, tolerance, and pluralism in health care" *Theoretical Medicine and Bioethics* 40 (2019), pp. 507–521.

²⁸⁶ Sulmasy, D. P., "Conscience, tolerance, and pluralism in health care" *Theoretical Medicine and Bioethics* 40 (2019), pp. 507–521.

por encima del interés personal sectario de las creencias. Por tanto, la acomodación de los objetores de conciencia, entre los proveedores de monopolio médico, que se niegan a brindar servicios legales a pacientes que los solicitan, es éticamente indefendible²⁸⁷. No atender esa priorización viola sus compromisos anteriores apropiándose indebidamente del título de “objedor de conciencia” porque no está dispuesto a soportar la carga de sus elecciones y, en cambio, imponer cargas a sus pacientes y colegas²⁸⁸. Este último punto de la argumentación es también usado por los incompatibilistas.

El margen de maniobra debe de partir, tanto de priorizar el respeto a la conciencia profesional como de priorizar los deseos expresados por la ciudadanía, situaciones que pueden considerarse cursos extremos. Las soluciones pueden partir de la identificación de los valores en conflicto y de buscar los cursos de acción que lesionen en menor medida o respeten en mayor medida esos valores, cuándo se realiza de esta manera, las personas se sienten valoradas y respetadas y asumen de buen grado las cargas que le acarreen las soluciones adoptadas²⁸⁹.

1.1.4. Propuestas de posibles soluciones a los modelos expuestos anteriormente²⁹⁰:

Restringir el ingreso a la facultad de medicina o a la formación especializada a quienes no estén dispuestos a ofrecer los servicios pertinentes. ¿A qué servicios se refiere a los vigentes en el momento que se quiere acceder a la facultad o a los futuribles según el avance de la disciplina o según los derechos que el paciente vaya adquiriendo con el paso de los años? Tema crucial que, *a priori*, no parece que solucionase el problema ya que el avance de la ciencia puede traer consigo la prestación de determinados servicios impensables en un tiempo pasado, del mismo

²⁸⁷ Schuklenk, U., “Conscience-based refusal of patient care in medicine: a consequentialist analysis”, *Theoretical Medicine and Bioethics* 40 (2019), pp. 523–538.

²⁸⁸ Rhodes, R., “Conscience, conscientious objections, and medicine”, *Theoretical Medicine and Bioethics* 40 (2019), pp. 487–506.

²⁸⁹ Gracia, D., “Teoría y práctica de la deliberación moral”. En Feito, L., Gracia, D., Sánchez, M. (ed) *Bioética: el estado de la cuestión*, Madrid, Triacastela, 2011, pp.101-154 .

²⁹⁰ Schuklenk, U., “Conscience-based refusal of patient care in medicine: a consequentialist analysis”, *Theoretical Medicine and Bioethics* 40 (2019), pp. 523–538.

modo que los derechos de los pacientes también pueden verse incrementados con el paso del tiempo lo cual llevaría a que estos profesionales, llegado el momento, pudiesen invocar objeción de conciencia sobrevenida.

- Desmonopolizar los servicios médicos y permitir que otros proveedores de servicios ofrezcan servicios relevantes. Esta solución parece adecuada en los tiempos actuales en la línea de hacer más eficaces y eficientes los recursos humanos de la administración, dando protagonismo a otras profesiones sanitarias como la farmacéutica y la enfermera y acabar con el monopolio médico más acorde con tiempos ya pasados.

- Eliminar el derecho legal a oponerse a ciertos deberes y tratar la objeción bajo derecho laboral. Esta solución parece decantarse por restringir la objeción de conciencia y convertirla en un derecho privado perteneciente al derecho laboral. Esta solución podría suponer, *a priori*, la aceptación de un compromiso, al igual que sucede con el deber de respeto a la confidencialidad, compromiso que se firma al inicio de la relación contractual con la administración sanitaria, incluso cuando se trata del alumnado en ciencias de la salud, y que comprometería a ofrecer la atención legalmente establecida, eficiente y beneficiosa para el paciente.

De las tres posibles soluciones, la de permitir que otros proveedores de servicios, pertenecientes a las ciencias de la salud, farmacéuticos y enfermeras, ofrezcan servicios, antaño monopolizados por la profesión médica parece la más adecuada.

2. La objeción de conciencia en las profesiones sanitarias

Para el reconocimiento de la objeción de conciencia, a partir de los distintos modelos, es determinante, por un lado, el peso específico que se le otorgue a los intereses y deberes del profesional y, por otro, a los intereses y derechos de los pacientes²⁹¹, añadiría que también el peso específico que se le otorgue a los intereses y deberes según la categoría social que ostente la profesión.

²⁹¹ Cebriá Gracia, M. D., "Objeción de conciencia del personal sanitario y reformas legislativas en España" *Revista General de Derecho Canónico y Derecho Eclesiástico del Estado* 27 (2011), pp. 1-35.

La conciencia tiene diferentes roles en la vida pública y en la privada. Debe influir en la discusión sobre qué tipo de sistema de salud se quiere, pero no debería influir en la atención que un profesional individual le ofrece a su paciente²⁹². Cuando sólo se invoca la moral personal sin tener en cuenta la esfera pública, es decir, las definida por el colectivo profesional y por la sociedad, la persona se instala en un marco de inmoralidad²⁹³.

El ejercicio de la objeción de conciencia no impone exigencias sólo a los profesionales, sino también a los pacientes para evitar el riesgo de inflación o abuso en el ejercicio de sus derechos. Para ello no debe partirse de concepciones absolutas que justifiquen cualquier decisión de estos. En concreto, debe evitarse que los pacientes pretendan imponer radicalmente sus valores no respetando los del profesional, o rechazando medidas de satisfacción alternativas y menos lesivas²⁹⁴.

Las soluciones prudentes siempre son intermedias y deben partir del principio de que ningún valor es absoluto, por lo tanto, en ciertos casos, cualquiera de ellos tendrá que ceder, por lo menos parcialmente, ante el otro. Se tendrá que respetar el sistema de valores profesional, pero estos tendrán que ceder cuando no haya otro modo de que la ciudadanía tenga acceso a la prestación, como sucede en los casos de urgencia, etc. De igual modo, la ciudadanía tiene que asumir las molestias que lleve la transferencia a otro profesional o a otro centro en el que se le atienda adecuadamente²⁹⁵. Le corresponde a la Administración asumir la responsabilidad de garantizar siempre esos derechos por lo que debe contar, permanentemente, con personal no objetor, a quién poder acudir en caso necesario.

Finalmente, viene a ser el final de un proceso deliberativo donde las decisiones no vienen marcadas previamente ni exclusivamente por la legalidad ni por la generalidad, ni por principios absolutos inamovibles, sino por la optimización de

Triviño Caballero R., *El peso de la conciencia. La objeción en el ejercicio de las profesiones sanitarias*, Madrid, Plaza y Valdés, 2014, p. 166.

²⁹² Savulescu J., "Conscientious objection in medicine", *BMJ* 332 (2006) pp. 294–297.

²⁹³ Alarcos Martínez, F.J., *Objeción de conciencia y sanidad*, Granada, Comares, 2011, pp. 19-22.

²⁹⁴ Seoane, J. A., "Nuevas formas de objeción de conciencia sanitaria" en *Una filosofía del derecho en acción*, Madrid, Congreso de los Diputados, Dirección de Estudios, Análisis y Publicaciones. Departamento de Publicaciones: Universidad Rey Juan Carlos, 2015, "pp. 2385-2405, p. 2386".

²⁹⁵ Gracia, D., *Fundamentos de bioética*, Madrid, Triacastela, 2008³ pp. 9- 10. Gracia, D., "Objeción de conciencia: las lecciones de un debate", *Revista de calidad asistencial* 26 /3 (2011), pp. 143- 145.

valores en conflicto que se pretenden salvar. Es el compromiso con las decisiones excelentes que humanizan y dignifican la vida humana.

Parece necesario desideologizar la objeción de conciencia y eliminar prejuicios sobre ella, ya que, aunque los criterios para fundamentarla son muy variados, las convicciones religiosas son lo que fundamenta la mayor parte de ellas, por lo que debería ser necesario distinguir conciencia e identidad religiosa²⁹⁶. Aunque claramente, la religión es una parte fundamental de la identidad de muchas personas, los compromisos éticos de las personas religiosas y no religiosas son especiales y como tal deben ser tratados por los gobiernos democráticos²⁹⁷. Por lo tanto, la identidad religiosa, no puede pretender un trato preferente al del resto de la ciudadanía, en cuanto al cumplimiento de las normas²⁹⁸.

2.1.- Supuestos donde puede darse la objeción de conciencia en la profesión enfermera

Los supuestos, hasta el momento, más comunes de objeción de conciencia, son los relacionados con el aborto, la esterilización y la reproducción asistida o, por lo menos su utilización en determinadas circunstancias, a los que más recientemente se le ha unido la eutanasia y el suicidio medicalmente asistido. Estos tipos de prácticas fueron cuestionadas por amplios sectores de la sociedad. Su regulación legal fue, en todos los casos, recurrida ante el Tribunal Constitucional por lo que no cabe duda, por tanto, de su controversia moral²⁹⁹. Otros autores citan además, la anticoncepción, la píldora del día después, las intervenciones quirúrgicas sin hemoderivados para los testigos de Jehová y, en el caso de los farmacéuticos, la dispensación de anticonceptivos³⁰⁰.

Por otra parte, algunos autores consideran que los supuestos donde se puede dar la objeción de conciencia, pueden estar delimitados por la diferencia entre

²⁹⁶ Alarcos Martínez, F.J., *Objeción de conciencia y sanidad*, Granada, Comares, 2011, pp. 29-31.

²⁹⁷ Gutmann, A., *La identidad en democracia* (2003), traducción de Estela Otero, España, Katz 2008, pp. 68-69.

²⁹⁸ Alarcos Martínez, F.J., *Objeción de conciencia y sanidad*, Granada, Comares, 2011, pp. 21-22.

²⁹⁹ Casado, M., *Bioética, derecho y sociedad*, Madrid, Trotta 1998, p. 142.

³⁰⁰ Alarcos Martínez, F.J., *Objeción de conciencia y sanidad*, Granada, Comares, 2011, p.35.

cubrir necesidades y atender preferencias, como la distinción a la que recurren determinados profesionales para justificar el rechazo a proporcionar determinados servicios e incluso cuestionar su cobertura dentro del sistema de salud. Basándose en que no existe una obligación de proporcionar servicios asistenciales a las personas usuarias, sino sólo la de atender a personas enfermas, distinguen entre cuidados relacionados con la salud o necesidades y no relacionados con la salud o preferencias. De acuerdo con esta distinción los tratamientos anticonceptivos, la interrupción voluntaria del embarazo o las técnicas de reproducción asistida no corresponderían a tratamientos de las enfermedades por lo que escaparían a las obligaciones profesionales y a la cobertura por parte del sistema sanitario³⁰¹. En el ámbito asistencial, no todo consiste en cubrir necesidades, las preferencias también encuentran su hueco, diferentes condiciones y circunstancias producen diferentes necesidades. ¿Que se considera una necesidad médica y una preferencia no médica? ¿Quién determina esos límites? La diversidad social existente no permite hacer una distinción drástica, las necesidades sanitarias van más allá de las enfermedades³⁰² y los conceptos de salud y bienestar varían enormemente y a lo largo del tiempo. Estas teorías son, a mi entender, totalmente reduccionistas ya que no se adecúan a lo preconizado por la ciencia médica que va más allá de atender únicamente a las personas enfermas, contraponiéndose además a los nuevos fines de la medicina.

En lo referido a la práctica, el ámbito donde aparecen los conflictos es, casi siempre, en la sanidad pública, pues la privada decide qué prestaciones está dispuesta a ofrecer. En muchos servicios de la sanidad pública existe una objeción generalizada, a veces se objeta cuándo se realiza un trabajo asalariado y no se hace cuando se realiza por cuenta propia o sobreviene cuando se trabaja en la sanidad pública y no cuando se ejerce en la privada. Se objeta por comodidad, por ignorancia, por lo que

³⁰¹ Alta Charo, R., "The celestial fire of consciencie: Refusing to deliver medical care", *New England Journal of Medicine* 352 /24 (2005), pp. 2471-2473.

