

# En CódigoMédico

Documento posicionamiento

La Objeción de Conciencia en la Profesión Médica



Comisión  
Deontológica

“Objeción de conciencia” es una expresión que soporta el paso del tiempo porque describe algo muy esencial del actuar de las personas que quiere ser preservado. Al mismo tiempo, es una denominación que sufre cierto desgaste, principalmente por la evolución en la forma de entender la conciencia y su contribución a la orientación de nuestras acciones. Por su parte, “objetar” se mantiene estable en su cariz, lamentablemente negativo. Por eso nos preguntamos, ante situaciones gravemente contrarias a la conciencia del médico, ¿cuál es la actitud adecuada?

Este documento de posicionamiento pretende repasar y actualizar, desde la Deontología, la comprensión de la objeción de conciencia en la profesión médica teniendo en cuenta los nuevos contextos a los que se enfrenta.

## **1. - Los médicos sabemos que hay cosas que no debemos hacer.**

Cada médico tiene su propia opinión del estado de cosas del mundo y, concretamente, de los temas que le afectan en el ámbito sanitario. Se podría decir que todos tenemos una teoría de lo que sucede, una visión de cómo se debe mejorar y de cómo podemos cada uno contribuir a hacerlo. Pero llega el momento de la clarificación de las teorías, es decir, cuando actuamos, se produce un efecto de confirmación o de falsificación de nuestras ideas, comprobando que no dejan de ser siempre, en verdad, hipótesis. Constatamos así, al actuar, que existe una primacía de la realidad de las cosas sobre cualquier posicionamiento puramente teórico.

Esta es la experiencia del médico, que se enfrenta cada día con la realidad. El encuentro con los pacientes esclarece nítidamente cuáles son sus obligaciones. Se puede decir por eso, en cierto sentido, que la profesión se comprende gracias a este encuentro, de manera que reconocemos nuestros deberes al aceptar que tenemos que responder a las necesidades de cada enfermo concreto.

Según este enfoque, la ética del médico no es un ejercicio de su creatividad sino una reflexión sobre lo que le sucede, es decir, existe una moralidad intrínseca de la profesión y lo que nos toca es esclarecerla. La Deontología procura plasmar las conclusiones de esta reflexión para ayudar en el comportamiento de los profesionales.

Esta introducción nos sirve para plasmar un contenido que aparece evidente en la experiencia de la profesión a lo largo de la historia: hay cosas que los médicos no debemos hacer. A este convencimiento se llega rápido porque estamos tratando con la salud y la vida de las personas y nuestra relación con ellas es demasiado próxima como para afirmar que no estamos involucrados.

Por eso, en los códigos de Deontología de todas las épocas, también en el actual, en España, y también en los códigos y declaraciones internacionales, se recoge siempre una relación de actos que los médicos no deben realizar. Estas exigencias recaen sobre el profesional para asegurar el máximo respeto hacia el paciente y la máxima calidad en su atención. Pretenden asegurar la honorabilidad de la profesión y definen la forma apropiada de ejercer la medicina. Por eso también se recoge y desarrolla la cuestión de la objeción de conciencia.

Es importante destacar aquí que, en estos códigos, el reconocimiento de la objeción de conciencia se contempla como una condición necesaria para la correcta actuación del médico. No se trata primariamente como un ejercicio de la libre opinión de los profesionales, sino más bien como premisa que garantiza el marco adecuado para el cumplimiento de su deber (Cfr. CD VI, Art 32.2), concretamente, el deber de evitar determinados actos que son contrarios a sus obligaciones fundamentales con los pacientes y que el médico no puede ignorar.

Sobrecoge encontrar el elenco de este tipo de acciones repetido a lo largo de la historia en tantos códigos de Deontología, que son un magnífico testimonio de la herencia de una profesión que ha tenido siempre que poner límites a sus acciones por razón del respeto a los pacientes. Algunos ejemplos son: no discriminar a los pacientes (Cfr. CD II, Art 5.2), no negar la asistencia por temor a la enfermedad o al riesgo personal (Cfr. CD II, Art 5.3), no perjudicar intencionalmente (Cfr. CD II, Art 5.4), no abandonar al paciente (Cfr. CD II, Art 6.2), no imponer las propias convicciones (Cfr. CD III, Art 9.1), no emprender tratamientos inútiles (Cfr. CD VII, Art 36.2), no provocar intencionadamente la muerte ni siquiera en caso de petición (Cfr. CD VII, Art 36.3), entre otros.

