

AUTONOMÍA, CONSENTIMIENTO, OBJECCIÓN DE CONCIENCIA

1. LA AUTONOMÍA DESDE LA PERSPECTIVA DEL CUIDADO

El contexto para realizar una buena práctica en el ámbito de la salud viene definido, en gran medida, por el reconocimiento de la autonomía de las personas afectadas. Ahora bien, es necesario tener en cuenta que el respeto a la autonomía va mucho más allá que la obtención del consentimiento, aunque ello sea imprescindible, porque la persona enferma atraviesa con situaciones de fragilidad y vulnerabilidad, y en muchas ocasiones no puede actuar autónomamente. Necesita saber cómo hacerlo para entender lo que le pasa o le puede pasar, para reorganizar su situación de algún modo y estar en condiciones adecuadas para decidir libremente sobre su vida y su salud.

Todo eso quiere decir que debemos de profundizar en el significado de la autonomía y relacionarlo con el de cuidado, de tal manera que este sea un medio para ayudar a defender, mantener y restablecer la máxima autonomía de la persona en aquellas situaciones donde no puede hacerlo por sí misma.

La autonomía es la capacidad de las personas para conducir su vida siguiendo su esquema de valores y de creencias. Es la capacidad de disponer de sí mismo y de autodeterminarse a actuar de una determinada manera. Eso conlleva no estar sometidos a ningún tipo de coacción. Sin embargo, los seres humanos no nacen autónomos, aprenden a serlo a lo largo de la vida, aunque a veces pasen por situaciones que dificulten esa capacidad como sucede en la enfermedad o en el proceso final de la vida, por ejemplo.

Por eso respetar la autonomía es una cuestión ética, estrechamente relacionada con la práctica sanitaria, porque en la tarea de cuidar se incluye la ayuda a las personas para que sean libres en medio de una situación frágil y vulnerable. Autores como F. Nightingale, M. Mayeroff, F. Kerouac, y V. Henderson, entre otros, han puesto de relieve la interacción entre cuidado y autonomía.

En resumidas cuentas, y recordando lo expuesto en “El arte de cuidar”, respetar la autonomía es poner en práctica la actitud de: 1º) dejar que el otro sea, 2º) dejar que él sea él mismo, 3º) dejar que sea lo que está llamado a ser y, también, 4º) procurar por el otro en el sentido de ser-por y estar-por el otro.

Y, sobre todas esas cosas, no cabe duda de que los propios sanitarios/as van descubriendo en su propia experiencia profesional cómo la tarea de cuidar es un agente muy potente para generar autonomía, y cómo el cuidar no es un elemento neutro que se pueda realizar de cualquier manera, tratando a las personas enfermas

como niños incapaces de decidir por sí mismos, por ejemplo. Al contrario, cuidar es trabajar desde el respeto por la persona y por su manera de entender la vida.

La autonomía ha sido una conquista estrechamente vinculada con la libertad y los derechos humanos. Ahora bien, hay que dejar constancia de una cierta "borrachera de autonomía" en la cultura occidental, como se ha dicho, que hace triunfar casi como único modelo de vida la independencia individual por encima de todo.

Se deja así en el olvido el hecho cotidiano de la dependencia a lo largo de todas las fases de la vida. La dependencia se ve hoy como un contravalor ante la cultura reinante y, sin embargo, puede transformarse en valor moral sólo a condición de comprendernos como seres próximos, recíprocos y, a veces, hasta "prójimos", pero siempre co-existentes, co-responsables. Es una pena que la dependencia se haya convertido casi exclusivamente en una subvención.

Para más información, véase *Autonomía* en [Enciclopedia de Bioderecho y Bioética](#).

2. EL CONSENTIMIENTO INFORMADO

La autonomía ha llegado a ser uno de los principios relevantes de la bioética. Su primera y quizá más importante concreción es el consentimiento informado (en adelante CI). Se trata de una regla que concreta el principio de autonomía en un determinado campo de acción, en este caso el de las intervenciones sanitarias. Se hace aún más concreta en función de las circunstancias como sucede, por ejemplo, en caso de intervenciones quirúrgicas o de procedimientos diagnósticos y terapéuticos, que suponen riesgos de notoria y previsible repercusión sobre la salud del paciente.