³⁰² Triviño Caballero R., *El peso de la conciencia. La objeción en el ejercicio de las profesiones sanitarias*, Madrid, Plaza y Valdés, 2014, pp. 65-69.

dirán. En ciertos servicios, es mucho más fácil objetar que no objetar. Y en consecuencia se objeta aunque no por razones de conciencia³⁰³.

2.1.1 Objeciones relacionadas con el comienzo de la vida

Sí existe algún espacio de controversia general en las sociedades occidentales, éste se corresponde con los temas relacionados con la sexualidad y la reproducción. Los derechos reproductivos son derechos de libertad y de elección, situados en el marco del ámbito privado de la pareja, que exigen del Estado información y respeto a las decisiones.

En nuestra cultura se encuentran dos referentes básicos desde los que se articula una ética de la sexualidad. El contenido y fundamento del primero viene dado por el fin de la sexualidad, que es la reproducción. En este referente la sexualidad y reproducción van siempre unidas. El segundo aparece a partir de que, en el mundo moderno, se pueden separar sexualidad y reproducción. A esta posibilidad técnica se une el reconocimiento progresivo del respeto a las decisiones sobre la reproducción tomadas en el ámbito de la pareja, y a la aparición de los llamados derechos reproductivos³⁰⁴.

Finalmente, cabe apuntar que numerosas autoras plantearon el problema de la objeción de conciencia desde una perspectiva de género, vinculada a la vulnerabilidad a la que se ven sometidas las mujeres cuando su sexualidad e intereses reproductivos están en juego. En este sentido afirman que la objeción guarda una relación, más o menos consciente, con el control de la sexualidad y los derechos reproductivos femeninos³⁰⁵.

³⁰³ Gracia, D., "Objeción de conciencia: las lecciones de un debate", *Revista de Calidad Asistencial* 26/3 (2011), pp. 143- 145.

³⁰⁴ Couceiro A., Seoane, J.A., Hernando Robles, P., "La objeción de conciencia en el ámbito clínico. Propuesta para un uso apropiado (II)", *Revista de Calidad Asistencial* 26/3 (2011), pp.320-324.

³⁰⁵ Triviño Caballero R., *El peso de la conciencia. La objeción en el ejercicio de las profesiones sanitarias*, Madrid, Plaza y Valdés, 2014, pp. 225-227. Adams K., "Moral diversity among physicians and conscientious refusal of care in the provision of abortion services" *Journal of the American Medical Women's Association* (1972), pp. 223-226. Davidoff, F., "Sex, politics, and morality at the FDA: reflections on the Plan B decision", *Hastings Center Report* 36/2 (2006), pp. 20-25.

2.1.1.1. Interrupción voluntaria del embarazo (IVE)

La objeción de conciencia a la interrupción voluntaria del embarazo se encuentra determinada principalmente por tres factores³⁰⁶: los relacionados con espacios y valores en los que no sólo no hay acuerdos morales en nuestras sociedades, sino más bien profundos desacuerdos; aquellos en los que existe una posible afectación inmediata o directa de terceros: embrión, feto; y factores en los que no existe indicación clínica en sentido estrictamente fisiológico.

La negativa a practicar un aborto, no indicado médicamente, se ha calificado como objeción técnica o profesional o como objeción de ciencia, para evidenciar que no se trata de una cuestión de conciencia sino de un deber legal incompatible con la naturaleza de la profesión, cuya finalidad, desde tiempos remotos, era restaurar la salud y no hacer daño, tal y como prescribía el Juramento Hipocrático, con influencia decisiva en la ética médica y en la de la enfermería.

El problema reside en quién es el sujeto o posible sujeto susceptible de daño. El ordenamiento jurídico español establece la punibilidad del aborto e igualmente su no punibilidad en unas circunstancias y unos plazos determinados, ya que considera la vida humana con un cierto criterio gradualista en el que la protección aumenta en la medida que avanza la gestación.

Nuestro ordenamiento jurídico dota al concebido no nacido de una particular protección. La sentencia del Tribunal Constitucional 53/1985, de 11 de abril de 1985 concluye que “la vida del nasciturus, en cuanto éste encarna un valor fundamental, la vida humana, garantizado en el artículo 15 de la Constitución, constituye un bien jurídico cuya protección encuentra en dicho precepto fundamento constitucional”. Asimismo, señala que “esta protección que la Constitución dispensa al nasciturus implica para el Estado, con carácter general, dos obligaciones: la de abstenerse de interrumpir o de obstaculizar el proceso natural de gestación, y la de establecer un sistema legal para la defensa de la vida que suponga una protección efectiva de la misma y que, dado el carácter fundamental de la vida, incluya también,

³⁰⁶ Couceiro A., Seoane, J.A., Hernando Robles, P., “La objeción de conciencia en el ámbito clínico. Propuesta para un uso apropiado (II)”. *Revista de calidad asistencial* 26 /3 (2011), pp.188-193.

como última garantía, las normas penales”, aunque advierte que dicha protección no significa que haya de revestir carácter absoluto, pues, en determinados supuestos puede y debe estar sujeta a limitaciones. Limitaciones que, según mi criterio, vendrían dadas por la legislación relativa a la interrupción voluntaria del embarazo en materia de plazos.

En la actualidad está regulado en la Ley Orgánica 2/2010, de 3 de marzo, de salud sexual y reproductiva y de la interrupción voluntaria del embarazo, que reconoce en su artículo 14, el derecho de la mujer a interrumpir libre y voluntariamente la gestación en las primeras catorce semanas del embarazo. Asimismo, en su artículo 19, reconoce a los profesionales sanitarios, directamente implicados, el derecho a ejercer la objeción de conciencia sin que el acceso y la calidad asistencial puedan resultar menoscabadas.

El Código Deontológico de la Enfermería Española, en su capítulo III “Derechos de los enfermos y profesionales de enfermería, le dedica el artículo 22 a la objeción de conciencia. El Código de Deontología Médica le dedica todo el capítulo VI desarrollado en los artículos 34, 35, 36 y 37.

En el Código Deontológico de Enfermería no se menciona la interrupción del embarazo, aunque en el artículo 16 parece que existe una declaración de intenciones a ese respecto ya que afirma que en su comportamiento profesional, la enfermera tendrá presente que la vida es un derecho fundamental del ser humano y por tanto deberá evitar realizar acciones conducentes a su menoscabo o que conduzcan a su destrucción.

En la misma línea de la no mención de la interrupción del embarazo y de protección y preservación de la vida, aunque más explícitamente, se manifiesta el Código Deontológico Médico afirmando en su artículo 74.1 que el ser humano es un fin en sí mismo en todas las partes del ciclo biológico, desde la concepción hasta la muerte. Será un deber deontológico respetar y proteger al concebido y no nacido y en el artículo 78.1 refleja que el médico está al servicio de preservar la vida a él confiada, en cualquiera de sus estadios. Por lo tanto, estos códigos no contemplan el criterio gradualista de protección de la gestación sino que consideran que un feto empieza a

ser humano desde el momento de la concepción, por lo que la objeción de conciencia, atendiendo a la deontología, sería un recurso válido en estas situaciones.

Determinados profesionales consideran que la ley resulta ambigua porque no especifica quiénes son los profesionales directamente implicados. Argumentan que el aborto no es un acto único sino un proceso en el que directamente están implicados diversos profesionales. Personalmente considero que la interrupción del embarazo se realiza en un acto único, lo que es un proceso es el embarazo que comienza con la concepción y termina con el parto o con el aborto, por lo que la interrupción del embarazo es una parte del proceso, o el subproceso que da por finalizado el proceso del embarazo. Puede que fuera más clarificador a nivel profesional que la ley, en lugar de referirse a implicación, fuera más contundente y se refiriera a profesionales directamente implicados en la ejecución. A mi juicio, son los profesionales de quirófano los que actúan directamente sobre el cuerpo de la mujer y sobre el feto, en lo referido al acto en sí, no a cualquiera otra necesidad que se pudiera dar³⁰⁷.

Por tanto, el único profesional directamente implicado en el acto abortivo es el especialista en ginecología como ejecutor del mismo. Ni el anestesista ni las enfermeras, tanto instrumentista como circulante, se pueden considerar directamente implicadas, dado que su función no implica la realización directa del aborto. El anestesista tiene la función de anestesiarse a la mujer, como en cualquiera otra actividad quirúrgica. En la misma situación se encuentran las enfermeras, la instrumentista debe proporcionar el material quirúrgico necesario para la realización del acto abortivo al ejecutor del mismo, especialista en ginecología, y la enfermera circulante tiene el deber de atender las necesidades generales de la paciente.

Otra cuestión es contemplar su intervención como necesaria y sin la cual el acto abortivo no podría llevarse a cabo. Esta argumentación podría llevar a pensar que cualquier profesional que intervenga en el mismo, aunque sea de manera totalmente indirecta, pueda considerarse necesario y apelar a la objeción de conciencia (personal de laboratorio, celadores que conducen a la mujer al quirófano,

³⁰⁷ Triviño Caballero R., *El peso de la conciencia. La objeción en el ejercicio de las profesiones sanitarias*, Madrid, Plaza y Valdés, 2014, p. 279.

personal administrativo, etc), lo cual redundaría en un incremento de las objeciones que podrían estar más relacionadas con obstaculizar el derecho de las mujeres a esa prestación, más que con la protección de la conciencia del profesional.

Si definimos “directamente” como la acción que no precisa de intermediarios, el ejecutor directo de la misma es el ginecólogo, el resto de los profesionales que comparten espacio en el quirófano, anestesista y enfermera, son necesarios para llevar a cabo acciones no relacionadas directamente con el acto abortivo.

En el caso del anestesista su misión es privar a la mujer total o parcialmente de la sensibilidad por medio de la anestesia. En el caso de la enfermera instrumentista, su función es necesaria para mantener la integridad, seguridad y eficacia del campo estéril durante el procedimiento quirúrgico y proporcionarle al ginecólogo los instrumentos requeridos. En lo relativo a la enfermera circulante, su función se limita a controlar y coordinar todas las actividades dentro del quirófano y vigilar los cuidados requeridos por la mujer.

Parece, por lo tanto, que ninguna de estas funciones, según mi criterio, están directamente implicadas en el acto del aborto, ya que no son funciones específicas ni directas en la ejecución del mismo sino, funciones generales, necesarias en cualquiera intervención quirúrgica. Por lo cual, este personal sanitario, que no está directamente implicado en el acto, no debería estar amparado legalmente por el derecho a la objeción.

Por el contrario, en Sudáfrica, la Ley de Elección sobre la Interrupción del Embarazo de 1996, sección 2(b)³⁰⁸, afirma que las matronas están legalmente autorizadas a realizar abortos en el primer trimestre, en las condiciones y con las formaciones adecuadas. También las enfermeras, debidamente capacitadas, pueden estar facultadas para prescribir abortos con medicamentos durante los embarazos precoces, además de gestionar la atención de seguimiento necesaria³⁰⁹. En este caso, se convierten en ejecutoras del proceso, estando directamente implicadas en el

³⁰⁸ Choice on Termination of Pregnancy Act 1996.

³⁰⁹ Cook, R., J., Arango, M., Dickens, B. M., “Healthcare responsibilities and conscientious objection”, *International Journal of Gynecology & Obstetrics* 104/ 3 (2009), pp. 249-252.

mismo y, por lo tanto, estarían amparadas por el derecho legal a la objeción de conciencia.

Si se tiene en cuenta la naturaleza de la objeción de conciencia, no cabría objeción selectiva, es decir, practicar un aborto a una persona en determinadas circunstancias, pero no a otra en circunstancias idénticas. Por su propia definición, se objeta a un acto, no a una persona. Cuestión distinta es la posibilidad de objetar sólo a determinadas formas de practicar un aborto, o a hacerlo en determinados supuestos, por ejemplo, a partir de las catorce semanas. Nada se dice en la Ley sobre esta objeción de conciencia parcial, pero no hay ningún motivo que la impida, siempre que se aplique el mismo criterio a todas las mujeres que soliciten el aborto en idénticas condiciones³¹⁰.

