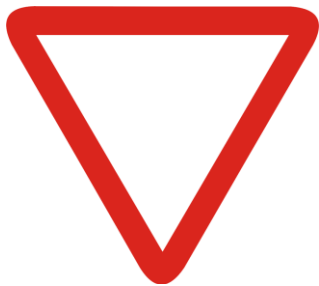

RECHAZO AL TRATAMIENTO:

CUESTIONES ÉTICAS,
DEONTOLÓGICAS
Y JURÍDICAS



Comisión de Bioética de Castilla y León

2013



**Junta de
Castilla y León**
Consejería de Sanidad



1. ¿Por qué esta Guía?

El reconocimiento y la protección de la diversidad en valores son fundamentales en una sociedad democrática, que ampara el derecho a la libertad de conciencia, esto es, el derecho que tiene cada persona a elegir y a mantener unas u otras convicciones, a expresarlas o a silenciarlas, a comportarse de acuerdo con ellas y a no ser obligada a comportarse en contradicción con ellas.

En este contexto, en los últimos tiempos la relación clínica ha experimentado cambios importantes, pasando de ser una relación paternalista, en la cual el profesional tomaba las decisiones que creía buenas para el paciente, pero sin contar con su opinión, a ser una relación en la que la voluntad del enfermo desempeña un papel fundamental en las decisiones que afectan a su vida y a su salud.

Cuando un enfermo rechaza en su totalidad o en parte el tratamiento propuesto, pudiendo estar en peligro su vida, surgen muchas preguntas sobre esa decisión y sobre el papel que tiene que desempeñar el profesional sanitario.

En esta Guía de actuación, dirigida a los profesionales sanitarios, la Comisión de Bioética de Castilla y León aborda el problema respondiendo a una serie de cuestiones prácticas referidas a aspectos éticos, deontológicos y jurídicos relacionados con el rechazo al tratamiento por parte del enfermo.

1

2. ¿Puede el enfermo *rechazar* un tratamiento?
3. ¿El profesional tiene que *respetar* la decisión del enfermo?
4. ¿*Qué hay que hacer* cuando el enfermo rechaza el tratamiento?
5. ¿Qué *actitudes* toman los profesionales ante el rechazo al tratamiento?
6. ¿Qué es la *objeción de conciencia*?
7. ¿Cómo es la objeción de conciencia ante el *rechazo* al tratamiento?
8. ¿Qué ocurre si el enfermo rechaza *solo una parte* del tratamiento?
9. ¿Hay que procurar salvar *siempre* la vida del enfermo?
10. ¿Quién decide *lo que es bueno* para el paciente?
11. ¿Puede darse una objeción de conciencia *colectiva*?
12. ¿El que se declara objetor, tiene que *dar explicaciones* de su decisión?
13. ¿Basta con *declararse* objetor para quedar exento del deber?
14. ¿Cuál es el papel de la *Administración*?
15. ¿La objeción de conciencia es un *derecho* fundamental y sin límites?





2. ¿Puede el enfermo *rechazar* un tratamiento?

Cualquier enfermo puede rechazar un tratamiento, en el ejercicio de su **libertad de conciencia** y de acuerdo con el **principio de autonomía**, por el cual tiene derecho a recibir información y a participar en la toma de decisiones que le afectan.

"Todo paciente o usuario tiene derecho a negarse al tratamiento, excepto en los casos determinados en la Ley. Su negativa al tratamiento constará por escrito." (Artículo 2.4 de la Ley 41/2002, básica reguladora de la autonomía del paciente y de derechos y obligaciones en materia de información y documentación clínica).

Excepcionalmente, se podrán *"llevar a cabo las intervenciones clínicas indispensables en favor de la salud del paciente, sin necesidad de contar con su consentimiento, en los siguientes casos:*

a) Cuando existe **riesgo para la salud pública** a causa de razones sanitarias establecidas por la Ley. En todo caso, una vez adoptadas las medidas pertinentes, de conformidad con lo establecido en la Ley Orgánica 3/1986, se comunicarán a la autoridad judicial en el plazo máximo de 24 horas siempre que dispongan el internamiento obligatorio de personas.

b) Cuando existe **riesgo inmediato grave** para la integridad física o psíquica del enfermo **y no es posible conseguir su autorización, consultando**, cuando las circunstancias lo permitan, a sus familiares o a las personas vinculadas de hecho a él". (Artículo 9.2 de la Ley 41/2002).