En España disponemos de un texto legal de primera importancia sobre la materia: la [Ley 41.2002 básica reguladora de la autonomía del paciente y de derechos y obligaciones en materia de información y documentación clínica](#).

2.1. Algunas definiciones

«(El CI es) la conformidad libre, voluntaria y consciente de un paciente, manifestada en el pleno uso de sus facultades después de recibir la información adecuada, para que tenga lugar una actuación que afecta a su salud» (art.3).

«... manifestación de la voluntad libre y consciente válidamente emitida por una persona capaz, o por su representante autorizado, precedida de la información adecuada» (art.3, f).

2.2. Un derecho de los pacientes

- *«Los pacientes tienen derecho a conocer, con motivo de cualquier actuación en el ámbito de la salud, toda la información disponible sobre la misma, salvando los supuestos exceptuados por la Ley. Además, toda persona tiene derecho a que se respete su voluntad de no ser informada. La información, que como regla general se proporcionará verbalmente dejando constancia en la Historia Clínica, comprende, como mínimo, la finalidad y la naturaleza de cada intervención, sus riesgos y sus consecuencias».*
- *«La información clínica forma parte de todas las actuaciones asistenciales, será verdadera, se comunicará al paciente de forma comprensible y adecuada a sus necesidades y le ayudará a tomar decisiones de acuerdo con su propia y libre voluntad».*
- *«El médico responsable del paciente le garantiza el cumplimiento de su derecho a la información. Los profesionales que le atiendan durante el proceso asistencial... también serán responsables del informarle».*

([Ley 41.2002 básica reguladora de la autonomía del paciente](#)... art.4.1-2)

2.3. Un deber específico de los profesionales sanitarios

«Los profesionales tienen el deber de respetar la personalidad, dignidad e intimidad de las personas a su cuidado y deben respetar la participación de los mismos en las tomas de decisiones que les afecten. En todo caso, deben ofrecer una información suficiente y adecuada para que aquéllos puedan ejercer su derecho al consentimiento sobre dichas decisiones» ([Ley 41.2002 básica reguladora de la autonomía](#)..., art.5, 1, c).

2.4. Características principales

- *«Toda actuación en el ámbito de la salud de un paciente necesita el consentimiento libre y voluntario del afectado, una vez que, recibida la información..., haya valorado las opciones propias del caso».*
- *«El consentimiento será verbal por regla general. Sin embargo, se prestará por escrito en los casos siguientes: intervención quirúrgica, procedimientos diagnósticos y terapéuticos invasores y, en general, aplicación de procedimientos que suponen riesgos o inconvenientes de notoria y previsible repercusión negativa sobre la salud del paciente».*
- *«El consentimiento escrito del paciente será necesario para cada una de las actuaciones especificadas del punto anterior..., dejando a salvo la posibilidad de incorporar anejos y otros datos de carácter general, y tendrá información suficiente sobre el procedimiento de aplicación y sobre sus riesgos».*

- *«El paciente puede revocar libremente por escrito su consentimiento en cualquier momento».*
- *«El médico responsable deberá ponderar en cada caso que cuanto más dudoso sea el resultado de una intervención más necesario resulta el previo consentimiento por escrito del paciente».*

[Ley 41.2002 básica reguladora de la autonomía del paciente](#)...Art.8,1-5.

2.5. Condiciones de la información y del CI

«El facultativo proporcionará al paciente, antes de recabar su consentimiento escrito, la información básica siguiente:

- *Las consecuencias relevantes o de importancia que la intervención origina con seguridad.*
- *Los riesgos relacionados con las circunstancias personales o profesionales del paciente.*
- *Los riesgos probables en condiciones normales, conforme a la experiencia y al estado de la ciencia o directamente relacionados con el tipo de intervención.*
- *Las contraindicaciones.»*

[Ley 41.2002 básica reguladora de la autonomía del paciente](#)... Art.10,1-2

No es éste el lugar más apropiado para continuar la exposición del CI. Para ver otros aspectos de interés como el consentimiento por representación y los límites del CI, por ejemplo, véanse los artículos 10,1-2 y 9, 3 de la citada [Ley 41/2002](#).

2.6. El proceso del CI

El CI requiere una serie de aptitudes y de actitudes por parte de los profesionales sanitarios afectados, que es necesario recordar y, sobre todo, poner en práctica.