En lo referido a la Administración, ateniéndose a la legalidad vigente, ésta no debería tomar en consideración las objeciones de conciencia de los profesionales a la interrupción voluntaria del embarazo ya que el profesional cuenta con la libertad de decisión para optar entre distintas especialidades y, por tanto, no se trata de un deber ineludible, tanto para el profesional médico cómo para el de enfermería. Otra cosa son los sentimientos que le despierte una determinada acción, por lo que los profesionales, en ejercicio de su responsabilidad, no deberían hacer elecciones que, *a priori*, violenten sus conciencias.

El caso de la profesión enfermera, al ser generalista, es decir, multifuncional en la que aún no se han desarrollado todas las especialidades posibles, no se trataría de la elección de una especialidad, sino de la elección de un determinado puesto de trabajo, en el caso concreto de las enfermeras de quirófano. El caso de las matronas es distinto, ya que sí son especialistas pero, en este país, dentro de sus funciones no se contempla la realización de ningún tipo de abortos.

Si se tiene en cuenta que la ley no menciona a los profesionales que considera que están directamente implicados. Se puede analizar la cuestión desde la perspectiva de la intervención necesaria al considerarse que sin la intervención de las enfermeras no puede llevarse a cabo el acto abortivo, entonces su participación es

³¹⁰ Garcimartín Montero, M.C., "La objeción de conciencia en España", *Revista General de Derecho Canónico y Derecho Eclesiástico del Estado* 57 (2021), pp. 1-48.

esencial y, por tanto, su conciencia puede estar comprometida por lo que la acomodación parece una vía prudente, para conseguir la optimización de los valores en conflicto. Esta solución es mucho más factible y menos gravosa para la Administración y los colegas de profesión que la acomodación del especialista en ginecología ya que, una enfermera de quirófano puede ser, por lo menos a nivel teórico, igual de eficiente en cualquier otra unidad de cuidados.

En España, la mayor parte de las interrupciones voluntarias del embarazo se realizan en centros privados, debido a la derivación de las solicitudes. Quizá una de las razones de esta derivación se encuentre en la difícil y gravosa acomodación de los especialistas en ginecología o quizá no y pueda, de alguna manera, esconder una objeción institucional a la que no se puede recurrir en ningún caso dado que, como ya se ha reflejado en el capítulo 2, la objeción es siempre individual ya que la conciencia también lo es, y así lo contempla la Ley Orgánica 2/2010, de 3 de marzo, de salud sexual y reproductiva.

2.1.1.2. Anticoncepción

Anticonceptivo se refiere al conjunto de métodos destinados a prevenir la fecundación o impedir la nidación del óvulo fecundado.

La anticoncepción de emergencia o píldora postcoital puede ser definida como la utilización de un fármaco con el fin de prevenir un embarazo después de una relación coital desprotegida. Supone un recurso para la prevención primaria del embarazo no deseado y también para la disminución del número de interrupciones voluntarias del embarazo.

Los Estados tienen la obligación de garantizar el acceso a los servicios de salud sexual y reproductiva, incluida la anticoncepción de buena calidad³¹¹. Esto implica que los productos, suministros y equipos para fines anticonceptivos, incluidos los anticonceptivos de urgencia, sean integrados en la cadena de suministro de

³¹¹ Organización Mundial de la Salud. Respeto de los derechos humanos cuando se proporcionan información y servicios de anticoncepción: orientación y recomendaciones. Ginebra OMS 2014, disponible en <https://www.who.int/es/about/governance/constitution> (última visita, 9 de septiembre de 2022).

medicamentos esenciales para aumentar su disponibilidad. La falta de disponibilidad puede ser consecuencia de políticas basadas en determinadas ideologías con relación a la oferta de medicamentos o servicios, sobre la base falsa de que son abortivos³¹².

El Tribunal Constitucional, a través de la sentencia 145/2015 de 25 de junio, se posicionó y falló, con respecto de la disponibilidad, en contra del recurso presentado por el hecho de que una oficina de farmacia no contaba con existencias de anticonceptivos, por razones de conciencia. Esta sentencia se apoyó en la Ley 29/2006, de 26 de julio, de garantías y uso racional de los medicamentos y productos sanitarios la cual afirma, en su artículo 84.3, que las oficinas de farmacia están obligadas a dispensar los medicamentos que se les demanden, sin contemplar excepciones a estas obligaciones por objeción de conciencia.

La objeción de conciencia relacionada con la dispensación afecta a los farmacéuticos no estando justificada ni por los derechos humanos ni por el Tribunal Constitucional. En lo referido a la dispensación de la píldora postcoital, algunos profesionales argumentan esta objeción en base a que, aunque no se haya producido la anidación y no haber comenzado al embarazo, puede producirse la interrupción del proceso de formación de una vida humana, lo que resultaría contrario a sus principios éticos y religiosos³¹³.

A ese respecto, ni la enfermera ni el médico tienen competencias relacionadas con la dispensación. Sus labores están más relacionadas con facilitar el acceso y la información acerca de esos productos, por lo que la objeción de conciencia no debiera estar justificada en ningún caso.

En esta misma línea, en España, la Ley Orgánica 2/2010 de salud sexual y reproductiva y de la interrupción voluntaria del embarazo determina que los servicios públicos garantizarán “el acceso universal a prácticas clínicas efectivas de planificación de la reproducción, mediante la incorporación de anticonceptivos de última

³¹² García-Calvente MM., Lomas-Hernández V., “Anticoncepción de urgencia y objeción de conciencia: un debate sin cerrar”, *Gaceta Sanitaria* 30/2 (2016), pp. 91-93.

³¹³ Hammerschmidt, D., “Anticonceptivos” en *Enciclopedia de Bioderecho y Bioética*, Cátedra Interuniversitaria de Derecho y Genoma Humano, 2022. Disponible en [Voces - derecho a la procreación | ENCICLOPEDIA de BIODERECHO y BIOÉTICA \(enciclopedia-bioderecho.com\)](https://www.voces-derecho.com/) (última visita, 9 de septiembre 2022).

generación (. . .) en la cartera de servicios comunes del Sistema Nacional de Salud”³¹⁴. El acceso a métodos anticonceptivos de calidad y su uso favorecen que las personas puedan tomar el control de su sexualidad, la salud y la reproducción, lo que contribuye a lograr una vida sexual satisfactoria con implicaciones especialmente importantes para la vida y la libertad de las mujeres.

El código de deontología de enfermería³¹⁵ no se manifiesta en torno a la anticoncepción. Por el contrario, el Código de Deontología médica³¹⁶ en su artículo 74.2 manifiesta en relación a las obligaciones que el médico tiene, en materia de educación y prevención sanitaria, que están incluidas la de informar sobre las ventajas que se derivan de la procreación responsable y de unas prácticas sexuales seguras en cuanto a la prevención de la transmisión de enfermedades. Afirma, en su artículo 75, que en materia de sexualidad el médico no puede interferir desde su ideología en la conciencia de las personas. Debe intervenir informando lealmente o recomendando aquellas prácticas o medidas que redunden en un beneficio para ellas o para su futura descendencia. Está obligado a informar acerca de todas las prestaciones a las que tengan derecho en materia de procreación, embarazo, parto y puerperio. Finalmente, en su artículo 80 se refiere a la esterilización permanente: “La esterilización permanente, tanto del hombre como de la mujer, es un acto que pertenece a la esfera íntima y personal de cada uno, en cuya decisión el médico sólo debe intervenir informando y aconsejando lealmente”.

A nivel deontológico las labores de información tampoco parecen tener cabida en la apelación a la objeción de conciencia además de recomendar la no interferencia, desde su ideología, en la conciencia de las personas.

La anticoncepción, además de química, también puede ser quirúrgica. El papel de las enfermeras en la anticoncepción química puede sólo limitarse a informar

³¹⁴ Ley Orgánica 2/2010, de 3 de marzo, de salud sexual y reproductiva y de la interrupción voluntaria del embarazo. “BOE” núm. 55, de 4 de marzo de 2010.

³¹⁵ Consejo General de Enfermería. Código Deontológico de Enfermería. Consejo General de Enfermería, julio 1989, disponible en <http://www.ee.lafe.san.gva.es/pdfs/codigodeontologicoesp.pdf> (última visita 9 de septiembre de 2022).

³¹⁶ Organización Médica Colegial. Código de Deontología Médica. Comisión central de deontología, octubre 2018, disponible en <https://commurcia.es/data/consejos/68.pdf> (última visita 9 de septiembre de 2022).

de los distintos métodos y de indicación del método anticonceptivo más adecuado, según los casos. Con respecto al método quirúrgico su labor en el quirófano es, el mismo señalado en la interrupción voluntaria del embarazo, de instrumentista y circulante, no estando directamente relacionada su función con la ejecución del proceso quirúrgico. Aunque al igual que en la interrupción del embarazo se puede analizar la cuestión desde la perspectiva de la intervención necesaria al considerarse que sin su intervención no puede llevarse a cabo el acto quirúrgico, entonces su participación es esencial y, por tanto, su conciencia puede estar comprometida por lo que la acomodación parece una vía prudente, para conseguir la optimización de los valores en conflicto.

Debido a las circunstancias descritas, parece que en la enfermería no debería tener cabida apelar a la objeción de conciencia en ninguno de los dos casos, en el primero debido la realización de una labor informativa exclusivamente, dado que la prescripción del tratamiento anticonceptivo no forma parte de sus funciones, y en el segundo por las razones argumentadas en el apartado de interrupción voluntaria del embarazo ya que su labor no está directamente implicada en el acto quirúrgico. Al igual que en la interrupción voluntaria del embarazo atendiendo a la denominada intervención necesaria, la solución más adecuada para las enfermeras objetoras que intervengan en el proceso quirúrgico, cuyas objeciones sean razonables, será la acomodación en otro puesto de trabajo.

2.1.1.3. Reproducción asistida

El desarrollo de la Biomedicina y la Biotecnología han posibilitado, entre otros, el desarrollo y utilización de técnicas de reproducción alternativas a la esterilidad de la pareja humana. Las Técnicas de Reproducción Asistida tienen como finalidad la actuación médica ante la esterilidad humana, para facilitar la procreación cuando otras terapéuticas se hayan descartado por inadecuadas o ineficaces. Son las siguientes: la inseminación artificial; la fecundación in vitro e inyección intracitoplásmica de espermatozoides con gametos propios o de donante y con transferencia de embriones; y la transferencia intratubárica de gametos.

España fue pionera en la regulación legal de los procedimientos relativos a este tipo de reproducción. A finales de los años ochenta se promulgó la ley reguladora sobre técnicas reproductivas, Ley 35/1988 de 22 de noviembre³¹⁷, cuyo ámbito de aplicación se circunscribía a la inseminación artificial, fecundación in vitro con transferencia de embriones y transferencia intratubárica de gametos. Dicha Ley supuso un indudable avance científico y clínico en la medida en que las técnicas de reproducción asistida, además de coadyuvar a paliar los efectos de la esterilidad, se manifiestan como especialmente útiles para otros fines, tales como los diagnósticos o de investigación. Esta Ley siguió el método de enumerar, mediante una lista cerrada, cuantas posibilidades técnicas eran conocidas en aquel momento, y fijaba en relación con ellas los límites legales de actuación.