2

La decisión tiene que constar **por escrito** en el documento de Consentimiento Informado (que será en este caso de *rechazo* informado). Toda la teoría del Consentimiento Informado tiene sentido porque se basa en que el enfermo puede consentir o no, y en consecuencia *rechazar*, el procedimiento diagnóstico o terapéutico del que está siendo informado. También puede constar por escrito en el documento de Instrucciones Previas.

El rechazo se puede referir **tanto al tratamiento que se inicia como al que ya está siendo aplicado** y el enfermo decide que se retire. La importancia del rechazo es la misma tanto para no iniciar un tratamiento como para interrumpirlo o retirarlo, aunque lo segundo pueda resultar emocionalmente más difícil para algún profesional. En la retirada de tratamientos vitales, la muerte que puede sobrevenir es producida por la enfermedad de base, lo cual es claramente distinto de la eutanasia, en la que se provoca la muerte con una acción dirigida a conseguir ese fin.

El enfermo puede rechazar cualquier tratamiento, pero no puede exigir que se le practique cualquier procedimiento que no esté indicado o no se contemple en la cartera de servicios. Esta Guía trata solamente del rechazo al tratamiento.





3.¿El profesional tiene que *respetar* la decisión del enfermo?

No se debe actuar sobre alguien que no haya dado previamente su consentimiento. El profesional que indica un tratamiento puede discrepar de la negativa del enfermo a recibirlo pero **está obligado a respetar esa decisión**. El respeto de las decisiones autónomas de los enfermos no es opcional, no depende del criterio de cada profesional, sino que constituye un precepto ético, deontológico y jurídico que todos los profesionales deben cumplir (con las excepciones legales antes mencionadas).

Cualquier decisión clínica se tiene que basar en el respeto a la voluntad del paciente y no solo en la eficacia contra la enfermedad. **La *lex artis* o buena práctica profesional tiene un componente técnico y otro componente axiológico** por el cual se debe prestar especial atención a los valores y las convicciones del paciente, respetando su libertad de conciencia, su autonomía y el derecho que tiene a adoptar decisiones en relación con su vida y su salud, incluyendo el rechazo de tratamientos. *"Todo profesional que interviene en la actividad asistencial está obligado no sólo a la correcta prestación de sus técnicas, sino al cumplimiento de los deberes de información y de documentación clínica, y al respeto de las decisiones adoptadas libre y voluntariamente por el paciente."* (Artículo 2.6 de la Ley 41/2002).

El profesional no está obligado a aplicar un tratamiento si el enfermo competente lo ha rechazado, por muy indicado que esté y aunque corra peligro su vida. Respetar la decisión del enfermo que rechaza un tratamiento **no es punible ni sancionable legalmente, ni reprobable ética y deontológicamente**. No existe delito de denegación de auxilio ni de denegación de asistencia, porque el tratamiento se ha propuesto y ha sido rechazado. Tampoco se puede considerar que sea auxilio al suicidio por omisión, ya que la ley solo castiga el auxilio activo al suicidio.

El profesional nunca puede tratar de imponer sus convicciones personales al paciente. El Código de Deontología Médica, en su artículo 9.1, dice: *"El médico respetará las convicciones de sus pacientes y se abstendrá de imponerles las propias"*. Sin embargo, puede discrepar de la decisión tomada por el enfermo y es correcto que defienda la opción del tratamiento que ofrece, porque él cree que es la mejor; **puede intentar persuadir** al paciente de que acepte, explicándole, por ejemplo, las consecuencias previsibles de su negativa para otras personas, pero sin emplear nunca la manipulación ni la coacción.





¿Qué hay que hacer cuando el enfermo rechaza el tratamiento?

Siempre se tiene que analizar **el caso concreto** y es aconsejable **compartirlo** y deliberar con otros compañeros, en lugar y forma adecuados para ello.

1. En primer lugar hay que **revisar los aspectos técnicos** del caso, como la indicación del tratamiento que se propone y la probabilidad de que haya que aplicarlo, la gravedad del proceso, la existencia de tratamientos alternativos, la situación clínica y el estado general del paciente, etc.
2. La obligación del profesional consiste siempre en **dialogar con el enfermo informándole** adecuadamente de su situación clínica y de las consecuencias de la opción que toma, verificar que comprende la información y comprobar que en su decisión concurren las condiciones necesarias de capacidad y de libertad.

