

Rosa María Gracia Arnillas

Estado actual de la objeción de
conciencia sanitaria en la mitad
oriental de la provincia de Huesca

Departamento
Medicina, Psiquiatría y Dermatología

Director/es
Pérez Lorenz, Juan Blas
Hermosilla Cabrerizo, Trinidad

<http://zaguan.unizar.es/collection/Tesis>



Tesis Doctoral

**ESTADO ACTUAL DE LA OBJECIÓN DE
CONCIENCIA SANITARIA EN LA MITAD ORIENTAL
DE LA PROVINCIA DE HUESCA**

Autor

Rosa María Gracia Arnillas

Director/es

Pérez Lorenz, Juan Blas
Hermosilla Cabrerizo, Trinidad

UNIVERSIDAD DE ZARAGOZA
Medicina, Psiquiatría y Dermatología

2005



UNIVERSIDAD DE ZARAGOZA
FACULTAD DE MEDICINA
DEPARTAMENTO DE MEDICINA, PSIQUIATRÍA Y DERMATOLOGÍA

TESIS DOCTORAL

ESTADO ACTUAL DE LA OBJECIÓN DE CONCIENCIA
SANITARIA EN LA MITAD ORIENTAL DE LA PROVINCIA
DE HUESCA

Presentada para optar al grado de Doctor por:
ROSA MARÍA GRACIA ARNILLAS

Zaragoza, enero de 2005



UNIVERSIDAD DE ZARAGOZA
FACULTAD DE MEDICINA
DEPARTAMENTO DE MEDICINA, PSIQUIATRÍA Y DERMATOLOGÍA

ESTADO ACTUAL DE LA OBJECIÓN DE CONCIENCIA SANITARIA EN LA MITAD ORIENTAL DE LA PROVINCIA DE HUESCA

Dirigida por:

Dr. D. Juan Blas PÉREZ LORENZ

Dra. Dña. Trinidad HERMOSILLA CABRERIZO



Juan Blas Pérez Lorenz, Profesor del Departamento de Medicina, Psiquiatría y Dermatología, de la Facultad de Ciencias de Salud y del Deporte de Huesca,

Informa:

que bajo su dirección Dña. Rosa M^a Gracia Arnillas ha realizado el estudio de investigación que lleva por título "Estado actual de la objeción de conciencia sanitaria en la mitad oriental de la provincia de Huesca", y que considera que se encuentra en condiciones para ser presentado ante el Tribunal que se designe para optar al grado de Doctora.

En Huesca a venticuatro de enero de 2005

Dña Trinidad Hermosilla Cabrerizo, Doctora en Medicina y Magíster en Bioética

CERTIFICA:

Que las investigaciones que se exponen en la memoria titulada “Estado actual de la objeción de conciencia sanitaria en la mitad oriental de la provincia de Huesca” ha sido realizada bajo mi dirección por Dña. Rosa María Gracia Arnillas en el Departamento de Medicina, Psiquiatría y Dermatología y corresponde fielmente a los resultados obtenidos y es conforme para ser presentada para obtener el grado de Doctor en Medicina ante el Tribunal que en su día se designe

Zaragoza, 20 de Enero de 2005

Firmado: Dra. Dña Trinidad Hermosilla Cabrerizo

Quiero expresar mi agradecimiento a aquellas personas e instituciones que han contribuido con su ayuda y apoyo a la realización de este trabajo de investigación. A todos mi gran afecto y cariño pues os debo haber llegado hasta aquí y, me ilusiona, que una forma de corresponder a toda vuestra gran ayuda sea la conclusión de este trabajo.

A mis directores:

- Al profesor y doctor D. Juan Blas Pérez Lorenz agradecerle su amabilidad y su tiempo, aceptando ser mi director de tesis; gracias a su buen y eficaz hacer, esta tesis ha llegado a su fin.
- A la doctora Dña. Trinidad Hermosilla Cabrerizo, directora también de este trabajo de investigación, agradecerle su orientación y ayuda iniciales así como su constante atención, aliento y amistad. Sus enseñanzas en el inicio del estudio de la bioética han sido fundamentales para mi formación y realización de este interesante trabajo.