A) Algunos elementos básicos

- Es un proceso continuo, dialógico, comunicativo, deliberativo y prudencial, que en ocasiones requiere apoyo escrito y que tiene que ser registrado de manera adecuada.
- Es un proceso libre y, por ello, voluntario, que no debe ser coaccionado ni manipulado y cuyo cauce más adecuado es la veracidad y la prudencia.
- Información suficiente: explicar al paciente la naturaleza y objetivos del procedimiento, sus beneficios, riesgos y efectos secundarios posibles, y las opciones que existen, con sus respectivos beneficios y riesgos (art.4.1).

- Información comprensible: adaptada a las peculiaridades socioculturales del paciente y con un lenguaje comprensible, sin tecnicismos inútiles (art.4.2).
- Capacidad por parte del paciente para comprender la información, evaluarla, hacer preguntas al respecto y comunicar su decisión.
- Finalmente, tras este proceso deliberativo, el paciente toma una decisión que es de aceptación o rechazo de las medidas propuestas

B) Sugerencias para mejorar el proceso del CI

Las necesidades de cada enfermo conforman la cantidad, el ritmo, los límites y el modo de informar, que no es un acto puntual sino un proceso evolutivo.

1. El enfermo necesita integrar la información en su mundo personal, frágil e inestable, lo que implica temor o miedo a destruirlo.
2. De ahí que el hecho de informar sea conveniente verlo como una especie de intromisión en la intimidad de cada enfermo; por eso es imprescindible adoptar siempre prudencia, cautela y delicadeza.
3. La mentira es un mal camino, habitualmente dañino e irreversible.
4. La necesidad de conocer la verdad no es igual en todos los individuos. Hay barreras contra la lucidez que nadie tiene derecho a destruir: por eso “arrojar la verdad a la cara” puede ser tan cruel y brutal como decir una mentira.
5. El deber primario en la información es el respeto a cada persona tal como es y se materializa en sus necesidades individuales.
6. Para conocer las necesidades del enfermo es necesario: a) informarse antes de informar; b) emprender un diálogo dirigido a descubrir lo que hay, antes que introducir o imponer información.
7. Dar al enfermo la sensación de que nuestro conocimiento está a su disposición y de que tendrá ocasiones para plantear preguntas.
8. El enfermo debe poder escoger el ritmo y el límite de sus descubrimientos, y el médico (o la enfermera/o) debe acompañarle adaptando la cantidad y la forma de la información huyendo de respuestas rápidas y estandarizadas y sabiendo que las ilusiones y los temores también forman parte de la realidad.
9. Para un buen proceso de información hace falta espacio digno y tiempo suficiente, que siempre serán poco reivindicados ante la administración.
10. En el equipo asistencial debe asumir que sólo le corresponde a un determinado facultativo (el responsable del enfermo) dirigir el proceso de información a su paciente.
11. El personal de enfermería debe conocer y participar en la gradación del proceso informativo y no limitarse a obtener la firma del documento.
12. La familia acostumbra a reclamar el consentimiento informado, negándosele al enfermo e intentando sustituirle ejerciendo un paternalismo puro y duro.

13. Es necesario hacerle ver a la familia que 1º) el titular del derecho a la información es el propio enfermo, y 2º) el sujeto principal del proceso informativo es el propio enfermo.
14. Cuanto más compruebe la familia el grado de confianza del médico con el enfermo, también se mitigará más su actitud paternalista.
15. Por eso el médico debe prever y tratar también la angustia, la sensación de culpabilidad y el miedo que experimenta la propia familia.
16. El consentimiento informado (escrito o no escrito) nunca debe ser una mera formalidad, sino una evidencia de la calidad asistencial y una ocasión para mejorarlo.
17. Implantarlo por simple necesidad legal, sin reflexionar sobre su proceso, es un paso más hacia la medicina defensiva en la que, además de no contar para nada el paciente, nunca debería incurrir el profesional sanitario.
18. Por último, en el proceso de información conviene no olvidar nunca que “sobre lo que no se puede hablar, más vale callar o guardar silencio”.