No hay que olvidar que el profesional médico es el responsable de **comprobar la capacidad legal** (edad, existencia de tutor, declaración de incapacidad por parte de un juez, etc.) y de **evaluar la competencia o capacidad de hecho** del enfermo para tomar una decisión tan trascendente. La decisión del enfermo normalmente deberá tener **coherencia con su trayectoria** personal y su proyecto de vida, con sus convicciones y con sus valores. En ocasiones la decisión podrá haber sido manifestada antes de que el enfermo haya perdido la capacidad (**Instrucciones Previas**, planificación anticipada de decisiones, expresión insistente y consistente a familiares o amigos), lo que, en su caso, y una vez corroborado, tendrá plena validez.

Además, se debe comprobar que el paciente decide en **libertad** y sin coacciones, y garantizarle la máxima **confidencialidad**, recordándole que podrá cambiar de opinión y revocar su decisión, si lo desea.

Deberá dejarse siempre constancia de estos hechos y decisiones en la historia clínica (como indica en el artículo 12 el Código de Deontología Médica), además del pertinente documento de Consentimiento (en este caso "rechazo") Informado.

En suma, tanto los **aspectos técnicos de la indicación** del tratamiento como el **proceso de decisión informada** tienen que cuidarse siempre de forma rigurosa.

Cuando se cumplen todas esas condiciones, hay que respetar la decisión del enfermo de rechazar el tratamiento. Solo si no se cumplen, **si el profesional cree que la decisión del enfermo no es una decisión autónoma, puede recurrir al juez.**





5. ¿Qué *actitudes* toman los profesionales ante el rechazo al tratamiento?

Los profesionales ante un rechazo al tratamiento pueden plantearse una de las siguientes actitudes:

1. **Aceptación activa de la decisión del enfermo**, después de revisar los aspectos técnicos y de realizar correctamente el proceso de decisión informada. Esta actitud es correcta.
2. **Aceptación pasiva** de la decisión del enfermo, sin someterla a ninguna crítica.

Al profesional no le importan los motivos de la decisión o piensa que no tiene que dialogar con el enfermo sobre esos asuntos (neutralidad axiológica). Esta es una actitud incorrecta porque el profesional tiene que atender también a los valores del enfermo y desarrollar adecuadamente el proceso de decisión informada, de acuerdo con la buena práctica clínica.

3. **Oposición frontal** a la decisión, que puede conducir a una de las siguientes acciones:

- 3.1. **Imposición** del tratamiento a la fuerza o mediante coacción o engaño.

En ningún caso se puede imponer un tratamiento que ha sido rechazado, inclusive alegando motivos de conciencia. Tampoco se puede aplicar el tratamiento una vez el enfermo haya perdido su capacidad (por ejemplo, esperar a que esté inconsciente).

- 3.2. **Abandono**, negativa a asistir al enfermo y desentendimiento. Tampoco es una actitud admisible en un profesional sanitario.

- 3.3. **Proponer alta voluntaria o dar alta forzosa**. Son formas intolerables de coacción o de castigo hacia el enfermo, cuando existen otras alternativas o se tienen que aplicar otras medidas, por ejemplo de tipo paliativo.

- 3.4. **Negativa a asistir a determinados colectivos** cuyos miembros rechazan un tipo de tratamiento (por ejemplo testigos de Jehová, que aceptan una intervención pero rechazan la transfusión de sangre). Eso sería discriminación por ideología religiosa, en el ejemplo citado.

4. **Declaración de objeción de conciencia**.

Siempre se puede consultar el caso al Comité de Ética Asistencial correspondiente.





6¿Qué es la *objeción de conciencia*?

La objeción de conciencia es **la negativa al cumplimiento de un deber jurídico de naturaleza personal por razones de conciencia.**

La conciencia de cada ser humano está formada por sus **convicciones y valores** personales y le obliga a obrar de acuerdo con ellos. El cumplimiento de ese deber moral puede dar lugar a la objeción de conciencia cuando entra en contradicción con un deber legal.

El rechazo de un paciente a un tratamiento, especialmente cuando puede estar en juego su vida, es decir, cuando lo que rechaza es un tratamiento vital, puede plantear un problema de conciencia al profesional encargado de su asistencia. La negativa a un tratamiento no vital, que además tiene otras alternativas, no presenta mayores problemas de conciencia.

En el primer caso entran en conflicto entre sí dos deberes del profesional: **el deber legal que obliga a respetar la decisión del enfermo de rechazo al tratamiento y el deber de conciencia de proteger la vida aplicando ese tratamiento.** Esta situación de conflicto entre deberes es también un conflicto entre valores (la voluntad autónoma del enfermo frente a la protección de la vida) y supone un problema ético para el profesional, que opta a veces por declararse objetor de conciencia.