A los médicos y enfermeras:

- En primer lugar, a los del Centro de Salud Pirineos de Huesca donde realice la prueba piloto de la encuesta inicial.
- De los 14 centros de salud del Sector Barbastro (Abiego, Ainsa, Albalate de Cinca, Barbastro, Benabarre, Berbegal, Binefar, Castejón de Sos, Fraga, Graus, Lafortunada, Monzón urbano, Monzón rural y Tamarite). Me recibieron amablemente en sus reuniones de equipo, destinaban unos minutos de su tiempo y les explicaba mi trabajo. Siempre me sentí bien acogida y además pude experimentar en alguna ocasión la alegría por encontrarme con amigos y antiguos compañeros que además colaboraron en la recogida posterior de datos.
- De los diferentes servicios de especialidades del Hospital de Barbastro, también allí me sentí bien acogida, tanto por los jefes de servicio o supervisoras con los que contactaba como por el resto de compañeros a quien explicaba mi trabajo. Muchos

se interesaron en conocer los resultados, así que tras la lectura de esta tesis tengo un compromiso adquirido que cumpliré.

Al Centro de Estudios del Somontano de Barbastro:

- Por la ayuda concedida a mi proyecto de investigación que, perteneciendo a las áreas de biomedicina y ciencias sociales presentado en el año 2003, tuvieron a bien los miembros de su consejo concederme su apoyo. Además de por la aportación económica, ha sido para mí un reconocimiento a lo inédito y original de mi trabajo de investigación y un gran estímulo para seguir adelante con el estudio de este tema innovador.

A la Unidad Docente de Medicina Familiar y Comunitaria de Huesca:

- A D. Teófilo Lorente Aznar, asesor metodológico de la Unidad de Investigación y experto en bioestadística, que gustosamente aceptó asesorarme y enseñarme a manejar los diferentes programas estadísticos revisando posteriormente los resultados y aportando valiosas sugerencias.

La Unidad Docente ha hecho y hace todo lo posible por ofrecernos estas actividades que constituyen una buena base y sustento para la investigación de los médicos de familia.

Al Colegio de Médicos de Huesca:

- Por el servicio de documentación y revisión bibliográfica que ofrece a los colegiados y a su responsable que colaboró en la búsqueda bibliográfica y en la revisión del cuestionario y la base datos.

Al Dr. D. Juan Pablo Alonso Pérez de Agreda, epidemiólogo, que aportó algunas sugerencias para el planteamiento de la investigación y la construcción del cuestionario.

A mis amigas:

- Algunas médicos como Matilde, que me enseñó a manejar Access como base de datos y a traducir algunos artículos, o Beatriz que por experiencia propia de haber pasado por esto, me ha ofrecido continuamente su apoyo y consejos.
- Otras, lejos de la medicina como M^a José, con su amistad y experiencia en la realización de su tesis me ha sugerido muy buenas ideas para la organización del trabajo. Ha sido una suerte contar con su amistad en los inevitables momentos de desánimo. Gracias por confiar en mí constancia y posibilidades.
- A Mar, amiga desde la infancia que sin conocer bien lo que suponía esta investigación, ha comprendido en todo momento mi poca disponibilidad para las actividades a realizar en los días de descanso y tiempo libre.

Al Departamento de Información Científica GlaxoSmithKline Farma que me proporcionó un rápido acceso a gran parte de la bibliografía procedente de prestigiosas bibliotecas.

A mis compañeros de refuerzo del Centro de Salud de Barbastro:

- Que en estos últimos meses han comprendido mi máxima dedicación a esta investigación y me han ayudado a adaptar mis horarios de trabajo a la necesidad de tiempo para concluirlo, especialmente a Mar y a José Luis.

A D. Javier Osés (q.e.p.d.), nos dejó hace tres años cuando yo empezaba este trabajo de investigación y a M^a Paz su hermana. Su ejemplo, su amistad y su cariño han dejado una gran huella en mi vida y sus enseñanzas junto a las de mi familia han sido un punto de partida importante para plantearme este tema de investigación.

Y a todos aquellos, otros muchos amigos, que en algún momento concreto a lo largo de estos años de investigación me han animado de forma amable y sincera en el desarrollo de este trabajo.