## **2.- Los sistemas de salud colectivizados suponen un reto de colaboración.**

Pero el médico no actúa solo cuando procura la salud de los pacientes. El contexto habitual de la atención en nuestro entorno es que el médico forma parte de un sistema complejo, que proporciona la atención sanitaria a las personas, en el que tiene un papel muy protagonista, pero no exclusivo. De ahí surgen nuevos deberes de colaboración: *“El médico que presta su servicio en el Sistema Nacional de Salud ... Secundará las normas que contribuyan a mejorar la asistencia de los enfermos”* (CD X, Art 45.1). De hecho, desde hace tiempo, se reconoce el derecho a la protección de la salud a todos los ciudadanos, y la competencia de los poderes públicos en organizar y tutelar la salud pública (Cfr. Constitución Española, Art 43), de manera que aparecen otros agentes con deberes prioritarios sobre la salud de los pacientes, particularmente los Servicios Públicos de Salud que configuran el Sistema Nacional de Salud (Cfr. Ley General de Sanidad 14/1986, Art 5 y 44)

Es necesario reflexionar sobre la colaboración de los distintos agentes responsables de la prestación sanitaria pública y privada de los pacientes porque si, clásicamente, la objeción de conciencia trataba la cuestión de los límites que la profesión se autoimpone en el ejercicio de sus obligaciones, cabe ahora preguntarse también sobre cómo se ven alterados estos límites por la participación conjunta de otros agentes o incluso por la interferencia que éstos puedan suponer.

Es cierto que la Administración ha asumido un papel de garantizar las prestaciones de la Seguridad Social en cuanto a asistencia sanitaria se refiere, y de tutelar la prestación de la sanidad privada, pero esto no debe entenderse como una sustitución neta, como si las obligaciones de los profesionales para con sus pacientes hubieran desaparecido. Lo cierto es que sus deberes permanecen intactos, aunque en parte también son tutelados por las Administraciones Públicas en el aspecto que les corresponde, particularmente el de proporcionar el entorno en el que la atención sea posible. Por otro lado, resulta también imposible para los poderes públicos cumplir su papel sin la colaboración de los profesionales que son quienes aportan el principal valor, puesto que la asistencia sanitaria dentro de la promoción de la salud es hoy más que nunca una tarea compleja que implica conocimiento, dedicación y un cuidado que solo personas con la adecuada cualificación pueden proporcionar. *“Es la Administración quien tiene la responsabilidad y la obligación de ofrecer las distintas prestaciones sanitarias, pero debe hacerlo en colaboración respetuosa con las profesiones implicadas” (Comisión de Deontología ICOMEM, DP Sobre el Registro de Objetores 2021).*

Salta a la vista, por tanto, la importancia de una colaboración estrecha entre los profesionales, representados por sus colegios profesionales y guiados por los principios éticos y deontológicos inherentes a la profesión y los poderes públicos, que tienen el deber de proporcionar el entorno donde la atención sea posible en base a las prestaciones que ofrecen a la población como derecho. Esta colaboración no ha existido en el caso de la elaboración de la Ley Orgánica 3/2021 de 24 de marzo, de regulación de la eutanasia (Cfr. Comisión de Deontología ICOMEM, DP Sobre el Registro de Objetores 2021), ni en el actual proyecto de Ley para la igualdad real y efectiva de las personas trans, ni en la reforma de la Ley de salud sexual y reproductiva, ambas ahora en proceso de aprobación en el Senado, entre otras iniciativas legislativas con alto impacto en la actividad de los profesionales.

Son contrarios a esta necesaria colaboración cualquier forma de reglamentación que imponga formas de actuación contrarias a los deberes éticos y deontológicos de los profesionales. Y es que *“La objeción de conciencia a participar en actos eutanásicos o de asistencia al suicidio no debe sorprender teniendo en cuenta que han sido considerados delito por el código penal hasta hace unos pocos meses y aún hoy continúan considerándose comportamientos gravemente contrarios al Código Deontológico” (Comisión de Deontología ICOMEM, DP Sobre el Registro de Objetores 2021).*

Si hay médicos que llegan al punto de plantearse la objeción de conciencia, especialmente si es un comportamiento extendido o se produce con frecuencia, se está manifestando lo que parece ser un problema mucho más profundo. En este sentido, la objeción de conciencia manifiesta un cierto tipo de crisis en la relación de colaboración que nos llama a una reflexión. Por una parte, que no es posible objetar sin antes contribuir adecuadamente en la construcción de un ámbito sanitario en el que los derechos de todas las personas sean adecuadamente promovidos y, por otro lado, que no se puede pretender regular la actuación sanitaria sin antes escuchar, reconocer y apoyar el compromiso de los que son responsables de hacerla posible y respetar los principios de actuación sobre los que construyen su actuación.