La nueva Ley 14/ 2006 de 26 de mayo de reproducción humana asistida³¹⁸ sigue un criterio mucho más abierto al enumerar las técnicas que, según el estado de la ciencia y la práctica clínica, pueden realizarse hoy día y habilita a la autoridad sanitaria correspondiente para autorizar, previo informe de la Comisión Nacional de Reproducción Humana Asistida, la práctica provisional y tutelada como técnica experimental de una nueva técnica; una vez constatada su evidencia científica y clínica, el Gobierno, mediante real decreto, puede actualizar la lista de técnicas autorizadas

En la relación sanitaria, el conflicto se daba en un pretendido derecho a la procreación, aunque la Constitución Española no reconoce nada parecido al derecho a la procreación³¹⁹. Sin embargo, puede tener una evidente conexión con el derecho a la libertad (artículo 17.1 C.E.). De lo anterior puede desprenderse una cierta dificultad para considerarlo un derecho subjetivo, esto es, un derecho entendido como poder o facultad de exigir a alguien (por ejemplo a la Administración Pública) su realización. Sin embargo, en el terreno de la reproducción artificial puede hablarse con rotundidad del reconocimiento de un derecho a la procreación, que en España se

³¹⁷ Ley 35/1988, de 22 de noviembre, sobre Técnicas de Reproducción Asistida (publicado en "BOE" núm. 282, de 24/11/1988 .Referencia: BOE-A-1988-27108).

³¹⁸ Ley 14/2006, de 26 de mayo, sobre Técnicas de Reproducción Humana Asistida (publicado en "BOE", núm. 126, de 27/05/2006. Referencia: BOE-A-2006-9292).

³¹⁹ Casado, M., *Bioética, derecho y sociedad*, Madrid, Trotta 1998, pp. 146-147.

encuentra desarrollado fundamentalmente por la citada Ley 14/2006 sobre técnicas de reproducción asistida estando fuertemente regulado y, en este sentido, sometido a controles y limitaciones de los poderes públicos³²⁰.

En España ya se permite el acceso a la reproducción asistida a la mujer sola, sin pareja y a las parejas lesbianas casadas. También está autorizado el diagnóstico genético embrionario, incluido el realizado para tener un hijo compatible con un hermano con enfermedad, y la fecundación *post mortem* de la viuda, con el consentimiento de aquel, y no tras más de doce meses de producida la muerte. Estas técnicas, en gran medida, se incorporaron a la cartera de servicios del Sistema Nacional de Salud³²¹. Lo que no está permitido, en este país, es la maternidad subrogada ni la selección de sexo de los hijos, salvo para evitar enfermedades transmisibles³²².

Aunque la objeción de conciencia a no participar en la aplicación y desarrollo de estas técnicas parece estar basada en las convicciones morales, la razón parece partir del hecho de considerar la existencia de vida humana desde el momento de la fecundación³²³. Parece claro, que el conflicto se encuentra entre el derecho fundamental a la libertad de conciencia del personal sanitario y el interés no fundamental de la mujer a la procreación, donde debería prevalecer el primero, por ser de mayor rango³²⁴.

El código deontológico de la enfermería española no se manifiesta a este nivel. Por el contrario, el artículo 75 del código deontológico de medicina afirma que en materia de sexualidad el médico no puede interferir desde su ideología en la conciencia de las personas. Debe intervenir informando lealmente o recomendando aquellas prácticas o medidas que redunden en un beneficio para ellas o para su futura

³²⁰ Abellán García, F., "Derecho a la procreación" en *Enciclopedia de Bioderecho y Bioética*, Cátedra Interuniversitaria de Derecho y Genoma Humano, 2022. Disponible en [Voces - derecho a la procreación | ENCICLOPEDIA de BIODERECHO y BIOÉTICA \(enciclopedia-bioderecho.com\)](https://www.encyclopediabiomedica.com/) (última visita, 9 de septiembre 2022).

³²¹ Martín Sánchez, I., *La libertad de conciencia y Derecho sanitario en España y Latinoamérica*, Granada, Comares. 2010, pp. 358-359.

³²² Martín Sánchez, I., *La libertad de conciencia y Derecho sanitario en España y Latinoamérica*, Granada, Comares. 2010, pp. 358-359.

³²³ Martín Sánchez, I., *La libertad de conciencia y Derecho sanitario en España y Latinoamérica*, Granada, Comares. 2010, pp. 5-7.

³²⁴ Casado, M., *Bioética, derecho y sociedad*, Madrid, Trotta 1998, p.148.

descendencia. Está obligado a informar acerca de todas las prestaciones a las que tengan derecho en materia de procreación, embarazo, parto y puerperio. El artículo 83.1 se manifiesta en relación al deber de respetar la orientación sexual de sus pacientes y nunca ser motivo de discriminación, rechazo u objeción de conciencia, para la atención médica con el debido respeto y consideración. En su punto 2 dirige la atención sobre la terapéutica médica, que debe ser respetuosa, buscando el mayor beneficio físico y psíquico del paciente, en apoyo de la orientación sexual y de la fertilidad.

Por lo que respecta a las enfermeras, su labor en este proceso es, en unos momentos informativa, limitada a la información que se les facilita a las mujeres para la administración del tratamiento fertilizante, y en otros de apoyo en la intervención y cuidado de la paciente, por lo que objeción de conciencia no debería estar contemplada, según lo expuesto en los casos anteriores. Al igual que en la interrupción voluntaria del embarazo y en la anticoncepción quirúrgica, atendiendo a la denominada intervención necesaria, su conciencia puede estar comprometida por lo que la acomodación parece una vía prudente, para conseguir la optimización de los valores en conflicto.

2.1.2. Objeciones relacionadas con el final de la vida

Las personas no tienen obligación de vivir contra su voluntad ni deben verse obligadas a actuar lesionando sus valores. Tampoco la medicina tiene como fin la obligación de mantener la vida biológica de una persona en cualquier circunstancia, y menos aun contradiciendo su voluntad. Respetar dicha voluntad no significa que se comparta o que se esté de acuerdo con ella. Significa reconocer a la persona enferma como un interlocutor moral y como una persona autónoma que ejerce libre y voluntariamente su derecho y deber de tomar decisiones en relación con su vida y su salud, conforme a sus valores y sus creencias³²⁵ y no, actuar contra dicha voluntad³²⁵.

³²⁵ Seoane, J.A. "El perímetro de la objeción de conciencia". In Dret: *Revista para el Análisis del Derecho* 4 (2009), pp.1-21.

Al final de la vida, algunos profesionales sanitarios, guiados por el imperativo tecnológico o por no saber cómo manejar la incertidumbre son partidarios de poner todos los tratamientos y de hacer todos los esfuerzos posibles a su alcance, provocando cierta obstinación terapéutica en contra de los intereses o deseos de la persona enferma. Parece lógico pensar que las decisiones deberían tomarse basándose en el conocimiento y en la comprensión de los datos, en los pronósticos de la enfermedad y en los objetivos negociados entre la persona enferma y el profesional, en los que se deberían encontrar las recomendaciones de los nuevos fines de la medicina de búsqueda de una muerte tranquila³²⁶.

Los posibles objetores deberían preguntarse si el sufrimiento físico o psíquico, que una persona vive como inaceptable a consecuencia de una enfermedad incurable, en muchos casos, gracias al uso que esos mismos profesionales hacen de la medicina tecnologizada, no remueve más su conciencia que el hecho de ayudar al bien morir.

A este respecto, las distintas leyes de garantía de la dignidad de las personas enfermas en situación terminal, aprobadas en las distintas Comunidades Autónomas del Estado (Andalucía, Navarra, Aragón, Canarias, Baleares, Galicia, País Vasco, Madrid, Asturias y Valencia) aclararon conceptualmente los escenarios del final de la vida y confirmaron la falta de justificación de la objeción de conciencia en los casos de limitación o adecuación del esfuerzo terapéutico y del rechazo de tratamiento. En Galicia la Ley 5/2015, de 26 de junio, de derechos y garantías de la dignidad de las personas enfermas terminales en su artículo 17, sobre el “Deber con respeto a las decisiones clínicas y a la asistencia sanitaria” en su punto 2 refiere “Todas las profesionales y todos los profesionales de la sanidad implicados en la atención de los pacientes tienen la obligación de respetar sus valores, creencias y preferencias en la toma de decisiones clínicas, en los términos previstos en la ley y deben abstenerse de imponer criterios de actuación basados en sus propias creencias y convicciones personales, morales, religiosas o filosóficas”.

³²⁶ Callahan, D. (ed.), *Los fines de la medicina*. Barcelona, Fundació Víctor Grífols i Lucas, 2004, pp. 1-79.

2.1.2.1. Prestación de ayuda para morir

Como ya se ha señalado, la autonomía fue conquistando poco a poco, distintos ámbitos, llegando, en los últimos tiempos, a un nuevo espacio, el de la muerte. Esta consideración, unida a la de que vivimos, y por tanto también morimos, en una sociedad con una medicina cada vez más tecnologicada, fue el caldo de cultivo en el que surgió el derecho a morir con dignidad. Un concepto entendido para garantizar que se respeten los derechos de la ciudadanía también en el final de su vida. El progreso de la medicina no puede implicar la obligación de vivir a quién no quiere hacerlo.

Eutanasia significa etimológicamente «buena muerte» y se puede definir como el acto deliberado de dar fin a la vida de una persona, producido por voluntad expresa de la propia persona y con el objeto de evitar un sufrimiento.

En nuestras doctrinas bioética y penalista existe hoy un amplio acuerdo en limitar el empleo del término “eutanasia” a aquella que se produce de manera activa y directa, de manera que las actuaciones por omisión que se designaban como eutanasia pasiva (no adopción de tratamientos tendentes a prolongar la vida y la interrupción de los ya instaurados conforme a la *lex artis*), o las que pudieran considerarse como eutanasia activa indirecta (utilización de fármacos o medios terapéuticos que alivian el sufrimiento físico o psíquico aunque aceleren la muerte del paciente) se han excluido del concepto bioético y jurídico-penal de eutanasia³²⁷.

La Ley Orgánica 3/2021, de 24 de marzo, de regulación de la eutanasia, reconoce el derecho a solicitar una prestación de ayuda para morir. Este nuevo derecho subjetivo no equivale al derecho a morir, sino a que cada persona pueda definir cómo y cuando quiere finalizar su vida dentro del marco establecido por esta ley³²⁸.

Para el Comité de Bioética de España resulta necesario establecer si la prestación de ayuda para morir debe calificarse como un ‘acto médico’ o como un

³²⁷ Ley Orgánica 3/2021, de 24 de marzo, de regulación de la eutanasia (publicado en “BOE” núm. 72, de 25/3/2021. Referencia: BOE-A-2021-4628).

³²⁸ Seoane, J.A., Cruz Valiño, A. B., Valdes Paredes, A., “Fortalezas y debilidades de la regulación española de la eutanasia”. *No todo es clínica* (2022), pp. 255-260.

‘acto sanitario, en función de cuál sea su naturaleza. Consideran que el término ‘profesionales sanitarios’ puede interpretarse en un sentido estricto o laxo. Si esa prestación es un ‘acto médico’, entonces el término deberá considerarse restringido a quienes ostentan una titulación oficial en el ámbito de salud y participan (directamente) en el acto de poner fin a la vida del paciente. Si por el contrario, es un ‘acto sanitario’, pueden tener como sujetos tanto a profesionales sanitarios como no sanitarios y su finalidad puede estar o no vinculada con la salud de un paciente. Consideran que fin del acto debe adecuarse, directa o indirectamente, a los fines esenciales de la medicina. Esto significa que la acción realizada por un ‘profesional médico’ (o bajo su dirección o supervisión) puede calificarse como ‘acto médico’ cuando se orienta a la curación, alivio, prevención/promoción de la salud³²⁹. A reseñar que esta afirmación va en contra de los nuevos fines de la medicina de proporcionar una muerte tranquila.

Continúan argumentando que la prestación de la ayuda para morir no puede ser un acto médico porque ha perdido su conexión directa y exclusiva con la decisión del profesional médico. El protagonista del acto eutanásico es el paciente, quien determina su propio diagnóstico y su propia ‘terapia’ (poner fin a su vida), convirtiendo al profesional médico en un actor pasivo, un intermediario burocrático y el suministrador del fármaco letal, siempre según la voluntad del paciente en el marco regulador de la Ley 3/2021. Esta argumentación, según mi criterio, es errónea desde el momento en que el paciente no decide en que condiciones clínicas tiene derecho a la ayuda para morir, es la ley la que determina cuales son esas condiciones, y con respecto a lo que denominan “terapia”, más que terapia, poner fin a la vida, es la manifestación de un derecho.