**A mis padres,
gracias a su cariño y esfuerzos
he podido llegar a esta etapa de mi vida.**

Indice general

1. Introducción.....	13
1.1 La conciencia moral.....	16
1.1.1 Idea de conciencia.....	18
1.1.2 ¿Hay que seguir siempre la conciencia?.....	19
1.1.3 ¿Lleva siempre razón la conciencia?	20
1.1.4 Obrar en conciencia.....	21
1.2 Concepto de Objeción de Conciencia.....	22
1.2.1 Definición.....	22
1.2.2 Requisitos y limitaciones de la objeción de conciencia.....	23
1.2.3 Objeción de conciencia y sociedad actual.....	26
1.2.4 La objeción de conciencia en el Derecho Español.....	29
1.3 Desobediencia al Derecho.....	35
1.3.1Definición de los conceptos.....	36
1.3.2 Distinción entre ambas.....	37
1.4 Historia de la objeción de conciencia.....	40
1.5 Objeción de conciencia sanitaria	43
1.5.1 Concepto.....	43
1.5.2 Tipos de objeción de conciencia sanitaria	47
1.5.3 Motivos de OCS y actos médicos objetables.....	49
1.5.4. Reconocimiento jurídico de la OCSanitaria.....	51
1.5.5 Regulación de la OCSanitaria en España.....	54
1.5.6 Problemas para la objeción.....	60
2. Justificación y objeto de la tesis.....	63
3. Metodología.....	67
3.1 Cuestionario inicial.....	68
3.2 Prueba piloto y cuestionario definitivo.....	72
3.3 Criterios de inclusión y de selección de participantes.....	73
3.4 Procedimiento de entrega de cuestionarios.....	74
3.5 Análisis de los datos y tratamiento estadístico.....	75
3.6 Cuadro resumen.....	77

4. Resultados.....	78
4.1 Estadística descriptiva.....	79
4.2 Estadística analítica bivariante.....	89
4.3 Estudio de la asociación entre las variables predictoras	92
4.4 Análisis multivariante.....	96
4.4.1 Conocen el derecho a la OCSanitaria.....	96
4.4.2 Han pensado en la OCSanitaria.....	97
4.4.3 Temas en los que se plantearían hacer OCSanitaria.....	98
4.4.4 Se han visto en situación de hacer OCSanitaria.....	108
4.4.5 Necesidad de regular legalmente la OCSanitaria.....	109
4.4.6 Influencia de cuestiones de conciencia.....	109
5. Discusión.....	111
5.1 Discusión de la metodología.....	112
5.1.1 Del cuestionario inicial.....	112
5.1.2 De la prueba piloto y cuestionario definitivo.....	114
5.1.3 De los criterios de inclusión y selección de los participantes.....	115
5.1.4 Del procedimiento de entrega de cuestionarios.....	118
5.1.5 Del análisis de los datos y del tratamiento estadístico.....	120
5.2 Discusión de los resultados.....	123
5.2.1 De la estadística descriptiva.....	123
5.2.2 Del análisis bivariante.....	132
5.2.3 Del estudio de la asociación entre las variables predictoras.....	136
5.2.4 Del análisis multivariante.....	138
6. Conclusiones.....	147
7. Bibliografía.....	150
8. Anexo.....	160
8.1 Abreviaturas utilizadas.....	161
8.2 Cuestionario inicial.....	162
8.3 Cuestionario definitivo.....	166
CD: Cálculos del programa estadístico SPSS 11.0.	

1. Introducción

En la práctica clínica diaria se plantean cada vez más situaciones en las que la demanda y las expectativas de los pacientes se enfrentan a lo que el profesional sanitario considera correcto o bueno. El choque entre lo que el paciente desea y lo que el médico considera bueno -valorado desde el punto de vista ético-, o correcto -desde el punto de vista técnico (y también ético)-, da lugar a las denominadas objeciones de conciencia y de ciencia, respectivamente.

Todo médico está habituado a hacer frente a situaciones de objeción de ciencia, pero percibimos más problemas con la objeción de conciencia.

Se entiende por OBJECIÓN DE CONCIENCIA SANITARIA (OCS) la negativa del profesional sanitario a realizar actos o servicios sanitarios a los que está por norma obligado, que sería su deber realizar, invocando motivos de conciencia que pueden proceder de razones religiosas, pero también de razones simplemente deontológicas o bioéticas.