### **3.- El derecho a la objeción de conciencia.**

El reconocimiento del derecho a la objeción de conciencia garantiza que sea respetada la primacía de los deberes éticos y deontológicos que el médico encuentra en su acción.

La objeción de conciencia es un derecho de toda persona reconocido en los acuerdos internacionales (Cfr. Carta de los Derechos Fundamentales de la Unión Europea, Art 10.2), por nuestra Constitución y por las Sentencias del Tribunal Constitucional, típicamente considerado como un derecho fundamental, por su evidente conexión con el artículo 16 de la Constitución, entre otras fuentes. En base a la STC 161/1987, de 27 de octubre, entre otras, es en realidad un derecho fundamental autónomo. No se trata aquí de entrar en la discusión sobre esta consideración ni de analizar sus implicaciones, pero sí reconocer que este tratamiento se encuentra en sintonía con los principios que el Código de Deontología expone pues *“El reconocimiento de la objeción de conciencia del médico es un presupuesto imprescindible para garantizar la libertad e independencia de su ejercicio profesional” (CD VI, Art 32.2).*

Los códigos de Deontología conceden un amplio tratamiento al reconocimiento del derecho a la objeción de conciencia no porque crean que es un derecho específico de los profesionales sanitarios sino porque las circunstancias en las que los médicos desarrollan sus obligaciones se encuentran típicamente en constante relación con derechos de los pacientes que ellos no pueden cuestionar. Por tanto, lo que recogen los códigos de Deontología no es tanto el derecho de todo ciudadano a negarse a obedecer un precepto jurídico en nombre de la propia conciencia sino, más específicamente, el respeto a un marco que permita garantizar el cumplimiento de las obligaciones de los profesionales: la obligación de no realizar determinados actos contrarios a derechos del paciente que son, a su vez, deberes de omisión que caracterizan a la profesión. En ese sentido, la objeción no es un acto aislado ni una mera expresión de la libertad individual sino uno de los muchos pasos necesarios para la restitución de los bienes fundamentales en juego, que no deben ser puestos en discusión.

La objeción de conciencia debe ser apreciada, por tanto, como una auténtica contribución a la vida social y, en cualquier caso, como expresión de los derechos fundamentales en los que la propia democracia se sustenta, elementos constitutivos del Estado de Derecho.

El médico encuentra así el amparo legal al imperativo de una conciencia que le ordena la omisión de cierto tipo de actos que son opuestos a sus deberes con los pacientes y que piensa que caracterizan a la profesión.

#### **4.- La articulación de la objeción de conciencia desde la perspectiva deontológica.**

Este alto valor que se reconoce a la objeción de conciencia, tanto desde la perspectiva deontológica como desde la legal, descarta que pueda ser entendida como una mera opinión de la persona o como forma de expresión de su posicionamiento ideológico. El contexto en el que la objeción se produce supone necesariamente que se trata de una materia particularmente grave e ineludible. *“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” (CD VI, Art 33.1).*

También resulta crucial analizar el grado de participación del médico en los actos que se objetan dado que la colaboración no siempre es directa o de igual gravedad. A este respecto, aunque puedan describirse distintos criterios de calificación por su contribución material o formal, directa o indirecta, etc., debe reconocerse siempre la primacía de la conciencia del médico a la hora de evaluar su repulsa a los actos que se van a realizar.