En conclusión, los profesionales sanitarios no pueden reducir el CI a evaluar la competencia del enfermo, como si fuesen jueces de la libertad ajena, ni a considerarlo sólo como una mera formalidad para obtener un “sí” y una firma. El saber y la experiencia de la enfermera/o, en este caso, se suma al proceso de ayudar al enfermo a saber y a manejar su propia vida en el trance de la enfermedad. Conviene recordar que el objetivo primordial no son las enfermedades ni los trabajadores sanitarios... sino las personas que tienen derecho a ser informadas para decidir sobre su vida y su salud. El objetivo debería ser mantener, incrementar y, si fuera posible, mejorar el nivel de competencia y autonomía de la persona enferma.

Más información en *Consentimiento*: [Enciclopedia de Bioderecho y Bioética](#).

3. INTIMIDAD Y CONFIDENCIALIDAD

El artículo 7 de la citada [Ley 41.2002 básica reguladora de la autonomía del paciente](#) ha establecido que *«toda persona tiene derecho a que se respete el carácter confidencial de los datos referentes a su salud, y a que nadie pueda acceder a ellos sin previa autorización amparada por la Ley»*.

En realidad, esta disposición legal ya está presente en el [Juramento de Hipócrates](#) donde se obliga a guardar secreto no sólo sobre los aspectos clínicos, sino sobre todo aquello que pertenece al ámbito privado de la vida del enfermo. Después de Hipócrates lo han repetido incesantemente todos los Códigos Internacionales y los Códigos Deontológicos de las profesiones sanitarias. El paso del tiempo ha confirmado que estamos ante un derecho relacionado con la dignidad de la persona humana.

3.1. Conceptos básicos de referencia

Tomamos como punto de partida el hecho ampliamente reconocido de que el término dignidad condensa el valor intrínseco de cada ser humano como persona, su primacía axiológica y el respeto incondicional que merece siempre. A partir de ahí es necesario recordar que la identidad de la persona se podría definir como la imagen que uno tiene de sí mismo, según la cual cada individuo siente que existe como alguien diferente de otro, es decir, uno, único, insustituible e irrepetible.

Esa identidad se compone, al menos de los siguientes elementos: 1) el cuerpo como factor de identificación; 2) el cuerpo como base de las funciones mentales; 3) el aspecto exterior del cuerpo y su lenguaje verbal y no verbal; 4) la expresión física de la vida psicológica, espiritual, emocional y afectiva; 5) la vida interior y el sentido de la trascendencia; 6) la salud y la experiencia de la enfermedad; 7) los bienes que se poseen, o no, y sus consecuencias; y 8) las decisiones tomadas libremente y que configuran la identidad de la persona, es decir, la autonomía personal.

En consecuencia, la intimidad es el derecho a estar protegido en todo aquello que uno considera parte de la propia identidad, o sea, todo lo que cada persona reconoce en sí misma y la distingue o hace diferente de los demás, a saber: el derecho a estar solos y a guardar el control de la información sobre nosotros mismos. La intimidad tiene un campo de expresión donde se desarrolla la personalidad de cada uno y al que pertenecen cuatro conceptos progresivamente interdependientes:

- *Vida privada*: es el espacio al que los otros no tienen acceso ni físicamente (con sus cuerpos, ni instrumentalmente (prismáticos, cámaras, teleobjetivos...) sin autorización de la persona afectada.
- La *privacidad*: es el derecho a ser respetado, como persona, al menos en una parcela de la vida y a controlar, personalmente, la información sobre todo lo que la concierne. En otras palabras, es lo que garantiza la guarda o custodia de la vida privada.
- La *confidencialidad*: es el deber u obligación moral correlativo a los derechos de intimidad y privacidad y, por tanto, el deber de no divulgar lo que pertenece a la intimidad y a la privacidad de la vida de una persona.
- El *secreto profesional*: es la expresión en la que se ha condensado, desde tiempos remotos, el deber o la exigencia moral de la confidencialidad, así como la responsabilidad profesional correspondiente. Ha adquirido una importancia especial en las tres grandes profesiones reconocidas por unanimidad: el sacerdocio, la jurisprudencia y la medicina.
- El *secreto compartido*: se refiere a los profesionales estrictamente implicados en el caso de un determinado enfermo. Son los llamados “confidentes necesarios” que quedan obligados a guardar secreto.