La objeción de conciencia sanitaria, con el rápido desarrollo científico-técnico en medicina, se ha convertido últimamente en objeto de debate y esto puede aumentar los problemas en la relación clínica y en la relación entre los profesionales sanitarios. Es lógico que, en la medida en que se multiplica y se hace más explícito el pluralismo ético de nuestra sociedad, crezca el número de episodios en que el médico presente objeción de conciencia, es decir, se produzcan situaciones de conflicto entre, por un lado lo que prescriben las leyes, indican los gestores sanitarios o desean los pacientes y, por otro, lo que los médicos pueden hacer en conciencia.¹

Se ha reflexionado poco sobre la objeción de conciencia en el ámbito sanitario en España y hay una gran laguna en su regulación y puesta en práctica, por este motivo nos proponemos:

- Reflexionar sobre la objeción de conciencia sanitaria y lo legislado al respecto.
- Analizar diferentes actos médicos objetables y sus motivaciones: aborto, píldora del día siguiente, fecundación in vitro, investigación con embriones, clonación, eutanasia, suicidio asistido, retirada de tratamientos de soporte vital, limitación del esfuerzo terapéutico, supuesto encarnizamiento terapéutico, estudios con animales, hemoterapia-transfusiones, vasectomía-ligadura de trompas, circuncisión en niños, ablación de clítoris.
- Conocer la opinión y sensibilidad del personal sanitario respecto a la OCS mediante un cuestionario.
- Analizar la necesidad de regulación de la OCS en España y la manera de aplicarla.

Se desconoce la opinión y la experiencia de los profesionales sanitarios españoles en el tema de la objeción de conciencia, al no haber encontrado ningún estudio sobre este tema en la revisión bibliográfica llevada a cabo.

Tampoco son muchos los puntos de referencia deontológicos y jurídicos sobre la objeción de conciencia. El Código de Ética y Deontología Médicas vigente no lo soslaya, pero la trata de modo incompleto. Por su parte, ninguna de las normas legales específicas sobre materias objetables (leyes vigentes sobre el aborto o la reproducción asistida humana, por ejemplo) incluyen referencia alguna a la objeción de conciencia del médico.¹

Por otro lado, la naturaleza jurídico-constitucional de la objeción de conciencia sanitaria es la de un derecho fundamental, que forma parte del contenido esencial de las libertades del art. 16 de la Constitución Española² (libertad ideológica y religiosa) y más en concreto de la libertad de conciencia, como núcleo común de ambas libertades.

Para estudiar e investigar este tema nos ha parecido necesario intentar averiguar qué se entiende por conciencia moral³ término que está presente en la expresión objeción de conciencia, haciendo además una breve referencia a la aparición de esta a lo largo de la

historia y a sus diferencias con la desobediencia civil, que nos sirve de introducción para hablar de la objeción de conciencia sanitaria, propiamente dicha, de la que comentaremos el concepto, los diferentes actos médicos objetables y la existencia del derecho a ésta, para justificar así la investigación realizada y la necesidad de su regulación.

1.1 La conciencia moral

John Locke solía afirmar que al abordar la discusión de cualquier tema era necesario definir sus términos. Pero el problema se presenta cuando el tema en cuestión es susceptible de ser definido desde diversas perspectivas cada una relativamente irreductible. Ante tal situación, no queda otro camino que efectuar un ordenamiento metodológico de las mismas para analizarlas particularmente dentro de un marco sistemático personal.³

Al abordarse el problema de la conciencia, de alguna manera estamos refiriéndonos a una característica fundamental y restrictivamente distintiva del ser humano.

El término “conciencia” tiene por lo menos dos sentidos^{4a}:

- a. Reconocimiento de algo, sea de algo exterior, como un objeto, una cualidad, una situación, etc., o de algo interior, como las modificaciones experimentadas por el propio yo. A su vez este puede desdoblarse en otros tres sentidos: a) el psicológico, la conciencia es la percepción del yo por sí mismo, llamada también a veces apercepción. Por tal razón se ha dicho que toda conciencia es, en alguna medida, autoconciencia y todavía se han identificado ambas. b) el epistemológico o gnoseológico, la conciencia es primariamente el sujeto del conocimiento, hablándose entonces de la relación conciencia-objeto consciente como si fuese equivalente a la relación sujeto-objeto. c) el metafísico, la conciencia es con frecuencia la llamada del Yo.