Aunque en el caso de rechazo al tratamiento no existe la negativa del profesional a participar en una determinada acción, sí se da una **oposición por razones de conciencia a la obligación legal de aceptar la decisión del enfermo.** Obedecer el deber de conciencia antes que el deber legal: en eso consiste la objeción de conciencia.





7. ¿Cómo es la objeción de conciencia ante el *rechazo* al tratamiento?

La objeción de conciencia siempre es **excepcional**, también ante el rechazo al tratamiento, y solo puede adoptarse después de una revisión de los **aspectos técnicos** y de un proceso de **decisión informada** bien llevado.

El profesional se podrá declarar objetor de conciencia **para poder retirarse del caso**, pero nunca para imponer el tratamiento.

Tampoco cabe el abandono del enfermo; para poder ejercer la objeción, **tienen que existir alternativas**, de forma que, respetándose el rechazo a un tratamiento, el paciente reciba por parte de otros profesionales la asistencia necesaria, como puede ser un tratamiento paliativo, cirugía sin transfusión, etc.

- **No es verdadera objeción de conciencia la “objeción emocional”** del profesional que reconoce y acepta el derecho del enfermo a rechazar el tratamiento, pero se considera incapaz de seguir prestándole asistencia por la angustia que le produce una situación que quiere eludir. Se trata de un problema de tipo emocional, que se presenta ante la posibilidad de tener que vivir una experiencia límite e infrecuente para la que el profesional no se ha preparado y necesita reflexionar, con el fin de poder superar la angustia y madurar expectativas de comportamiento racional. Excepcionalmente, ese profesional se podrá llegar a retirar del caso, siempre que exista continuidad en la asistencia del enfermo por otro compañero.

El enfermo puede rechazar todo el tratamiento que propone el profesional o solo una parte, lo que, en algún caso, puede incrementar el riesgo. Eso ocurre, por ejemplo, cuando el paciente acepta un tratamiento quirúrgico pero se niega a recibir una transfusión de sangre (el caso paradigmático de un testigo de Jehová ante una intervención quirúrgica).





8. ¿Qué ocurre si el enfermo rechaza *solo una parte* del tratamiento?

Siempre hay que evaluar cada caso concreto, mejor de forma colegiada, revisando la indicación de la actuación, que viene dada por el **balance riesgo/beneficio**. De este balance dependerá que la actuación siga estando indicada a pesar de la limitación o que deje de estarlo. Siguiendo el ejemplo del testigo de Jehová, la actitud que el profesional deberá tomar depende de dos factores: la probabilidad de tener que transfundir (es decir, el riesgo) y la utilidad de la actuación quirúrgica (el beneficio).

- A. Si la necesidad de transfusión es **inevitable o casi segura**, el riesgo es tan alto que actuar con la limitación de no poner sangre pasa a estar contraindicado. La buena práctica consiste entonces en negarse a actuar, por lo que no cabe contemplar la objeción de conciencia.
- B. En el otro extremo, si la probabilidad de tener que transfundir es **muy remota**, entonces la indicación del procedimiento sigue en pie. Habría que actuar y la objeción de conciencia no se puede sostener.
- C. Las múltiples **situaciones intermedias** son las que pueden generar conflicto. Cuanto mayor sea el beneficio esperado y menor sea el riesgo (la probabilidad de transfusión), más clara se verá la indicación. Si se decide que el riesgo es asumible, el procedimiento sigue estando indicado y existe la obligación de actuar.

8

La norma obliga a aplicar un procedimiento indicado que el enfermo consiente; también obliga a respetar su rechazo al tratamiento.

- **Objeción de conciencia:** El profesional se niega a actuar con las limitaciones que pone el enfermo. Se niega a cumplir la norma para no ir en contra de sus convicciones y no está dispuesto a participar en el procedimiento bajo esas condiciones.
- **Objeción "emocional":** **No es** una verdadera objeción de conciencia la de quien admite que el procedimiento sí está indicado y tiene que aplicarse con las limitaciones que pone el enfermo, pero es incapaz de hacerlo debido a la angustia que le genera.
- **No es** una verdadera objeción de conciencia lo que comúnmente se llama **objeción de conciencia o "profesional"**: la de aquel que disiente de sus compañeros porque no cree que el riesgo sea asumible y por lo tanto no considera que el procedimiento esté indicado con esa limitación en ese caso concreto.

No obstante, en estos supuestos, el profesional podrá ser apartado del caso, siempre que ello no implique el abandono del enfermo.





9. ¿Hay que procurar salvar *siempre* la vida del enfermo?