Se consideran íntimas no sólo las creencias y valores que una persona tiene, sino también todo lo relacionado con su vida privada y su cuerpo. Hay, pues, una intimidad psicológica y una intimidad corporal, directamente relacionadas con el ejercicio sanitario. Hay entre ambas un estrecho vínculo tan difícil de definir como de separar. Aquí adquieren toda su importancia los deberes de confidencialidad, secreto profesional y secreto compartido.

Conviene saber, también, que la confidencialidad atañe a información considerada sensible y, por esto, exige un especial rigor en su cumplimiento, pero este deber no es absoluto y admite excepciones que es necesario argumentar debidamente en su caso. A ese respecto, los tres grandes supuestos en los que se plantean las excepciones son: 1º) por evitar un daño a otras personas; 2º) por evitar un daño a la propia persona; y 3º) por imperativo legal.

3.2. Criterios de actuación moral

La Comisión de Bioética de Castilla y León ha publicado en septiembre de 2012 una [Guía de confidencialidad](#) de la que hemos extraído lo que sigue a continuación:

3.2.1. Garantías para proteger la intimidad del cuerpo del enfermo

A) Cuidar y respetar el espacio físico donde se atiende a los pacientes

Se deben establecer mecanismos de separación que permitan la privacidad en los lugares de atención, como, por ejemplo, utilizar biombo o cortinas de separación en habitaciones compartidas por más de un paciente, así como en consultas para separar la zona de exploración y la de consulta.

Asimismo, las puertas de los lugares en que se estén realizando exploraciones se mantendrán cerradas y los profesionales llamarán a las puertas tanto de consultas como de habitaciones de pacientes para advertir de su presencia.

B) Poner cuidado en las visitas de los profesionales

Deben extremarse las medidas para respetar el pudor o recato de cada persona cuando se realiza la higiene, los cuidados o las exploraciones. Así, siempre deberá explicarse al paciente lo que se le va a hacer en cada momento y si para ello es preciso descubrir una parte del cuerpo, en cuyo caso sólo deberá desnudarse al paciente la parte que sea estrictamente necesaria para ello.

En el caso de visitas o exploraciones a pacientes en presencia de profesionales, estudiantes, investigadores u otras personas que no colaboren directamente en la asistencia, debe procurarse que su número sea razonable e informar al paciente de

quiénes son esas personas, debiendo reducirse su presencia si lo solicita el paciente, de tal forma que las necesidades formativas sean compatibles con las preferencias personales del paciente.

C) El vestido y el traslado de los pacientes

Se deberá velar por que el vestido de los pacientes ingresados, que en ocasiones son camisones abiertos y sin posibilidad de abrochar. Facilitar las actuaciones sanitarias no debe menoscabar la dignidad de los pacientes. También se debe garantizar el respeto a la intimidad del paciente en su traslado por los pasillos del centro.

3.2.2. Garantías para proteger la confidencialidad de los datos informatizados

La informática es un medio de excelente valor y de extraordinario futuro en el campo de la práctica sanitaria, pero representa también un reto a la confidencialidad especialmente ante el diagnóstico y el tratamiento, la prevención generalizada de ciertas enfermedades, y el diagnóstico de enfermedades genéticas.

A este respecto, hace años que diversas instituciones vienen trabajando y publicando normativa sobre los procedimientos utilizados. La Organización Médica Colegial de España ha hecho públicos los principios en los que debe apoyarse la [Política del Sistema de Gestión de la Privacidad](#) del Consejo General de Colegios Oficiales de Médicos de España, basándose en las normas europeas y nacionales recientes:

1. Hacer de la privacidad un objetivo básico de la Organización, implicando para ello a todo el personal, comprometido con el éxito de esta.
2. Adquirir un compromiso sincero y, para ello, publicar la Política del Sistema de Gestión de Privacidad y comprometerse a ponerla a disposición de cualquier persona interesada.
3. Tratar los datos personales de forma lícita, leal y transparente, identificando de forma clara y concreta la finalidad para la que se han obtenido.
4. Recoger los datos personales con fines determinados, explícitos y legítimos y no tratarlos, ulteriormente, de manera incompatible con dichos fines.
5. Recabar y tratar, únicamente, los datos de carácter personal adecuados, pertinentes y limitados a lo necesario en relación con los fines para los que son obtenidos.
6. Conservar siempre los datos personales exactos y actualizados, adoptando para ello todas las medidas razonables para que se supriman o rectifiquen sin dilación cuando sean inexactos en relación con los fines para los que se tratan.
7. Poner a disposición de los interesados sistemas de actualización de sus datos personales.