- b. Conocimiento del bien y del mal. Éste se expresa más propiamente por medio de la expresión “conciencia moral” y ha sido popularizado en las frases “llamado de la conciencia”, “voz de la conciencia”, etc.

María Moliner en su diccionario, en este segundo sentido, considera la conciencia como “Móvil que impulsa a obrar bien, con rectitud”^{4b}. Esta es la acepción de conciencia a la que nos vamos a referir en todo momento en nuestro trabajo, la conciencia moral.

En la “Teoría del Desarrollo del Juicio Moral” de Lawrence Kohlberg, existen 6 estadios y es en el Nivel II (Convencional), estadio 4 (Sistema Social y "Conciencia") cuando el razonamiento lógico formal llega a su equilibrio, hacia a los 14-16 años, y es donde se desarrolla la conciencia, que se corresponde con la adolescencia de la “Teoría del desarrollo cognitivo” de Jean Piaget⁵. No todas las personas alcanzan el máximo desarrollo de la conciencia moral en la vida adulta, e incluso quienes la alcanzan, no siempre la mantienen pudiendo retroceder a estadios inferiores.

Muchas son las definiciones dadas por los filósofos. Para unos, como Sócrates, la conciencia moral interviene en momentos decisivos de la existencia humana y aparece, conviene notarlo, no indicando lo que se debe hacer, sino lo que se debe omitir. Para otros, como Aristóteles, aparece como algo procedente del sentido moral y así es capaz de decir que quien dice que se puede matar a la propia madre no merece argumentos sino azotes.

Muchos padres de la Iglesia y muchos escolásticos entienden la conciencia moral como una sindéresis (discreción, capacidad natural para juzgar rectamente). Además Santo Tomás habla de la conciencia moral como un *spiritus corrector et paedagogus animae societatis*, espíritu que indica si un acto es justo o no.⁴ Así nos dirá San Agustín que es preciso que cada uno preste mucha atención a sí mismo para oír y seguir la voz de su conciencia. Esta exigencia de *interioridad* es tanto más necesaria cuanto que la vida nos impulsa con frecuencia a prescindir de toda reflexión, examen o interiorización: “Retorna a tu conciencia, interrógala... retornad, hermanos, al interior, y en todo lo que hagáis mirad al Testigo, Dios” (S. Agustín, ep. Jo. 8, 9).⁶

En la ética cristiana⁶ la conciencia moral es un juicio de la razón por el que la persona humana reconoce la cualidad moral de un acto concreto que piensa hacer, está haciendo o ha hecho. En todo lo que dice y hace, el hombre está obligado a seguir fielmente lo que sabe que es justo y recto. Mediante el dictamen de su conciencia el hombre percibe y reconoce las prescripciones de la ley divina:

“La conciencia es una ley de nuestro espíritu, pero que va más allá de él, nos da órdenes, significa responsabilidad y deber, temor y esperanza... La conciencia es la mensajera del que, tanto en el mundo de la naturaleza como en el de la gracia, a través de un velo nos habla, nos instruye y nos gobierna. La conciencia es el primero de todos los vicarios de Cristo” (Newman, Carta al Duque de Norfolk 5).

1.1.1 Idea de conciencia

La conciencia no es una potencia del ser humano, como lo son la razón o la voluntad. Como es obvio, no es una potencia o sentido corporal, puesto que pertenece al ámbito de la dimensión espiritual o racional del hombre; y, por su parte, el alma no tiene más que dos potencias: la razón y la voluntad. Por lo mismo, la conciencia tampoco puede ser un sentimiento, porque por sentimiento se entiende, o un movimiento de la sensibilidad –en cuyo caso no pertenece a la racionalidad – o un estado afectivo- por tanto de la voluntad -, lo cual tampoco se adecua a la conciencia, que no expresa un *querer*, sino un *deber*.⁷