Por lo expuesto, el Comité de Bioética de España considera que la prestación de ayuda para morir no debe ser considerado como un acto médico sino como un acto sanitario, por tanto, el derecho de objeción no puede restringirse a

³²⁹ Informe del Comité de Bioética de España sobre la objeción de conciencia en relación con la prestación de la ayuda para morir de la Ley Orgánica reguladora de la eutanasia, Madrid, 2021, disponible en <http://assets.comitedebioetica.es/files/documentacion/Informe%20CBE%20sobre%20la%20Objecion%20de%20Conciencia.pdf> (última visita, 9 de septiembre 2022).

quienes intervienen directamente en el acto, en tanto que profesionales sanitarios, sino que la titularidad del derecho de objeción incluye también a la categoría de ‘personal sanitario’; es decir, a todos los profesionales que, tengan obligación legal de intervenir en cualquiera de los aspectos relacionados con la prestación de la ayuda para morir³³⁰.

Desde la óptica del Derecho y desde la entrada en vigor de la Ley 3/2021 de regulación de la eutanasia y del régimen diseñado para la prestación de ayuda para morir, el acto puede considerarse un acto médico en cuanto encomienda su realización a un “ médico responsable” y la prestación está incluida en la Cartera de Servicios del Sistema Nacional de Salud. Entonces, en términos jurídicos es un acto médico, no sanitario e indiscutible desde una visión jurídica del tema³³¹.

El artículo 1, de la Ley afirma que su objeto es regular el derecho que corresponde a toda persona que cumpla las condiciones exigidas a solicitar y recibir la ayuda necesaria para morir, el procedimiento que ha de seguirse y las garantías que han de observarse. Asimismo, determina los deberes del personal sanitario que atienda a esas personas, definiendo su marco de actuación, y regula las obligaciones de las administraciones e instituciones para asegurar el correcto ejercicio del derecho reconocido en esta Ley.

En el artículo 3g define la prestación de ayuda para morir la acción derivada de proporcionar los medios necesarios a una persona que cumple los requisitos previstos en esta Ley y que ha manifestado su deseo de morir. Dicha prestación se puede producir en dos modalidades:

1ª) La administración directa a la persona de una sustancia por parte del personal sanitario competente.

³³⁰ Comité de Bioética de España, Informe *del Comité de Bioética de España sobre la objeción de conciencia en relación con la prestación de la ayuda para morir de la Ley Orgánica reguladora de la eutanasia*, Madrid, 2021, disponible en <http://assets.comitedebioetica.es/files/documentacion/Informe%20CBE%20sobre%20la%20Objecion%20de%20Conciencia.pdf> (última visita, 9 de septiembre 2022).

³³¹ Beltrán Aguirre, J.L., “Desencuentro entre la deontología médica y el derecho positivo en torno a la prestación de ayuda para morir”. *Derecho y salud* 32/1 (2022), pp.6-11.

2ª) La prescripción o suministro por parte del personal sanitario de una sustancia, de manera que sea la propia persona la que se la autoadministre, para causar su propia muerte.

El artículo 5 se ocupa de los requisitos para recibir la prestación de ayuda para morir

1. Para poder recibir la prestación de ayuda para morir será necesario que la persona

cumpla todos los siguientes requisitos:

a) Tener la nacionalidad española o residencia legal en España o certificado de empadronamiento que acredite un tiempo de permanencia en territorio español superior a doce meses, tener mayoría de edad y ser capaz y consciente en el momento de la solicitud.

b) Disponer por escrito de la información que exista sobre su proceso médico, las diferentes alternativas y posibilidades de actuación, incluida la de acceder a cuidados paliativos integrales comprendidos en la cartera común de servicios y a las prestaciones que tuviera derecho de conformidad a la normativa de atención a la dependencia.

c) Haber formulado dos solicitudes de manera voluntaria y por escrito, o por otro medio que permita dejar constancia, y que no sea el resultado de ninguna presión externa, dejando una separación de al menos quince días naturales entre ambas. Si el médico responsable considera que la pérdida de la capacidad de la persona solicitante para otorgar el consentimiento informado es inminente, podrá aceptar cualquier periodo menor que considere apropiado en función de las circunstancias clínicas concurrentes, de las que deberá dejar constancia en la historia clínica.

d) Sufrir una enfermedad grave e incurable o un padecimiento grave, crónico e incapacitante en los términos establecidos en esta Ley, certificada por el médico responsable.

e) Prestar consentimiento informado previamente a recibir la prestación de ayuda para morir. Dicho consentimiento se incorporará a la historia clínica del paciente.

2. No será de aplicación lo previsto en las letras b), c) y e) del apartado anterior en aquellos casos en los que el médico responsable certifique que el paciente no se encuentra en el pleno uso de sus facultades ni puede prestar su conformidad libre, voluntaria y consciente para realizar las solicitudes, cumpla lo previsto en el apartado 1.d), y haya suscrito con anterioridad un documento de instrucciones previas, testamento vital, voluntades anticipadas o documentos equivalentes legalmente reconocidos, en cuyo caso se podrá facilitar la prestación de ayuda para morir conforme a lo dispuesto en dicho documento. En el caso de haber nombrado representante en ese documento será el interlocutor válido para el médico responsable. La valoración de la situación de incapacidad de hecho por el médico responsable se hará conforme a los protocolos de actuación que se determinen por el Consejo Interterritorial del Sistema Nacional de Salud.

En su artículo 11 esta Ley proclama que la realización de la ayuda para morir, debe hacerse con el máximo cuidado y profesionalidad por parte del personal sanitario con la aplicación de los protocolos correspondientes. Estas funciones se determinarán en los protocolos que se vayan a implantar. El protocolo sobre el procedimiento para la realización de la prestación de ayuda para morir, de la Consellería de Sanidade de la Xunta de Galicia, actualizado el 15 de septiembre de 2022, es más específico y afirma que el equipo asistencial, como mínimo, contará con profesionales de enfermería. Aunque este equipo podrá variar en su composición en función de las características sociosanitarias del paciente; deberá contar siempre con profesionales de enfermería, como responsables de la elaboración, coordinación y ejecución de un plan de cuidados específico del proceso antes, durante y después de la prestación. Además en su solicitud, el paciente podrá indicar el profesional de enfermería de su preferencia, elección que se respetará siempre que sea posible. Este profesional se integrará en el equipo asistencial, desde su constitución, con el objetivo de que participe en el proceso desde el primer momento, tanto en el cuidado como en el acompañamiento al paciente y de sus allegados, como en la toma de decisiones dentro del equipo.

Los artículos 13 y 14 tienen como protagonista la cartera de servicios, proclaman que la prestación de ayuda para morir estará incluida en la cartera común

de servicios del Sistema Nacional de Salud y será de financiación pública. Se realizará en centros sanitarios públicos, privados o concertados, y en el domicilio, sin que el acceso y la calidad asistencial de la prestación puedan resultar menoscabados por el ejercicio de la objeción de conciencia sanitaria o por el lugar donde se realiza.

A ese nivel, la Disposición adicional primera considera legal esta muerte y la clasifica como muerte natural a todos los efectos, la Disposición final primera exculpa al profesional, ya que afirma que no incurrirá en responsabilidad penal quien causare o cooperare activamente en la muerte de otra persona cumpliendo lo establecido en esa ley.

La objeción de conciencia sanitaria está presente en su artículo 3f que la define como el derecho individual de los profesionales sanitarios a no atender aquellas demandas de actuación sanitaria reguladas en esta Ley que resultan incompatibles con sus propias convicciones.

El artículo 16 tiene por objetivo enumerar los derechos y deberes de los profesionales sanitarios en relación de la objeción de conciencia:

1. Los profesionales sanitarios directamente implicados en la prestación de ayuda para morir podrán ejercer su derecho a la objeción de conciencia.

El rechazo o la negativa a realizar la citada prestación por razones de conciencia es una decisión individual del profesional sanitario directamente implicado en su realización, la cual deberá manifestarse anticipadamente y por escrito.

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

Para el Comité de Bioética de España es necesario dilucidar la cuestión en quienes ostentan la titularidad del derecho de objeción de conciencia en relación con la denominada prestación de ayuda para morir, y considera que el texto del artículo 16.1 exige precisar dos conceptos: a) qué debemos entender por 'profesionales

sanitarios' en este contexto; y b) qué debemos entender por 'directamente implicados' en la prestación de la ayuda para morir.

Según mi criterio, los profesionales sanitarios en este contexto y los directamente implicados serían el médico responsable y el personal de enfermería, cada uno con sus correspondientes funciones. Por lo que respecta al personal médico responsable su función, directamente relacionada con la ayuda a morir, es la derivada de la prescripción de las sustancias necesarias para que se de este hecho y en el caso de las enfermeras, su labor directa, es la administración de tales sustancias. Por lo tanto, sus implicaciones serían directas y susceptibles de apelar a la objeción de conciencia. En el caso del médico consultor su función es la de corroborar el cumplimiento de las condiciones establecidas, por lo que parece no haber lugar a la objeción de conciencia

A pesar de que la enfermera juega un papel esencial en el proceso final de la vida, aportando presencia cuidadora, *pre y post mortem* tanto al paciente como a su familia, en la ley, la referencia a las enfermeras es escasa. Por el contrario, en otros países donde la eutanasia está legalizada, le han dado mayor relevancia a su papel en el proceso de ayuda para morir³³². Este papel puede abarcar desde recoger la solicitud, informar sobre el procedimiento y explicar los pasos a seguir, hasta el acompañamiento en el momento final. Por otra parte, aunque en la mayoría de los casos la medicación letal la administra el médico, en Holanda y en Australia también lo hace la enfermera³³³.

En el contexto canadiense, la presencia enfermera es la predicción más importante de lo bien que irá una muerte por asistencia médica. En este contexto, las enfermeras registradas desempeñan funciones importantes como participar en la evaluación de la competencia y la capacidad de autoadministración, proporcionar información sobre el proceso; coordinar el proceso; preparar equipos y accesos intravenosos; coordinar e informar al personal de salud; documentar; apoyar a los pacientes y a sus seres queridos; y proporcionar atención "*post mortem*". Por lo tanto,

³³² Ferrer, C., Delgado, J.C., Toro, R., "Participación de la enfermera en la ayuda para morir. A propósito de la ley que regula la eutanasia", *Bioetica Complutense* 41 (2021), p. 24.

³³³ De Beer T., Gastmans C., Dierckx de Casterlé B., "Involvement of nurses in euthanasia: review of the literature", *J Med Ethics* (2004), pp. 494–498.

la centralidad enfermera les permite aplicar la eutanasia. Por el contrario, en Estados Unidos la muerte asistida sólo puede ocurrir mediante autoadministración, por lo que las enfermeras pueden tener poca participación con quienes buscan una muerte asistida³³⁴, únicamente pueden contar con una labor de acompañamiento y cuidados en el proceso.

A nivel deontológico, el principio hipocrático llegó hasta nuestros días, considerando la eutanasia como la provocación intencionada de la muerte y, por tanto, fue incluida en el Código Penal como una forma de homicidio. Para la moral hipocrática, la vida era un bien supremo, era necesario evitar la muerte por encima de todo. Este empeño llegó, con el paso de los siglos, a convertirse en el objetivo fundamental de la medicina, en su razón de ser. Es más, concretamente al profesional médico no le estaba permitido, no ya provocar la muerte, aunque lo demandase la persona enferma, sino ni siquiera permitir que ocurriese. En la misma línea en el artículo 38.5 del Código de Deontología médica refiere que el médico nunca provocará ni colaborará intencionadamente en la muerte del paciente. No realizará eutanasia ni colaborará en la práctica del suicidio asistido. A destacar que la renovación de este código se produjo en el año 2018 antes de la legalización de la prestación de ayuda para morir. Lo que si ya está recogido en este código son la futilidad terapéutica, la limitación o adecuación del esfuerzo terapéutica y la sedación paliativa (artículo 38 puntos 1,2 y 6) reflejo, sin duda de las leyes que regulan el final de la vida en las distintas comunidades autónomas

En la misma línea, el artículo 16 del Código de enfermería refiere que la enfermera tendrá presente que la vida es un derecho fundamental del ser humano y por tanto deberá evitar realizar acciones conducentes a su menoscabo o que conduzcan a su destrucción.