8. No conservar la información que identifica a los interesados, una vez transcurrido el tiempo necesario para la consecución de los fines del tratamiento de los datos personales.
9. Tratar los datos de carácter personal de forma que se garantice su seguridad, incluida la protección contra el tratamiento no autorizado o ilícito y contra su pérdida, destrucción o daño accidental, mediante la aplicación de medidas técnicas u organizativas apropiadas.
10. Solicitar el consentimiento del interesado siempre que sea necesario para el tratamiento de sus datos de carácter personal.
11. Tratar los datos sensibles con categorías especiales.
12. Evaluar de forma sistemática la eficacia de las medidas adoptadas para garantizar la seguridad, de manera que la gestión de la privacidad esté apoyada y basada en datos objetivos a fin de lograr una mejora continua.
13. Disminuir y eliminar los riesgos derivados de la actividad, mediante un sistema de identificación y evaluación.
14. Concebir la información y formación continuada como la base para que todo el personal de la Organización implicado en el tratamiento de los datos personales se involucre en la protección de la privacidad de los interesados y la conciba como un derecho fundamental.
15. Garantizar el ejercicio de los derechos en materia de protección de datos de carácter personal, asegurando una respuesta en tiempo y forma.

Para más información, véase *Intimidación* en [Enciclopedia de Bioderecho y Bioética](#); *Confidencialidad*, en [Ibid.](#), y *Secreto profesional*, en [Ibid.](#)

4. ATENCIÓN SANITARIA Y OBJECCIÓN DE CONCIENCIA

Este capítulo tiene como objetivo hacer algunas reflexiones acerca de un tema de actualidad, como es el de la situación que atraviesan en nuestro país los llamados inmigrantes “sin papeles” a quienes el Ministerio de Sanidad les niega la atención sanitaria en determinadas circunstancias. La situación ha suscitado un vivo debate acerca de la conveniencia o no de practicar la objeción de conciencia por parte de algunos sectores de la sanidad pública española.

4.1. Estado de la cuestión

[Real Decreto-Ley 16.2012 de medidas urgentes para garantizar la sostenibilidad del Sistema Nacional de Salud y mejorar la calidad y seguridad de sus prestaciones:](#)

«Asistencia sanitaria en situaciones especiales. Los extranjeros no registrados ni autorizados como residentes en España recibirán asistencia sanitaria en las siguientes modalidades:

- *De urgencia por enfermedad grave o accidente, cualquiera que sea su causa, hasta la situación de alta médica.*
- *De asistencia al embarazo, parto y postparto.*

En todo caso, los extranjeros menores de dieciocho años recibirán asistencia sanitaria en las mismas condiciones que los españoles».

Tal modificación legislativa supone que los inmigrantes no regularizados ya han dejado de ser beneficiarios de la tarjeta sanitaria a partir del 1 de septiembre de 2012 pudiendo beneficiarse de la asistencia sanitaria solamente en caso de enfermedad grave o accidente, en las embarazadas y los menores de 18.

Esta exclusión de los inmigrantes no regularizados al acceso a la asistencia sanitaria cambia drásticamente respecto a lo establecido en la [Ley Orgánica 4.2000 sobre derechos y libertades de los extranjeros en España y su integración social](#), que reconocía el derecho a la asistencia sanitaria a los extranjeros (sin diferenciar su situación legal) que se encontraban en España inscritos en el padrón del municipio en el que residían habitualmente, y en donde habían recibido la tarjeta sanitaria solidaria en el caso de aquellos inmigrantes irregulares que carecían de recursos económicos suficientes y tenían dificultades para empadronarse.

Para los inmigrantes no regularizados que se quedan sin derecho a la asistencia sanitaria pública y gratuita, el Ministerio de Sanidad ha informado que se pondrá en marcha un mecanismo por parte de las Comunidades Autónomas consistente en obligar a los que quieran continuar con asistencia sanitaria pública a contratar una especie de seguro sanitario con las Administraciones autonómicas (con un coste de unos 700 euros al año por persona para los menores de 65 años y de unos 1.800 euros para los mayores de 65 años).