Lo que llamamos conciencia es el *dictamen* de lo que moralmente puede hacerse u omitirse *en una situación concreta* en la que se encuentra el hombre. El rasgo fundamental de la conciencia reside en que aparece en la acción singular y concreta. No consiste en enunciados generales, sino en el juicio del deber respecto de la conducta concreta que el sujeto está en el trance de realizar (conciencia antecedente), está realizando (conciencia concomitante) o ha realizado (conciencia consiguiente, que se manifiesta en satisfacción o remordimiento). Así, por ejemplo, saberse el decálogo y aceptarlo como código moral no es en sí *cuestión de conciencia*. La cuestión de conciencia surge – es una experiencia universal – en el momento en que a una persona se le ofrece la posibilidad de hacer y

omitir algo, en conformidad o disconformidad con el código moral aceptado. Ahí está la conciencia.

Por eso, no deben confundirse las *leyes morales* o normas de moralidad con los dictados de la conciencia. El sistema moral o código ético de una persona o de una comunidad – conjunto de proposiciones acerca de la moralidad de las acciones humanas – no pertenece a la conciencia, sino a la *ciencia moral* (cuando se estructura de modo sistemático: filosofía o teología morales) o conocimiento de las reglas de moralidad.

Para finalizar y en resumen diremos, que la conciencia es el dictamen o juicio de la razón práctica de la persona acerca de la moralidad de una acción que va a realizar, está realizando o ha realizado. Se trata, pues, de un juicio *personal* sobre la moralidad de la acción singular y concreta, que se presenta como posibilidad o como algo haciéndose o ya hecho. Por eso, sólo de la persona singular se predica la conciencia; de lo que claramente se deduce que la libertad de conciencia tiene por titular únicamente a las personas singulares y no a las comunidades.⁷

1.1.2 ¿Hay que seguir siempre la conciencia?

Hablar de conciencia es hablar de la dignidad del hombre, hablar de que no es un caso particular de algo general, ni el ejemplar de un género, sino que cada individuo como tal es ya una totalidad, es ya “lo universal”.⁸

La conciencia debe ser descrita como un movimiento espiritual doble: El primero lleva al hombre por encima de sí, permitiéndole relativizar sus intereses y deseos, y haciendo posible que se pregunte por lo bueno y recto en sí mismo. Y para estar seguro de que no se engaña, debe producirse un intercambio, un diálogo con los demás sobre lo bueno y lo justo, en una comunión de costumbres. Y deben conocerse razones y contra-razones. No puede pasar por objetivo y universal quien afirma: no me interesan las

costumbres y razones, yo mismo sé lo que es bueno y recto. Lo que aquél llama conciencia no se diferencia mucho del capricho particular y de la propia idiosincrasia.

Pero también el segundo movimiento pertenece a la conciencia; por él, vuelve de nuevo el individuo a sí mismo. Si el individuo es potencialmente lo universal, incluso un todo de sentido, entonces no puede abdicar en otros su responsabilidad, ni en las costumbres del tiempo, ni en el anonimato de un discurso de un intercambio de razones y de contra-razones. Naturalmente que puede sumarse a la opinión dominante, cosa que incluso es razonable en la mayoría de las ocasiones. Pero es totalmente falso reconocerle conciencia sólo a quien se aparta de la mayoría. No obstante, es cierto que, al fin y al cabo, es el individuo quien goza de responsabilidad; puede obedecer a una autoridad, y aún ser esto lo correcto y lo razonable, pero es él a la postre quien debe responder de su obediencia. Puede tomar parte en un diálogo y sopesar los pros y los contras, pero razones y contra-razones no tienen fin, mientras que la vida humana, por el contrario, es finita. Es necesario actuar antes de que se produzca un acuerdo mundial sobre lo recto y lo falso. Es, pues, el individuo el que debe decidir cuándo acaba el interminable sopesar y finalizar el discurso, y cuando procede, con convicción, actuar.⁸

La conciencia no siempre posee la certeza de hacer objetivamente lo mejor. El político, el médico, el padre o la madre, no siempre saben con seguridad si lo que aconsejan o hacen es lo mejor, atendiendo al conjunto de sus consecuencias. Lo que sí pueden saber es que ésa es la mejor solución posible en ese momento y de acuerdo con sus conocimientos.