La vida es un bien que hay que procurar defender y conservar, aunque no siempre ni a cualquier precio, porque no tiene un valor absoluto, sino un valor básico. Eso significa que la vida es una condición de posibilidad, es necesaria para poder respetar y proteger otros bienes, algunos de los cuales pueden ser más importantes (es decir, de más valor) incluso que la propia vida.

Sucede, por ejemplo, cuando se protege la vida de un hijo o de otra persona, aun a costa de perder la vida propia, o cuando se defiende hasta la muerte una creencia religiosa. Tal es el caso de los héroes o de los mártires. *Mutatis mutandis*, una persona puede llegar a rechazar un tratamiento aunque su vida corra peligro, motivada por una convicción religiosa o de otra índole.

El profesional no tiene que emplear siempre todos los medios disponibles para conservar la vida de los pacientes. Hay que evitar el empleo de medidas desproporcionadas (por lo tanto contraindicadas) y no caer en la obstinación terapéutica. Pero además, aunque se trate de procedimientos indicados técnicamente, la obligación de proteger la vida y la salud de los enfermos no se puede convertir en la obligación de salvar su vida a toda costa, menos aún en contra de su expresa voluntad autónoma.





10. ¿Quién decide *lo que es bueno* para el paciente?

Determinar qué es o no beneficioso para la salud no puede ser un juicio exclusivamente técnico, porque ese beneficio está relacionado con los valores y proyectos de vida del paciente, y es a éste a quien corresponde en última instancia decidir sobre su salud y su vida.

El profesional que indica un tratamiento no puede decidir en solitario lo que es bueno para el paciente; **es el propio enfermo quien debe decidir lo que es bueno para sí**, consintiendo o rechazando un procedimiento después de un proceso de diálogo en el que haya recibido del profesional la información adecuada. La beneficencia sigue siendo una obligación del profesional, pero ya no se ejerce de modo paternalista, sin contar con o en contra de la voluntad del enfermo; finalmente debe primar el respeto de su autonomía.

Cuando se conoce de forma inequívoca la voluntad del paciente de no ser tratado, el profesional no puede interferir por motivo de su conciencia en la libertad del enfermo, ni siquiera si con ello pretende mejorar su salud o prolongar su supervivencia.





11. ¿Puede darse una objeción de *conciencia* colectiva?

La conciencia alude a su carácter íntimo, personal e individual. Aunque las convicciones que forman la conciencia se asumen como propias en relación con los demás y con un conocimiento compartido, ese proceso tiene lugar en la intimidad de la persona.

No se puede hablar de conciencia colectiva, aunque determinadas creencias o ideas pueden ser compartidas por más o menos personas, como sucede por ejemplo con el ideario de una institución. Por eso no se puede decir que exista una conciencia común propia de la profesión médica, por ejemplo. Cada profesional tiene su conciencia, la conciencia es personal, distinta para cada uno, y por eso, aunque pueda semejarse a la conciencia de otros, no cabe nunca objetar apelando a una conciencia de grupo, profesional, corporativa, institucional o histórica.

Por la naturaleza íntima de la conciencia, **la objeción sólo se puede ejercer a título individual**, de manera que no pueden acogerse a ella las instituciones ni los colectivos y no cabe nunca hablar de un hospital ni de un servicio objetor. *"No es admisible una objeción de conciencia colectiva o institucional"*, recuerda el artículo 32.2 del Código de Deontología Médica. Es cada profesional quien, ante un caso concreto, debe manifestar a título personal su objeción de conciencia.





12. ¿El que se declara objetor, tiene que *dar explicaciones* de su decisión?

La objeción es, por definición, la excepción al cumplimiento de una norma legítimamente promulgada. Como toda excepción a una regla, **la objeción de conciencia tiene que ser justificada**, y la carga de la prueba corresponde al objetor. Cada profesional que objeta tiene que poder dar razones, justificar y motivar su decisión, a pesar de que en nuestra sociedad es frecuente la idea errónea de que la conciencia funciona como un código moral innato, lo cual imposibilita cualquier debate moral.

En demasiadas ocasiones, en particular en el ámbito de la sanidad, la objeción de conciencia se invoca de forma arbitraria e infundada. **Es legítima la objeción de conciencia, no la de conveniencia.** El Código de Deontología Médica señala en su artículo 33.1 que *"La objeción de conciencia ha de operar siempre con un sentido moral por lo que se deben rechazar, como actos de verdadera objeción, aquellos que obedezcan a criterios de conveniencia u oportunismo."* La objeción "de conveniencia" es inaceptable.