Para los extranjeros sin permiso de residencia que padecen enfermedades crónicas, el Ministerio de Sanidad ha anunciado que garantizará la continuidad de la atención a estos enfermos, pero informa que pasará la factura a sus respectivos países de origen.

Por último, hay que distinguir la situación que se genera respecto de los inmigrantes irregulares, que hasta el 31 de agosto de 2012 disfrutaban del derecho a la protección sanitaria, respecto de los inmigrantes no regularizados que puedan llegar a España a partir del 1 de septiembre de 2012. Éstos últimos ya sabemos que deben acogerse a lo establecido en los supuestos del artículo 3 ter del citado Real Decreto-Ley, es decir, sólo recibirán atención sanitaria los casos de urgencia, enfermedad grave o accidente, las embarazadas y los menores de 18 años.

Pero aquellos que ya disfrutaban del derecho a la protección sanitaria, dejarán de percibirla ipso facto (salvo que se encuentren en alguno de los supuestos anteriores o encuentren alguna cobertura económica de las mencionadas anteriormente) y, por

tanto, no podrán recibir la atención sanitaria continuada que se presta habitualmente en los centros sanitarios.

La medida legal parece estar generando dudas y dificultades dado que:

- Puede generar importantes problemas de salud pública (riesgos de contagio de enfermedades infecciosas o de conductas agresivas en los casos de enfermedades mentales), y de saturación de los servicios de urgencias.
- Plantea serias dudas sobre el cumplimiento de diversos derechos humanos relacionados expresamente con la salud, la vida y la dignidad de las personas.
- Puede quebrar la relación de confianza entre sanitario-paciente. Suscita el debate sobre la licitud o ilicitud de la objeción de conciencia.

Se podrían traer aquí otros muchos testimonios nacionales e internacionales, cosa nada fácil por razones de tiempo y espacio. Pero, curiosamente, en la [Ley 55.2003 del Estatuto Marco del personal estatutario de los servicios de salud](#), se establece entre los deberes del personal estatutario de los servicios de salud, regulado en su artículo 19.i., los siguientes principios o deberes morales:

«Respetar la dignidad e intimidad personal de los usuarios de los servicios de salud, su libre disposición en las decisiones que le conciernen y el resto de los derechos que les reconocen las disposiciones aplicables, así como a no realizar discriminación alguna por motivos de nacimiento, raza, sexo, religión, opinión o cualquier otra circunstancia personal o social, incluyendo la condición en virtud de la cual los usuarios de los centros e instituciones sanitarias accedan a los mismos».

4.2. La objeción de conciencia en el ámbito sanitario

Ante la situación generada, que amenaza con mayores complicaciones, es probable que la parte más relacionada con la ética sea la objeción de conciencia. Para disponer de una voz autorizada vamos a reproducir algunos párrafos del Comité de Bioética de España que ha emitido recientemente su opinión en un documento titulado [La objeción de conciencia en sanidad CBE](#).

- La objeción de conciencia es una consecuencia del reconocimiento de la libertad ideológica o religiosa y del principio de tolerancia como valor característico de las sociedades plurales en las que coexiste una diversidad de códigos éticos. En las sociedades democráticas, los ciudadanos deben tener la posibilidad de disentir de las reglas generales legalmente establecidas si constituyen deberes inexcusables para el sujeto y éste no dispone de alternativas para el cumplimiento de este deber. En tal caso, puede reconocerse incluso que, en aras al respeto a la libertad de conciencia, se les exima del deber de actuar conforme a normas jurídicas de obligado

cumplimiento, incluidas las que establecen derechos de terceros a recibir determinadas prestaciones.