Este desencuentro, entre el derecho y la deontología, en lo referido a la ayuda para morir, podría subsanarse si se tiene en cuenta el artículo 4.5 de la Ley 44/2003, de 21 de noviembre, de Ordenación de las profesiones sanitarias, el cual establece que el cumplimiento riguroso de las normas deontológicas deben ser

³³⁴ Pesut B., Thorne S., Greig M., Fulton A., Janke R., Vis-Dunbar M., "Ethical, Policy, and Practice Implications of Nurses' Experiences With Assisted Death: A Synthesis", *ANS Adv Nurs Sci.* 42/3(2019), pp. 216-230.

conformes a la legislación vigente. Los Códigos de Deontología no deben incorporar normas de conducta contrarias a lo dispuesto en las Leyes. El rechazo a una norma legal debe solucionarse a través de la posibilidad de ejercer la objeción de conciencia³³⁵.

En este procedimiento, la acomodación no parece resultar posible sobre todo en lo relacionado con el médico responsable ya que, aunque el médico de familia sea el más indicado por el conocimiento previo que tiene del paciente y su familia, no siempre será él el designado médico responsable ya que esta figura esa elección del paciente y puede, por lo tanto, ser cualquier otro especialista hospitalario. Esta razón es también válida para que la elección de especialidad no tenga ningún valor en relación a este acto. Con respecto a las enfermeras, la acomodación, vendría dada por que el procedimiento lo llevara a cabo otro profesional enfermero no objetor.

³³⁵ Beltrán Aguirre, J.L., "Desencuentro entre la deontología médica y el derecho positivo en torno a la prestación de ayuda para morir", *DS:Derecho y salud* 32/1 (2022), pp. 6-11.

CONCLUSIONES

PRIMERA. La libertad de conciencia es una libertad compuesta por un abanico de derechos individuales que los poderes públicos tienen el deber de reconocer y garantizar. Forma parte de ese deber tanto preservar y proteger el derecho del individuo a formar libremente su conciencia, como el de actuar conforme a sus dictados morales o religiosos. Esta libertad se encuentra reconocida en el artículo 16 de la Constitución Española.

SEGUNDA. El derecho debe dictar normas válidas para todos, independientemente de sus criterios morales, y es aquí donde surge el viejo conflicto entre el deber moral y el deber jurídico, para el que el derecho no cuenta con más solución más que regular los límites. En este contexto de conflicto entre el derecho y sus límites es donde se plantea la cuestión de la objeción de conciencia. Puede, por lo tanto, afirmarse que la objeción de conciencia es lo mismo que la libertad de conciencia en caso de conflicto.

TERCERA. La objeción de conciencia se plantea, conceptualmente, como consecuencia de un conflicto entre la norma jurídica y alguna norma moral en el que el sujeto es relevado del deber de obediencia al derecho. También se puede plantear como un conflicto entre un deber jurídico y un deber moral o, para algunos, entre un deber jurídico y un derecho moral. Puede calificarse como un derecho sustantivo, el de no cumplir una obligación jurídica por motivos de conciencia, por lo que la objeción sería un deber que pesa sobre el poder público de “no obligar” ni castigar a quien reúna la condición de objetor. Incluso puede ser interpretada como conflicto entre deberes, uno de naturaleza moral y otro de naturaleza jurídico-política, como conflicto de valores o como conflicto de derechos, aunque su significado sea siempre el mismo.

CUARTA. La objeción de conciencia trata de justificar una forma de desobediencia basada en la conciencia individual, no colectiva ni institucional. La decisión del objetor sólo pretende ser correcta para uno mismo, aunque se proyecte sobre los demás frustrando expectativas de comportamiento que un individuo o la ciudadanía al

completo tiene. Es necesario distinguirla de otras situaciones de conflicto como la desobediencia civil, la reticencia moral profesional y la angustia moral.

QUINTA. Los cuidados han evolucionado y pasado por diversas etapas a lo largo del tiempo. El proceso de identidad profesional y construcción disciplinar de la enfermería comienza su andadura con la orientación religioso-vocacional, sigue con la orientación laico-laboral y la auxiliar de la medicina y llega a la prestación de un servicio enfermero-científico-social propio relacionado con los cuidados y con la identidad profesional y disciplinar. Por lo tanto, en la actualidad, la profesión enfermera es una profesión centrada en el cuidado de las personas como agentes morales conscientes, libres y responsables.

SEXTA. La objeción de conciencia referida a las profesiones sanitarias, cuenta con dos excepciones: los supuestos en los que la persona objetora asume previa y expresamente su obligación y no resulta posible su traslado a otro puesto de trabajo, sin quebranto para la organización y funcionamiento de la empresa, y los supuestos en que esté en riesgo grave el derecho a la vida de la persona usuaria, único límite prácticamente absoluto del derecho a objetar.

SÉPTIMA. La objeción de conciencia, viene expresamente recogida en el Código Deontológico de la Enfermería Española del año 1988 y en el Código de Deontología Médica de la Organización Médica Colegial de España del año 2011.

OCTAVA. La Ley Orgánica 2/2010, de 3 de marzo, de salud sexual y reproductiva e interrupción voluntaria del embarazo, en su artículo 19.2 reconoce el derecho a ejercer la objeción de conciencia a todo profesional directamente implicado, al igual que el artículo 16 de la Ley Orgánica 3/2021, de 24 de marzo, de regulación de la eutanasia.

NOVENA. Los supuestos donde puede darse la objeción de conciencia en la profesión enfermera están relacionados con la toma de decisiones y la actuación al comienzo y al final de la vida. Las labores informativas y de acceso que puedan conllevar cualquiera de estos dos procesos no deben estar amparados por la objeción de conciencia.

DÉCIMA. Respecto al comienzo de la vida, en la interrupción voluntaria del embarazo, la anticoncepción quirúrgica y la reproducción asistida que requiera tratamiento quirúrgico se considera que la enfermera, tanto instrumentista como circulante, no está directamente implicada en el acto abortivo, por lo cual no se debería apelar a la objeción de conciencia con base en la ley. El único profesional directamente implicado en el acto abortivo es el especialista en ginecología como ejecutor del mismo.

UNDÉCIMA. Determinados profesionales están en desacuerdo con la solución anterior, pues consideran que la ley resulta ambigua porque no especifica quiénes son los profesionales directamente implicados. Estas discrepancias plantean la necesidad de analizar la cuestión desde otro punto de vista en el que puede considerarse la intervención enfermera como necesaria, sin la cual el acto abortivo no podría llevarse a cabo. Teniendo en cuenta esta perspectiva desde el modelo de la acomodación, es decir, proporcionándole a esta profesional otro puesto de trabajo en el que no tenga que llevar a cabo acciones que puedan causarle conflictos con su conciencia, se alcanzaría una vía prudente y adecuada, siempre y cuando la objeción se considere razonable, para conseguir la optimización de los valores en conflicto.

Esta solución es mucho más factible y menos gravosa para la Administración y los colegas de profesión que la acomodación de otros especialistas, ya que una enfermera de quirófano puede ser, por lo menos a nivel teórico, igual de eficiente en cualquier otra unidad de cuidados. La misma solución parece adecuada para la anticoncepción quirúrgica y para la reproducción asistida.

DUODÉCIMA. En lo relativo a la prestación de ayuda para morir, los profesionales sanitarios directamente implicados serían el médico responsable y el personal de enfermería, cada uno con sus correspondientes funciones. La función del personal médico responsable directamente relacionada con la ayuda a morir es la derivada de la prescripción de las sustancias necesarias para que tenga lugar dicha acción. Por su parte, la labor directa de las enfermeras es la administración de tales sustancias. Por lo tanto, sus implicaciones serían directas y susceptibles de apelar a la objeción de conciencia. En el caso del médico consultor su función es la de corroborar el

cumplimiento de las condiciones establecidas, por lo que parece no haber lugar a la objeción de conciencia.

DECIMOTERCERA. Las enfermeras no podrán acogerse a la objeción de conciencia cuando realicen funciones de elaboración, coordinación y ejecución de un plan de cuidados del proceso antes, durante y después de la prestación de la ayuda para morir. Por el contrario, en lo referido a la administración de las sustancias necesarias para llevar a cabo el proceso, su labor es directa y, por lo tanto, susceptible de apelar a la objeción de conciencia amparándose en la ley.

El proceso de acomodación exigiría sustituir al profesional objetor por otro no objetor, para llevar a cabo la realización del procedimiento. En cambio, la acomodación no parece resultar posible en lo relacionado con el médico responsable ya que, aunque el médico de familia sea el más indicado por el conocimiento previo que tiene del paciente y su familia, no siempre será designado médico responsable ya que esta figura es a elección del paciente y puede, por lo tanto, ser cualquier otro especialista hospitalario. Esta razón es también válida para que la elección de especialidad no tenga ningún valor en relación a este acto.

DECIMOCUARTA. A nivel deontológico, el Código de enfermería refiere que la enfermera tendrá presente que la vida es un derecho fundamental del ser humano y, por lo tanto, deberá evitar realizar acciones conducentes a su menoscabo o que conduzcan a su destrucción. En la misma línea se manifiesta el Código de Deontología médica, afirmando que el médico nunca provocará ni colaborará intencionadamente en la muerte del paciente.

Así las cosas, en la actualidad parece existir un desencuentro entre el derecho y la deontología en lo referido a la ayuda para morir, el cual podría subsanarse ateniéndose al artículo 4.5 de la Ley 44 / 2003, de 21 de noviembre, de ordenación de las profesiones sanitarias, que establece que el cumplimiento riguroso de las normas deontológicas debe ser conforme a la legislación vigente. Por tanto, los Códigos de Deontología no deben incorporar normas de conducta contrarias a lo dispuesto en las leyes.

REFERENCIAS

1. BIBLIOGRAFÍA CITADA

- Abellán García, F., “Derecho a la procreación” en *Enciclopedia de Bioderecho y Bioética*, Bilbao Cátedra Interuniversitaria de Derecho y Genoma Humano, 2022, Disponible en Voces - derecho a la procreación | ENCICLOPEDIA de BIODERECHO y BIOÉTICA (enciclopedia-bioderecho.com) (última visita, 9 de septiembre 2022).
- Adams, K., “Moral diversity among physicians and conscientious refusal of care in the provision of abortion services” *Journal of the American Medical Women's Association* (1972), pp. 223-226.
- Alarcos Martínez, F.J., *Objeción de conciencia y sanidad*, Granada, Comares, 2011.
- Alta Charo, R., “The celestial fire of conscience: Refusing to deliver medical care”, *New England Journal of Medicine* 352 /24 (2005), pp. 2471-2473.
- Backes, V. M. S., “O legado histórico do modelo Nightingale: seu estilo de pensamento e a sua práxe”, *Revista Brasileira de Enfermagem*, 52/2, (1999), pp. 251-264.
- Barrio I. M., Molina A., Sánchez C. M., Ayudarte M. L. “Ética de enfermería y nuevos retos”, *Anales del Sistema Sanitario de Navarra* 29/ 3 (2006), pp. 41-47.
- Beltrán Aguirre, J.L., “Desencuentro entre la deontología médica y el derecho positivo en torno a la prestación de ayuda para morir”, *DS: Derecho y salud* 32/1 (2022), pp. 6-11.
- Bentham, J., *Deontología o ciencia de la moral* (1836), traducción D.P.P., Valencia, Imprenta J. Ferrer de Orga, Vol. I.
- Bernalte Martí, V., “Minoría de hombres en la profesión de enfermería. Reflexiones sobre su historia, imagen y evolución en España”, *Enfermería Global*, 37 (2015), pp. 328-334.
- Bizca Gualdrón, L.M., “Evolución del cuidado: de curanderas a enfermeras”, *Revista Cuidarte*, 3/ 1 (2012), pp.410-415.
- Burgos Moreno, M., Paravic Klijn, T., “Enfermería como profesión”, *Revista Cubana de Enfermería* 25/1-2 (2009), pp. 1-9.