En los casos de objeción, el médico actúa mandado por una conciencia que le advierte que tiene obligaciones de omisión concretas. El médico reconoce así que no puede hacer lo que quiera, sino que tiene deberes superiores con sus pacientes. También el Derecho, que aspira a la Justicia, reconoce esta primacía de deberes que se encuentran en el núcleo mismo del ordenamiento jurídico. En base a todo esto, tiene sentido que la objeción sea apreciada por su valor ético y sea protegida como derecho fundamental. Son contrarias a esta correcta valoración cualquier forma de restricción, limitación o regulación de su ejercicio. Por ello *“De la objeción de conciencia no se puede derivar ningún tipo de perjuicio o ventaja para el médico que la invoca” (CD VI, Art 35.1).* La objeción de conciencia no debe suponer discriminación ni condicionar el ejercicio de la profesión del médico objetor. Vemos con preocupación la tendencia a un excesivo protagonismo de la Administración en la regulación del ejercicio de la objeción de conciencia, particularmente por la creación de registros de objetores, teniendo además en cuenta su escasa utilidad en orden a organizar la atención sanitaria (Cfr. Comisión de Deontología del ICOMEM, DP sobre el Registro de Objetores 2021; Cfr. Comité de Bioética de España, Informe sobre la objeción de conciencia en relación con la prestación de la ayuda para morir de la ley orgánica reguladora de la eutanasia 2021). Se corre así el riesgo de que la objeción de conciencia en el sector de la salud y, concretamente, la que se dirige al acto médico, vaya siendo parcialmente regulada a través de leyes con fines muy distintos a los del derecho fundamental, tan solo para conciliar socialmente la existencia de nuevas leyes que, precisamente, puedan ser contrarias a los deberes deontológicos. Si la objeción de conciencia se regulara, debería ser a través de una Ley Orgánica que respetara su sentido esencial.



Es necesario destacar, en cualquier caso, que el reconocimiento del valor ético de la objeción de conciencia y su respeto como derecho fundamental no implica automáticamente que sea ejercido sin dificultad. Muy al contrario, la excepcionalidad de la situación introduce al que objeta en otros deberes que implican, principalmente, el de no abandonar al paciente en su proceso asistencial, especialmente en los casos de particular necesidad, *“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 estuviera relacionada con la acción objetada”* (CD VI, Art 34.3). También otros deberes de información y coordinación pues *“El médico debe comunicar al responsable de garantizar la prestación su condición de objetor de conciencia”* (CD VI, Art 33.3), al tiempo que *“comunicar al paciente de forma comprensible y razonada su objeción a la prestación que le solicita, en el caso de objeción sobrevenida”* (Cfr. CD VI, Art 34.2).

En cualquier caso, se deben siempre respetar las convicciones de los pacientes y abstenerse de imponer las propias (Cfr. III, Art 9,1), respetar las decisiones del paciente después de recibir la información adecuada (Cfr. III Art, 12.1), respetar el rechazo del paciente a pruebas diagnósticas o terapéuticas, informándole de las consecuencias y dejando constancia en la historia clínica (Cfr. III, Art 12.2) y también cuidar de la actitud, el lenguaje y, en general, la conducta, para favorecer la plena confianza del paciente (Cfr. III, Art 8.1), especialmente en una situación en la que es previsible cierto grado de incomprensión por ambas partes.

## 5.- El daño moral de actuar contra la propia conciencia.

Los médicos nos vemos personalmente involucrados en la atención de cada paciente. Es normal que así sea, habida cuenta de los bienes relevantes que hay en juego y de la relación que se establece con él. Para responder adecuadamente a sus necesidades, es necesario interesarse por promover su salud y esto implica un compromiso que exige la participación de todas nuestras capacidades, también afectivas. Si se proclaman deberes Deontológicos es porque se constata la insuficiencia de conformarse con los mínimos.

El respeto a la conciencia es una premisa en el ejercicio de la profesión pues los actos que el médico realiza no son automatismos ni procesos impersonales sino, muy al contrario, acontecimientos verdaderamente relevantes tanto para el paciente como para el médico. Por eso percibimos también el “desgaste” propio de las tareas del cuidado a los pacientes, particularmente en determinados contextos complejos, que es necesario reconocer y evitar.

La literatura científica recoge la particular contribución a este “desgaste” que producen experiencias morales potencialmente lesivas como las que violan valores morales o creencias profundamente arraigados en el puesto de trabajo. El daño moral y su relación con el riesgo de agotamiento o incluso de ansiedad y depresión puede cuantificarse independientemente de la complejidad de las situaciones estresantes en sí [1]. La asignación de recursos escasos durante la pandemia ha supuesto un ejemplo de este tipo de experiencias pues *“... tan estresante es no contar con criterios generalizados como verse constreñido a unos criterios que puedan considerarse injustos o poco éticos en el caso concreto.”* (Cfr. Comité de Bioética de España, Sobre los aspectos bioéticos de la priorización de recursos sanitarios en la crisis del Coronavirus, 2020)

[1] Williamson, V., Stevelink, S. A. M., & Greenberg, N. (2018, June 1). Occupational moral injury and mental health: Systematic review and meta-Analysis. *British Journal of Psychiatry*. Cambridge University Press. <https://doi.org/10.1192/bjp.2018.55>

Al principio de este documento de posicionamiento nos preguntábamos cuál es la actitud adecuada ante situaciones gravemente contrarias a la conciencia del médico. La objeción de conciencia es una respuesta apropiada, cargada de valor ético y social pero no exenta de dificultades. Es necesaria una mayor colaboración entre los distintos agentes involucrados en la protección de la salud para que se ponga adecuadamente en valor y sea de hecho posible el ejercicio de los deberes que caracterizan a la profesión médica que mejor garantizan la atención adecuada a los pacientes.