- Puesto que entendemos que objetar en conciencia es una forma de ejercer la libertad individual, la objeción sólo puede ser aceptada como un derecho del individuo y no un derecho colectivo. La conciencia pertenece a las personas físicas, no a entidades jurídicas ni a otros colectivos. A tal propósito conviene distinguir entre la objeción de conciencia y la desobediencia civil. Ambas son perfectamente legítimas en los estados de derecho, pero el sentido de una y otra son distintos.
- Con la objeción de conciencia, como su nombre indica, se expresa la voluntad de la persona de no adherirse a una norma por motivos de conciencia, reclamando que el Derecho le exima de ese deber y no le sancione por ello. La desobediencia civil, por su parte, puede ser individual o colectiva, pero es siempre un acto explícito y público de incumplimiento de una norma. Lo que se persigue con la desobediencia civil es que la ley en cuestión desaparezca o sea modificada. No se busca sólo el incumplimiento individual, sino la incidencia en la opinión pública y la presión sobre ella. El móvil de la desobediencia civil suele ser político, en tanto que el de la objeción es moral, religioso o científico. El desobediente incurre en una falta por la que puede ser penalizado, mientras que al objetor se le acepta excepcionalmente que no se someta a la norma, por razones morales, sin que ello suponga discriminaciones de ningún tipo.

La lectura de los párrafos anteriores permite hacer las siguientes conclusiones:

- La objeción de conciencia es una forma de ejercer la libertad individual y consiste en la voluntad expresa de la persona de no adherirse a una norma por motivos de conciencia, reclamando que el Derecho le exima de ese deber y no le sancione por ello.
- La objeción de conciencia, que sólo corresponde hacerla a la persona individual, tiene que estar debidamente argumentada. Sus motivos son exclusivamente morales, religiosos o científicos. Es una decisión libre, individual e intransferible.
- La objeción de conciencia es, en realidad, una excepción al cumplimiento de una norma legalmente establecida, y se justifica cuando hay razones para pensar que la aplicación de dicha norma atenta contra el respeto a la dignidad humana de la propia conciencia o a la dignidad de terceras personas directamente implicadas en la atención sanitaria.
- No se deberían confundir la objeción de conciencia y la desobediencia civil. Ambas son legítimas, pero de muy diverso sentido. La objeción de conciencia pertenece sólo a la persona individual, mientras que la desobediencia civil puede ser individual y colectiva. Lo que se persigue con la desobediencia civil es que la ley en cuestión desaparezca o sea modificada. No se busca sólo el

incumplimiento individual, sino la incidencia en la opinión pública y la presión sobre ella. El móvil de la desobediencia civil suele ser político, en tanto que el de la objeción es moral, religioso o científico. El desobediente incurre en una falta por la que puede ser penalizado, mientras que al objetor se le acepta excepcionalmente que no se someta a la norma, por razones morales, sin que ello suponga discriminaciones de ningún tipo.

4.3. Posiciones de Organismos Colegiados

Ante la cuestión, dilemática en este caso, de considerar la objeción de conciencia justificable o no, viable o inviable, se están produciendo posiciones diversas y hasta contradictorias en las organizaciones colegiadas.

La Organización Médica Colegial de España, por su parte, mantiene una postura más matizada, aunque no se decanta expresamente en ninguna dirección. En junio de 2012 ha puesto de manifiesto la repercusión que puede tener la norma sobre la continuidad de la asistencia sanitaria, así como la necesidad de garantizar la sostenibilidad económica del sistema sanitario y la importancia de salvaguardar el principio de equidad. Y, tras apuntar algunos aspectos negativos de la norma, expone un conjunto de consideraciones que finaliza haciendo la relación de una decena de artículos del [Código de Deontología Médica](#) que podrían verse comprometidos por la aplicación literal del citado Decreto-Ley. Algunos artículos pueden ser los siguientes:

Artículo 4.1: El médico está al servicio del ser humano y de la sociedad. Respetar la vida humana, la dignidad de la persona y el cuidado de la salud del individuo y de la comunidad son los deberes primordiales del médico.

Artículo 4.2: El médico debe atender con la misma diligencia y solicitud a todos los pacientes, sin discriminación alguna.

Artículo 4.3: La principal lealtad del médico es la que debe a su paciente y la salud de este debe anteponerse a cualquier otra conveniencia.

Conviene recordar que el artículo 34.1 del mencionado Código Deontológico define la objeción de conciencia en los siguientes términos:

«La objeción de conciencia es el derecho del médico a ser eximido del cumplimiento de los deberes constitucionales o legales por resultar dicho cumplimiento contrario a sus propias convicciones».

Más información en *Objeción de conciencia*: [Enciclopedia de Bioderecho y Bioética](#).