12

La auténtica objeción de conciencia tiene que estar fundamentada y se tiene que sustentar en los valores de la persona que objeta, no puede obedecer a otros motivos que no sean estrictamente de conciencia, como la ignorancia, la comodidad, el oportunismo, la inseguridad, el temor o la defensa ante eventuales conflictos de tipo laboral o legal, porque ello vulneraría los principios éticos y deontológicos de una buena práctica profesional.

Ante una situación de rechazo al tratamiento, el profesional invoca con frecuencia la objeción de conciencia, cuando en realidad siente inseguridad y temor ante una situación para la que no está preparado y que no está dispuesto a experimentar ("objeción emocional").





13. ¿Basta con *declararse* objetor para quedar exento del deber?

Declararse objetor no implica la automática exención del cumplimiento del deber jurídico contra el que se objeta. La simple invocación a la propia conciencia no es suficiente para eximir de los deberes profesionales. El que se declara objetor de conciencia, en realidad **solicita ser dispensado** del cumplimiento de un deber jurídico sin que ello acarree ninguna consecuencia negativa para él; si no se concede esa dispensa, entonces la negativa al cumplimiento del deber jurídico puede ser sancionada. Cuando, quien tiene autoridad para ello, obliga a cumplir la norma y el objetor persiste en su negativa a obedecer, entonces éste pasa a ser **insumiso** y puede ser sancionado por ello. Ante una situación así, sólo el genuino objetor de conciencia persistirá en su actitud estando dispuesto a aceptar las consecuencias, porque para él su deber de objetar es anterior a su derecho a hacerlo.

Por otra parte, el médico objetor **no puede abandonar al paciente** y tiene el deber de informarle y de procurar que reciba asistencia de otros profesionales, evitando un retraso injustificado en su asistencia o una peregrinación forzosa por diferentes servicios o centros e instituciones sanitarias.





14. ¿Cuál es el papel de la *Administración*?

La Administración Pública está **obligada a garantizar el derecho de los ciudadanos** a recibir una atención sanitaria en los términos establecidos normativamente (respetando, si es el caso, su negativa a recibir tratamiento) y los directivos de los centros asistenciales tienen que velar por **hacer compatible el servicio a los ciudadanos con el ejercicio de la objeción de conciencia de los profesionales**, resolviendo el problema de manera prudente y facilitando por parte de otro profesional no objetor la asistencia que sea necesaria respetando a la vez el rechazo al tratamiento.

La intención de objetar tiene que ser comunicada a los responsables del centro, garantizando la confidencialidad y con antelación suficiente para no causar una demora en la asistencia, ni ningún perjuicio al paciente. Comunicar anticipadamente la objeción al rechazo del tratamiento para los supuestos que se pueden repetir es de poca utilidad, porque cada caso es distinto y deberá ser analizado en particular.

No puede aceptarse la discriminación, tanto hacia el verdadero objetor (por ejemplo el castigo) como hacia el profesional que asume la asistencia (por ejemplo la sobrecarga de trabajo).

Cuando no exista alternativa, la Administración estará **obligada a hacer que prevalezca el derecho del enfermo a rechazar el tratamiento sobre el derecho del profesional a objetar en conciencia**.





15. ¿La objeción de conciencia es un *derecho* fundamental y sin límites?

Existen fuertes discrepancias sobre si la objeción de conciencia tiene o no la naturaleza de derecho fundamental y sobre si existe un genérico derecho a la misma. La objeción de conciencia **no se percibe con claridad en los medios jurídicos como un derecho fundamental** o, al menos, como un derecho constitucionalmente tutelado, y el propio Tribunal Constitucional ha mantenido posiciones contradictorias en sus pronunciamientos (STC 53/1985 de 11 de abril, STC 160/1987 de 2 de octubre, STC 161/1987 de 27 de octubre).

El deber moral individual de objetar en conciencia no implica la existencia de un derecho objetivo, reconocido con carácter general para ejercer la objeción. Con frecuencia se pide que exista una ley que regule de modo general el ejercicio de la objeción de conciencia, pero se hace muy difícil regular cuestiones que afectan a la moral y a los valores, y legislar sobre el derecho a no cumplir una norma que es, por definición, de obligado cumplimiento. En este sentido es cierto que *"la objeción de conciencia con carácter general, es decir, el derecho a ser eximido del cumplimiento de los deberes constitucionales o legales por resultar ese cumplimiento contrario a las propias convicciones, no está reconocido ni cabe imaginar que lo estuviera en nuestro Derecho o Derecho alguno, pues significaría la negación misma de la idea del Estado"* (STC 161/1987).