**En conclusión,**

- 1.** La Ética Médica no es un ejercicio de creatividad de los profesionales sino una reflexión sobre la experiencia de atender a las necesidades de los pacientes. Una de sus típicas conclusiones es que hay cosas que los médicos no debemos hacer.
- 2.** El reconocimiento de la objeción de conciencia se contempla como una condición necesaria para la correcta actuación del médico. La Deontología no la trata primariamente como un ejercicio de la libre opinión de los profesionales sino, más bien, como premisa que garantiza el marco adecuado para el cumplimiento de su deber.
- 3.** Son contrarios a la necesaria colaboración entre la Administración y los profesionales cualquier forma de reglamentación que imponga formas de actuación contrarias a los deberes éticos y deontológicos que caracterizan su actuación.
- 4.** No es posible objetar sin antes contribuir adecuadamente en la construcción de un ámbito sanitario en el que los derechos de todas las personas sean adecuadamente promovidos y, al mismo tiempo, no se puede pretender regular la actuación sanitaria sin antes escuchar, reconocer y apoyar el compromiso de los que son responsables de hacerla posible.
- 5.** El reconocimiento del derecho a la objeción de conciencia garantiza que se respete la primacía de los deberes que caracterizan a la profesión. El médico encuentra así también el amparo legal al imperativo de una conciencia que le ordena la omisión de cierto tipo de actos contrarios a sus obligaciones.
- 6.** La objeción de conciencia debe ser apreciada como una auténtica contribución a la vida social y, en cualquier caso, como expresión de los derechos fundamentales en los que la propia democracia se sustenta, elementos constitutivos del Estado de Derecho.
- 7.** Cualquier forma de restricción, limitación o regulación del ejercicio de la objeción de conciencia es contraria a su correcta valoración. Por ello, *“De la objeción de conciencia no se puede derivar ningún tipo de perjuicio o ventaja para el médico que la invoca”* (CD VI, Art. 35.1).
- 8.** Resulta preocupante la tendencia a un excesivo protagonismo de la Administración en la regulación del ejercicio de la objeción de conciencia, particularmente constatable en la creación de registros de objetores, teniendo además en cuenta su escasa utilidad en orden a organizar la atención sanitaria.
- 9.** Aunque puedan describirse distintos criterios de calificación por su grado de participación, debe reconocerse siempre la primacía de la conciencia del médico a la hora de evaluar su repulsa a los actos que se van a realizar.
- 10.** La excepcionalidad del ejercicio de la objeción de conciencia introduce al que objeta en deberes específicos entre los que destaca el de no abandonar al paciente en su proceso asistencial, especialmente en los casos de particular necesidad.

**11.** Los actos que el médico realiza no son automatismos ni procesos impersonales. La literatura científica recoge la particular contribución al “desgaste” de los profesionales que pueden producir experiencias morales potencialmente lesivas como las que violan valores morales o creencias profundamente arraigadas.

**12.** La objeción de conciencia es una respuesta apropiada, cargada de valor ético y social pero no exenta de dificultades. Es necesaria una colaboración intensa entre los distintos agentes involucrados en la protección de la salud para que se ponga adecuadamente en valor y sea de hecho posible el ejercicio de los deberes que caracterizan a la profesión médica y que mejor garantizan la atención adecuada a los pacientes.



## Comisión Deontológica



[@icomem](https://www.youtube.com/icomem)



[@icomem.es](https://www.instagram.com/icomem.es)



[Ilustre Colegio Oficial de  
Médicos de Madrid \(ICOMEM\)](https://www.linkedin.com/company/Ilustre-Colegio-Oficial-de-Médicos-de-Madrid-(ICOMEM))



[@Icomem\\_oficial](https://twitter.com/icomem_oficial)



[@icomem](https://www.facebook.com/icomem)



[www.icomem.es](http://www.icomem.es)