Callahan, D. (ed.), *Los fines de la medicina*. Barcelona, Fundació Víctor Grífols i Lucas, 2004.

Capella, J.R., *Fruta prohibida*, Valladolid, Trotta, 2008⁵.

Casado, M., *Bioética, derecho y sociedad*, Madrid, Trotta, 1998.

Casado, M., "A vueltas sobre las relaciones entre la bioética y el derecho", *Bioetica* 1/19 (2011), pp. 15-28.

Castrillón Agudelo, M.C., "Desarrollo disciplinar de la enfermería", *Investigación y Educación en Enfermería* 20/1 (2002), pp. 82-88.

Cebriá García, M. D., "Objeción de conciencia del personal sanitario y reformas legislativas en España", *Revista General de Derecho Canónico y Derecho Eclesiástico del Estado* 27 (2011), pp. 166.

Cebriá García, M. D., "Libertad religiosa y no discriminación en el ámbito sanitario: el ejercicio de la objeción de conciencia al aborto", *Derecho y Religión* XI (2016), pp. 135-138.

Comité de Bioética de España, *Opinión del Comité de Bioética de España sobre la objeción de conciencia en sanidad*, Madrid, 2011. Disponible en <http://assets.comitedebioetica.es/files/documentacion/Informe%20CBE%20sobre%20la%20Objecion%20de%20Conciencia.pdf> (última visita, 9 de septiembre 2022).

Comité de Bioética de España, *Informe del Comité de Bioética de España sobre la objeción de conciencia en relación con la prestación de la ayuda para morir de la Ley Orgánica reguladora de la eutanasia*, Madrid, 2021. Disponible en <http://assets.comitedebioetica.es/files/documentacion/Informe%20CBE%20sobre%20la%20Objecion%20de%20Conciencia.pdf> (última visita, 9 de septiembre 2022).

Cortina Orts, A, "La justificación ética del Derecho como tarea prioritaria de la filosofía política. Una discusión desde John Rawls", *Doxa* 2, 1985, pp.129-144.

Cortina, A., *Ética y legislación en enfermería*, Madrid, MacGraw-Hill, 1997, pp.51-55.

Couceiro A, Seoane, J.A., Hernando, P., *La objeción de conciencia en el ámbito clínico. Propuesta para un uso apropiado* (I), *Revista de calidad asistencial* 29/3 (2011), pp.183-193.

- Couceiro A., Seoane, J.A., Hernando Robles, P., "La objeción de conciencia en el ámbito clínico. Propuesta para un uso apropiado (II)", *Revista de Calidad Asistencial* 26 /3 (2011), pp. 320-324.
- Cook, R., J., Arango, M., Dickens, B. M., "Healthcare responsibilities and conscientious objection", *International Journal of Gynecology & Obstetrics* 104/ 3 (2009), pp. 249-252.
- Davidoff, F., "Sex, politics, and morality at the FDA: reflections on the Plan B decision", *Hastings Center Report* 36/2 (2006), pp. 20-25.
- De Beer T., Gastmans C., Dierckx de Casterlé B., "Involvement of nurses in euthanasia: review of the literature", *J Med Ethics* (2004), pp. 494-498.
- Domínguez Alcón, C., "Para una sociología de la profesión enfermera en España", *Revista Española de Investigaciones Sociológicas* 8 (1979), pp. 103-132.
- Donahue, P., *Historia de la enfermería*, Traducción de María Picazo y Carmen Hernández, Barcelona, Doyma, 1985.
- Duby, G., Perrot, M., *Historia de las mujeres*, Barcelona, Taurus, 2005⁵.
- Ehrenreich, B., English, D., *Brujas, comadronas y enfermeras. Historia de las sanadoras (1973)*, Traducción de M. Bofill, Barcelona, La Sal, 1988³.
- Engster, D., *The heart of justice: care ethics and political theory*, Oxford, Oxford University Press, 2007.
- Estévez Araujo, J A., *La Constitución como proceso y la desobediencia civil*, Madrid, Trotta, 1994.
- Ferrer, C., Delgado, J.C.,Toro, R., "Participación de la enfermera en la ayuda para morir. A propósito de la ley que regula la eutanasia", *Bioetica Complutense* 41 (2021), p.24.
- García-Calvente MM., Lomas-Hernández V., "Anticoncepción de urgencia y objeción de conciencia: un debate sin cerrar", *Gaceta Sanitaria* 30/2 (2016), pp.91-93.
- García García, I., Gozalbes Cravioto, E., "Surgimiento y desarrollo de la Historia de la Enfermería en España" *Enfermería Global* 12/30 (2013), pp.305-314.

- García Martín-Caro, C., Martínez Martín M.L., *Historia de la Enfermería. Evolución histórica del cuidado enfermero*, Madrid, Harcourt 2001.
- Garcimartín Montero, M.C., “La objeción de conciencia en España”, *Revista General de Derecho Canónico y Derecho Eclesiástico del Estado* 57 (2021), pp. 1-48.
- Gascón Abellán, M., *Obediencia al derecho y objeción de conciencia*, Madrid, Centro de Estudios Constitucionales, 1990.
- Gascón Abellán, M., “Defensa de la objeción de conciencia como derecho general”, *Eunomia, Revista en Cultura de la Legalidad*, 2019, pp. 85-101.
- González, Juárez, L., Velandia-Mora Al., Flores Fernández, V., “Humanización del cuidado de enfermería. De la formación a la práctica clínica”, *Conamed*, 14/1 (2009), pp. 40-43.
- González Vicén, F., “La obediencia al derecho” en *Estudios de filosofía del derecho*. Universidad de la Laguna (1979) pp. 396-398.
- Gracia, D., *Historia de los conceptos de salud y enfermedad*, Bioética Clínica, Santa Fé de Bogotá, El Búho, 1998, pp. 154.
- Gracia, D., *Como arqueros al blanco*, Madrid, Triacastela, 2004.
- Gracia Guillen, D., *Fundamentos de bioética*, Madrid, Triacastela, 2007.
- Gracia, D., “Teoría y práctica de la deliberación moral”. En Feito, L., Gracia, D., Sánchez, M. (ed) *Bioética: el estado de la cuestión*, Madrid, Triacastela, 2011, pp.101-154 .
- Gracia, D., Rodríguez Sendín, J.J. (ed.), *Ética de la objeción de conciencia. Guías de ética en la práctica médica*, Madrid, Fundación Ciencias de la salud, 2008, pp. 5-6.
- Gracia, D., “Objeción de conciencia: las lecciones de un debate”, *Revista de Calidad Asistencial* 26/3 (2011), pp. 143-145.
- Granero Alted, M.J., “Historia de la enfermería, historia del género”. *Asociación de Amigos del Archivo Histórico Diocesano de Jaén. I Congreso virtual sobre Historia de las Mujeres* (2009), pp. -15.

Gutmann, A., *La identidad en democracia* (2003), traducción de Estela Otero, Buenos Aires, Katz 2008.

Hammerschmidt, D., "Anticonceptivos" en Enciclopedia de Bioderecho y Biotica, Cátedra Interuniversitaria de Derecho y Genoma Humano, 2022. Disponible en Voces - derecho a la procreación | ENCICLOPEDIA de BIODERECHO y BIOÉTICA (enciclopedia-bioderecho.com) (última visita, 9 de septiembre 2022).

Held, V., "The Ethics of Care as Normative Guidance: Comment on Gilligan", *Journal of Social Philosophy* 45/1, (2014), pp. 107-115.

Hernández Conesa, J., *Historia de la enfermería*, Madrid, Mc Graw Hill, 1995³.

Hernández Martín, F., *Historia de la enfermería en España*, Madrid, Síntesis, 1996.

Hernández Martín, F., Del Gallego Lastra, R., Alcaraz González, J., González Ruiz, M., "La enfermería en la historia. Un análisis desde la perspectiva profesional", *Cultura de los Cuidados. Revista de Enfermería y Humanidades*. 1/2 (1997), pp.21-35.

Hottois, G. y Missa, J., *Nova Enciclopedia de Bioética*, traducida por L. G. Soto y T. Roca, Universidad de Santiago de Compostela, 2005.

Iban, I.C., Prieto Sanchís, L., Mottilla, A., *Manual de Derecho Eclesiástico*, Madrid, Trotta, 2004.

Informe del Comité de Bioética de España sobre la objeción de conciencia en relación con la prestación de la ayuda para morir de la Ley Orgánica reguladora de la eutanasia, Madrid, 2021. Disponible en <http://assets.comitedebioetica.es/files/documentacion/Informe%20CBE%20sobre%20la%20Objecion%20de%20Conciencia.pdf> (última visita, 9 de septiembre 2022).

Instituto Borja de Bioética, "Consideraciones sobre la objeción de conciencia", *Bioética & Debat*, 18/66 (2012), pp.3-19.

Jiménez Schlegl, D., *Ética con códigos: un análisis filosófico-jurídico de la normativa deontológica en medicina y sus relaciones con el derecho y el Estado*, Barcelona, Universidad de Barcelona (tesis doctoral), 2005.

- Jonsen, Albert R., *Breve historia de la ética médica* (2000). Traducción Juan Antonio Medina López. Madrid, Universidad Pontificia de Comillas, 2011.
- Karakachian, A., Colbert, A., "Angustia moral: un caso práctico", *Nursing* 35/3 (2018), pp. 1-9.
- Kherbache, A., Mertens, E., Denier, Y., "Moral distress in medicine: An ethical analysis", *Journal of Health Psychology* (2021), pp.1-20.
- Laín Entralgo, P., *La relación médico-enfermo*, Madrid, Alianza 1983.
- Lamb C, Pesut B. "Conscience and conscientious objection in nursing: A personalist bioethics approach", *Nurs Ethics* (2021). Disponible en <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC8640267/> (última visita 9 de septiembre de 2022).
- Lázaro, J., Gracia, D., "La relación médico enfermo a través de la historia", *Anales del Sistema Sanitario de Navarra* 29/3, (2006), pp.7-17.
- León Molina, J., "Enfermería: profesión, humanismo y ciencia", *Enfermería Global* 2 (2003), pp.1-8.
- Lip Licham, C., "El paradigma indiciario de la medicina", *Revista Médica Herediana* 12/2 (2001), pp. 65-74.
- López Guzmán, J., "Objeción de conciencia en enfermería", *Revista Bioética y Ciencias de la Salud* 4/2 (2000), pp. 1-16.
- López Piñero, J.M., *Medicina, Historia, Sociedad*, Barcelona, Ariel 1969³.
- Lukes, S., *El individualismo* (1973). Traducción de J.L. Álvarez, Barcelona, Península, 1975 .
- Malem Seña, J. F., *Concepto y justificación de la desobediencia civil*, Barcelona, Ariel, 1988.
- Martínez Martín M.L., Chamorro Rebollo, Y., *Historia de la enfermería. Evolución histórica del cuidado enfermero*, Barcelona, Elsevier, 2011², pp. 4-7.
- Martín Sánchez, I. (coord), *La libertad de conciencia y Derecho sanitario en España y Latinoamérica*, Granada, Comares. 2010.