Dicho lo anterior, paradójicamente hay que añadir que **existe el derecho a la objeción de conciencia derivado del derecho a la libertad de conciencia**, si se entiende éste como el derecho a elegir y mantener unas u otras convicciones, a expresarlas o a silenciarlas, a comportarse de acuerdo con ellas y **a no ser obligado a comportarse en contradicción con ellas**. *"El reconocimiento de la objeción de conciencia del médico es un presupuesto imprescindible para garantizar la libertad e independencia de su ejercicio profesional"* (artículo 32.2 del Código de Deontología Médica).

Ningún derecho es absoluto, tampoco la objeción de conciencia del profesional, que alcanza su límite cuando puede vulnerarse el derecho del enfermo a rechazar un tratamiento.

El problema deberá tratar de resolverse mediante un adecuado juicio de ponderación entre los dos, pero teniendo en cuenta que el derecho del profesional a ejercer su objeción de conciencia solo tiene actualmente un expreso reconocimiento jurídico en la interrupción del embarazo (Ley Orgánica 2/2010), mientras que el derecho del paciente a consentir o a rechazar un procedimiento sí se recoge de modo general (Ley 41/2002).





Conclusión

Cualquier enfermo siempre puede rechazar un tratamiento o parte del mismo, en el ejercicio de su libertad de conciencia.

Cuando un enfermo rechaza un tratamiento vital, excepcionalmente el médico podrá declarar y justificar su objeción de conciencia y podrá retirarse del caso siempre que otros profesionales se hagan cargo del mismo, resultando inaceptables tanto la imposición del tratamiento como el abandono del paciente o el retraso injustificado en su asistencia.

El deber moral consiste en la obligación de respetar, preservar y promover valores. En caso de conflicto, hay que lesionar lo menos posible todos los valores enfrentados, buscando para ello alternativas de actuación que sean prudentes. La objeción de conciencia es un curso de acción extremo cuando el objetor trata de proteger del todo su propia libertad de conciencia a costa del otro valor en conflicto. Por eso, si existen cursos de acción intermedios (cosa que casi siempre ocurre) hay que buscarlos y seguirlos, porque de lo contrario la objeción de conciencia no es tal. El profesional objetor que es intransigente con las conciencias ajenas, atenta contra la libertad de conciencia, que es el soporte de su propia objeción.

La Administración velará para que se puedan ejercer ambos derechos. Cuando no exista alternativa, la objeción de conciencia del profesional deberá ceder paso a la decisión libre y autónoma del enfermo que rechaza el tratamiento.





BIBLIOGRAFÍA

Adorno, R. (1988) *Bioética y dignidad de la persona*. Madrid: Tecnos.

Alacros Martínez, F.J. (Dir.) (2111) *Objeción de conciencia y sanidad*. Madrid: Comares.

Beltrán Aguirre, J. L. (2008) Beltrán Aguirre, J. L. (2008) *Una propuesta de regulación de la objeción de conciencia en el ámbito de la asistencia sanitaria*. Derecho y Salud, 16(1): 135-146.

Casado, M. y Corcoy, M. (2007) *Documento sobre objeción de conciencia en sanidad*. Barcelona: Observatori de Bioètica i Dret.

Disponible en: <http://www.pcb.ub.edu/bioeticaidret/> (visto el 20 de enero de 2013)

Couceiro, A., Seoane, J.A., Hernando, P. (2011) *La objeción de conciencia en el ámbito clínico. Propuesta para un uso apropiado (I)*. Rev Calid Asist. 26(3):188-193.

Couceiro, A., Seoane, J.A., Hernando, P. (2011) *La objeción de conciencia en el ámbito clínico. Propuesta para un uso apropiado (II)*. Rev Calid Asist. 26(5):320-324.

COMB (2010) *Documento de posición del COMB sobre la objeción de conciencia*.

Disponible en: http://issuu.com/comb/docs/objecion_conciencia (visto el 20 de enero de 2013).

Comisión de Bioética de Castilla y León (2004). *Guía de Consentimiento Informado*.

Disponible en: <http://www.saludcastillayleon.es/profesionales/es/bioetica/guias-bioetica-castilla-leon> (visto el 20 de enero de 2013).

Comisión de Bioética de Castilla y León (2010) *Apuntes sobre la objeción de conciencia en el ámbito de la administración sanitaria de Castilla y León*.

Disponible en: <http://www.saludcastillayleon.es/profesionales/es/bioetica/guias-bioetica-castilla-leon> (visto el 20 de enero de 2013).

Comisión de Bioética de Castilla y León (2010). *Guía de Recomendaciones para el Empleo de Hemoderivados en Pacientes Testigos de Jehová*.

Disponible en: <http://www.saludcastillayleon.es/profesionales/es/bioetica/guias-bioetica-castilla-leon> (visto el 20 de enero de 2013).

Comité de Bioética de Cataluña (2010) *Recomendaciones del Comité de Bioética de Cataluña ante el rechazo de los enfermos al tratamiento*.

Disponible en: <http://comitedebioetica.cat/indice-alfabetico/> (visto el 20 de enero de 2013).





Comité de Bioética de España (2011) *Opinión del Comité de Bioética de España sobre la Objeción de Conciencia en sanidad.*

Disponible en: <http://www.comitedebioetica.es/documentacion/> (visto el 20 de enero de 2013).

Consejería de Sanidad. Junta de Castilla y León (2008) *Guía sobre Instrucciones Previas para los Profesionales.*

Disponible en: <http://www.saludcastillayleon.es/profesionales/es/bioetica/comision-bioetica-castilla-leon> (visto el 20 de enero de 2013).

Consejo General de Colegios Oficiales de Médicos (2011) *Código de Deontología Médica. Guía de Ética Médica.*

Gracia, D. y Rodríguez Sendín, J.J. (Dir.) (2008) *Ética de la objeción de conciencia.* Madrid: Fundación Ciencias de la Salud.

Disponible en: http://www.fcs.es/publicaciones/etica_objecion_conciencia.html (visto el 20 de enero de 2013).

Gracia, D. (2011) *Objeción de conciencia: las lecciones de un debate.* Rev Calid Asist. d i:10.1016/j.cali.2011.03-001

Grupo Interdisciplinario de Bioética (2012) *Consideraciones sobre la objeción de conciencia.* Bioética & debat, 18(66): 3-19.

Disponible en: <http://www.bioetica-debat.org/contenidos/PDF/BD66ESP.pdf> (visto el 20 de enero de 2013)

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.

Martínez, K. (2007) *Medicina y objeción de conciencia.* An Sist Navar. 30(2): 215-23.

Martínez, K. (2011) *Objeción de conciencia, ley, deontología y ética.* Jano, 1775:82-86.

Martorell, M.V. y Sánchez-Urrutia, A. (Coords.) (2005) *Documento sobre el rechazo a las transfusiones de sangre por parte de los testigos de Jehová.* Barcelona: Observatori de Bioètica i Dret.

Disponible en: <http://www.pcb.ub.edu/bioeticaidret/> (visto el 20 de enero de 2013)

Ojeda Rivero, R. (2012) *Autonomía moral y objeción de conciencia en el tratamiento quirúrgico de los testigos de Jehová.* Cuad. Bioét. XXIII, 79(3): 657-73.

Disponible en: <http://www.aebioetica.org/revistas/2012/23/79/657.pdf> (visto el 28 de enero de 2013)

Seoane, J.A. (2009). *El perímetro de la objeción de conciencia médica. A propósito del rechazo de la transfusión de sangre por un paciente testigo de Jehová.* Indret. Revista para el análisis del derecho, 4/2009, 1-21.

Disponible en: http://www.indret.com/pdf/682_es.pdf (visto el 20 de enero de 2013)





Tarodo Soria, S. (2005) *Libertad de conciencia y derechos del usuario de servicios sanitarios*. Bilbao: Servicio Editorial de la Universidad del País Vasco.

Terribas i Sala, N. (2010) *Objeción de conciencia del profesional y derechos del paciente*. FMC, 17(10):664-70.

Triviño Caballero. R. (2010) *Autonomía del paciente y rechazo del tratamiento por motivos religiosos*. Indret. Revista para el análisis del derecho, 3/2010, 1-32.

Disponible en: <http://digital.csic.es/bitstream/10261/38498/1/ARTICULOS298649%5B1%5D.pdf>
(visto el 20 de enero de 2013)





COMISIÓN DE BIOÉTICA DE CASTILA Y LEÓN

Presidente:

Antonio Blanco Mercadé

Vicepresidente:

Juan Carlos Martín Escudero

Secretaria:

M^a del Carmen Cardeñosa García

Vocales:

Rufino Álamo Sanz

Tomás Casado Gómez

Ana M^a Company Vázquez

Carmen Fernández Alonso

José Antonio Franco Yagüe

M^a Concepción García de la Villa Redondo

Mercedes González García

M^a Jesús Ladrón de San Ceferino

Alberto Orfao de Matos

Julia Rodríguez Barbero

Álvaro Sanz Rubiales

Enrique Vicente Yubero