- McCarthy, J., "Nursing Ethics and Moral Distress: the story so far", *Nursing Ethics* (2013), pp. 1-7.
- Morley, G., Ives, J., Bradbury-Jones, C., Irvine, F., "What is 'moral distress'? A narrative synthesis of the literature", *Nursing Ethics* 26/3 (2019), pp. 646-662.
- Mota Rodríguez, A., "Una aproximación hermenéutica de la historia de la enfermería", *Index de Enfermería* 25/1-2 (2016), pp. 77-81.
- Nauderer, T. M., Dias da Silva, M. A., "Imagem da enfermera: revisão da literatura", *Revista Brasileira de Enfermagem*, 58/ 1 (2005), pp. 74-77.
- Navarro Casado, S., "Las cosas por su nombre: ¿Objeción de conciencia o desobediencia civil?", *Bioética y Derecho* 28 (2013), pp. 91-101.
- Organización Mundial de la salud. Informe Técnico 860 de 1996, Ginebra, O.M.S., 1996. Disponible en https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/41914/9243208608_spa.pdf?sequence=1&isAllowed=y (última visita, 9 de septiembre 2022).
- Organización Mundial de la Salud. Respeto de los derechos humanos cuando se proporcionan información y servicios de anticoncepción: orientación y recomendaciones. Ginebra OMS 2014, disponible en <https://www.who.int/es/about/governance/constitution> (última visita, 9 de septiembre de 2022).
- Paravic Klijn T., "Enfermería y globalización", *Ciencia y Enfermería* 16/1 (2010), pp. 9-15.
- Parsons, T., *Ensayos de teoría sociológica (1949)*, traducción de N. Rodríguez Bustamante y T. Halperín Dongui, Buenos Aires, Paidós, 1967, pp. 34-36.
- Peces-Barba, G. "Desobediencia civil y objeción de conciencia", *Anuario de Derechos Humanos* 5 (1988-89), pp. 159-176.
- Pesut B., Thorne S., Greig M., Fulton A., Janke R., Vis-Dunbar M., "Ethical, Policy, and Practice Implications of Nurse's Experiences With Assisted Death: A Synthesis", *ANS Adv Nurs Sci.* 42/3(2019), pp. 216-230.
- Peterson M, Potter RL. "A proposal for a code of ethics for nurse practitioners." *J Am Acad Nurse Pract.* Mar;16/3 (2004), pp. 116-124.

- Prieto Sanchís, L., "Libertad y objeción de conciencia" 54(2006), pp. 259-273.
- Rawls, J., *Teoría de la justicia*, (1979) Madrid, Fondo de Cultura Económica 1997 ^{2ª}.
- Rebolledo-Malpica, D., "Enfermería según la perspectiva deconstructivista de Derrida", *Revista de la Facultad de Medicina Universidad de Colombia*, 67/ 1 (2019), pp. 91-96.
- Rhodes, R., "Conscience, conscientious objections, and medicine", *Theoretical Medicine and Bioethics* 40 (2019), pp. 487-506.
- Rodríguez Blanco, M., "La objeción de conciencia en la jurisprudencia constitucional española", *Diálogos jurídicos* (2017), pp. 132,170.
- Romeo Casabona, C.M., *Enciclopedia de Bioderecho e Bioética II*. Granada, Cátedra Interuniversitaria- Comares, 2011.
- Sala R, Manara D. "The regulation of autonomy in nursing: the Italian situation". *Nurs Ethics*. 6/6 (1999), pp. 451-467.
- Sánchez-Caro, J., "La objeción de conciencia sanitaria", *Revista Derecho y Salud* 20/2 (2010), pp. 49-64.
- Santacruz Caicedo, M.C, ". Enfermería: de la vocación a la ética", *Revista Facultad Ciencias de la Salud, Universidad del Cauca*, 8 /2 (2006), pp. 23-39.
- Savulescu J., "Conscientious objection in medicine", *BMJ* 332 (2006), pp. 294-297.
- Scarpelli, U., "Dovere morale, obbligo giurídico, impegno político", *Il Mulino* (1982), p. 173.
- Schmitt, C. *Verfassungslehre* (1928), traducción de F. Ayala, Madrid, Alianza, 1982, p. 170.
- Schuklenk, U., "Conscience-based refusal of patient care in medicine: a consequentialist analysis", *Theoretical Medicine and Bioethics* 40 (2019), pp. 523-538.

- Sellán, Soto, M.C., *La profesión va por dentro. Elementos para una historia de la enfermería española contemporánea*, Madrid, Fuden, 2010², pp. 36-60, 119-174, 242-252 .
- Sendrail, M., *Historia cultural de la enfermedad*, Madrid, Espasa-Calpe, 1983, pp. 15-22, 46-47.
- Seoane, J.A., "El significado de la ley básica de autonomía del paciente (ley 41/2002, de 14 de noviembre en el sistema jurídico sanitario español. Una propuesta de interpretación", *DS. Derecho y Salud* 12/ 1 (2004), pp. 41-60.
- Seoane, J.A. "El perímetro de la objeción de conciencia" *InDret: Revista para el Análisis del Derecho* 4 (2009), pp. 1-21.
- Seoane. J.A., "Objeción de conciencia positiva", *Bioética y Derecho* 32 (2014), pp. 34-45.
- Seoane, J. A., "Nuevas formas de objeción de conciencia sanitaria" en *Una filosofía del derecho en acción*, Madrid, Congreso de los Diputados, Dirección de Estudios, Análisis y Publicaciones. Departamento de Publicaciones: Universidad Rey Juan Carlos, 2015, pp. 2385-2389, 2391-2403.
- Seoane, J.A., Cruz Valiño, A. B., Valdés Paredes, A., "Fortalezas y debilidades de la regulación española de la eutanasia". *No todo es clínica* (2022), pp. 255-260.
- Siegler, M., *Las tres edades de la medicina y la relación médico-paciente*, Barcelona, Cuadernos de la Fundación Víctor Grifols i Lucas 26, 2011, pp. 13-17.
- Siles González, J., *El proceso de institucionalización de la enfermería en España*, Madrid, Síntesis, 1996, pp. 227-240.
- Simón Lorda, P., "Sobre Bioética Clínica y Deontología médica". *Cuadernos de Bioética* 3/12 (1992), pp. 34-37.
- Souto Paz, J.A., *Comunidad política y libertad de creencias. Introducción a las libertades públicas en el derecho comparado*, Madrid, Marcial Pons, 2007, pp.13-28,139-173.
- Sulmasy, D. P., "Conscience, tolerance, and pluralism in health care" *Theoretical Medicine and Bioethics* 40 (2019), pp. 507-521.

Terriba i Sala, N., "Objeción de conciencia del profesional y derechos del paciente", FMC 17/10(2010), pp. 664-670.

Triviño Caballero, R., *El peso de la conciencia. La objeción en el ejercicio de las profesiones sanitarias*, Consejo Superior de Investigaciones Científicas, Madrid, 2014, pp. 58-89158-186, 225-279

Tronto, J.C., *Caring democracy: markets, equality, and justice*, New York, New York University Press, 2013, pp. 4,9.

Vargas Celis, I., Concha Méndez, C.A., "Angustia moral, señal de problemas éticos en la práctica de enfermería oncológica", *Dialnet Plus* 19/1 (2019), pp. 1-16.

Vigarello, G., *Lo sano y lo malsano*, Madrid, Abada editores, 2006, p. 254.

Weber, M., *Ensayos sobre sociología de la religión* (1920), Traducción de José Almaraz y Julio Carabaña, I. Madrid, Taurus 1998, pp. 67-87.

Wicclair, M. R., "Is conscientious objection incompatible with a physician's professional obligations?", *Theor Med Bioeth* 29 (2008), pp. 171-185.

Wicclair, M. R., "Positive claims of conscience and objections to immigration law", *Virtual Mentor. American Medical Association Journal of Ethics* 15/3 (2013), pp. 16-25.

Wicclair, M. R., "Preventing conscientious objection in medicine from running amok: a defense of reasonable accommodation", *Theoretical Medicine and Bioethics* 40 (2019), pp. 539-564.

2. NORMATIVA

2.1 Legislación (España)

Ley 2 / 1974, de 13 de febrero, sobre Colegios Profesionales (publicado en "BOE" núm. 40, de 15 / 02 / 1974. Referencia: BOE-A-1974-289).

Ley 35 / 1988, de 22 de noviembre, sobre Técnicas de Reproducción Asistida (publicado en "BOE" núm. 282, de 24/11/1988 .Referencia: BOE-A-1988-27108).

Ley 44 / 2003, de 21 de noviembre, de ordenación de las profesiones sanitarias (publicado en "BOE" núm. 280, de 22 / 11 / 2003. Referencia: BOE-A-2003-21340).

Ley 14 / 2006, de 26 de mayo, sobre Técnicas de Reproducción Humana Asistida (publicado en "BOE", núm. 126, de 27 / 05 / 2006. Referencia: BOE-A-2006-9292).

Ley Orgánica 2 / 2010, de 3 de marzo, de salud sexual y reproductiva y de la interrupción voluntaria del embarazo (publicado en "BOE" núm. 55, de 04 / 03 / 2010. Referencia: BOE-A-2010-3514).

Ley Orgánica 3 / 2021, de 24 de marzo, de regulación de la eutanasia (publicado en "BOE" núm. 72, de 25 / 03 / 2021. Referencia: BOE-A-2021-4628).

2.2 Jurisprudencia constitucional (España)

STC 15 / 1982 de 23 de abril. "BOE" núm. 118, de 18 de mayo de 1982, pp. 4 a 7. Referencia: BOE-T-1982-11457.

STC 53 / 1985 de 11 abril. "BOE" núm. 119, de 18 de mayo de 1985, pp. 10 a 25. Referencia: BOE-T-1985-9096.

STC 160 / 1987 de 27 de octubre."BOE" núm. 271, de 12 de noviembre de 1987, pp. 21 a 34. Referencia: BOE-T-1987-25336.

STC 161 / 1987, de 27 de octubre."BOE" núm. 271, de 12 de noviembre de 1987, pp. 34 a 38. Referencia: BOE-T-1987-25337.

STC 219 / 1989, de 21 de diciembre."BOE" núm. 10, de 11 de enero de 1990, pp. 73-76. Referencia: BOE-T-1990-629.

STC 151 / 2014, de 25 de septiembre."BOE" núm. 261, de 28 de octubre de 2014, pp. 103 a 124. Referencia: BOE-A-2014-11020.

STC 145 / 2015 de 25 de junio, "BOE" núm. 182, de 31 de julio de 2015, pp. 66654 a 66681. Referencia: BOE-A-2015-8639.

2.3 Normativa internacional

Declaración de Independencia de los Estados Unidos de América, de 4 de Julio de 1776, aprobada por el Congreso de los Estados Unidos. Disponible en <https://archivos.juridicas.unam.mx/www/bjv/libros/6/2698/22.pdf> (última visita, 9 de septiembre de 2022).

Declaración de los Derechos del Hombre y del Ciudadano, proclamada por la Asamblea Nacional en 1789. Disponible en [Justicia / Textos y reformas / Declaración de los Derechos del Hombre y del Ciudadano de 1789 \(justice.gouv.fr\)](https://www.justice.gouv.fr/Justicia/Textos_y_reformas/Declaracion_de_los_Derechos_del_Hombre_y_del_Ciudadano_de_1789) (última visita, 9 de septiembre de 2022).

Declaración Universal de Derechos Humanos, Declaración Universal de Derechos Humanos, adoptada y proclamada por la Asamblea General en su Resolución 217 A (III), de 10 de diciembre de 1948. Disponible en https://www.ohchr.org/sites/default/files/UDHR/Documents/UDHR_Translations/spn.pdf (última visita, 9 de septiembre de 2022).

Pacto internacional de Derechos Civiles y Políticos, proclamado en Nueva York el 19 de diciembre de 1966. Disponible en <https://www.ohchr.org/es/instruments-mechanisms/instruments/international-covenant-civil-and-political-rights> (última visita, 9 de septiembre de 2022).

2.3 Normativa deontológica

Consejo General de Enfermería. Código Deontológico de Enfermería. Consejo General de Enfermería, julio 1989. Disponible en <http://www.ee.lafe.san.gva.es/pdfs/codigodeontologicoesp.pdf> (última visita 9 de septiembre de 2022).

Organización Médica Colegial. Código de Deontología Médica. Comisión central de deontología, octubre 2018. Disponible en <https://commurcia.es/data/consejos/68.pdf> (última visita 9 de septiembre de 2022).