1.1.3 ¿Lleva siempre razón la conciencia?

La conciencia no siempre tiene razón. Lo mismo que nuestros cinco sentidos no siempre nos guían correctamente, o lo mismo que nuestra razón no nos preserva de todos los errores. La conciencia es en el hombre el órgano del bien y del mal, pero no es un oráculo. Nos marca la dirección, nos permite superar las perspectivas de nuestro egoísmo y mirar lo universal, lo que es recto en sí mismo. Pero para poder verlo necesita de la reflexión de un conocimiento real, si se puede decir, que sea también moral, lo cual

significa que necesita una idea recta de la jerarquía de valores que no esté deformada por una ideología.⁸

1.1.4 Obrar en conciencia

Si hay un deber de actuar en conciencia, hay a la par, simultáneamente, una obligación de formar la propia conciencia. De tal manera que la causa del actuar en conciencia es la misma causa de la obligación que se tiene con la propia conciencia para constituirla, para darle forma; yo estoy primeramente obligado con mi conciencia, me debo a ella y debo formarla, justamente para obedecerla. Hay aquí una acción recíproca que está en la clave de lo que es la conciencia. Debo formarla justo para obrar en conciencia. Fuera de esta acción la conciencia puede ser un pretexto, un sustituto y también una evasiva.

La formación de la conciencia consiste en ponerla a la luz de la razón. Además, la conciencia ha de ser norma. Una norma inmediata de la acción. Y una norma ineludible: nadie puede dispensarse del deber de seguirla.⁹

Un indicio para comprobar la autenticidad de la decisión de conciencia es la disposición del emplazado a atenerse a una desagradable alternativa. La conciencia no es herida si se le impide a uno hacer lo que ella manda, ya que ese obstáculo no cae bajo su responsabilidad, por eso se puede encerrar a un hombre que quiere mejorar el mundo por medio del crimen. Otra cosa es cuando a uno se le obliga a actuar en contra de su conciencia, entonces se trata de una lesión de la dignidad del hombre y ni siquiera la amenaza de muerte obliga a uno a actuar contra su conciencia, como documenta la historia de los mártires de cualquier tiempo.⁸

Como ya nos diría en 1553 Miguel Servet: “nunca nadie debe ser perseguido por pensar de otro modo que los demás”, exigencia que, a través de una sugestiva cadena de influencias, dio origen al más acariciado de los derechos humanos reconocido como tal en todas las sociedades y países democráticos y exigible en los que no lo son: el derecho a la libertad de conciencia y a la libertad de expresión.¹⁰

En el escrito final de la "Crítica a la razón práctica", Immanuel Kant, resume su pensamiento de los dos mundos del hombre, sentencia inmortal grabada luego en la tumba del filósofo: "*Dos cosas colman el ánimo con una admiración y una veneración siempre renovadas y crecientes, cuanto más frecuente y continuadamente reflexionamos sobre ellas: el cielo estrellado sobre mí y la ley moral dentro de mí. Ambas cosas no debo buscarlas ni limitarme a conjeturarlas, como si estuvieran ocultas entre tinieblas o tan en lontananza que se hallaran fuera de mi horizonte; yo las veo ante mí y las relaciono inmediatamente con la conciencia de mi existir.*"¹¹

1.2 Concepto de Objeción de Conciencia

1.2.1 Definición

La objeción de conciencia, en sentido amplio, consiste en la negativa del individuo, por motivos de conciencia (valores, creencias o convicciones de una persona¹²), a someterse a una conducta que en principio sería jurídicamente exigible (provenga la obligación directamente de la norma, de un contrato, de un mandato judicial o de una resolución administrativa). Y, todavía más ampliamente, se podría afirmar que el concepto de objeción de conciencia incluye toda pretensión contraria a la ley, motivada por razones axiológicas -no meramente psicológicas-, de contenido primordialmente religioso o ideológico, ya tenga por objeto la elección menos lesiva para la propia conciencia entre las alternativas previstas en la norma, eludir el comportamiento contenido en el imperativo legal o la sanción prevista por su incumplimiento, o incluso, aceptando el mecanismo represivo, lograr la alteración de la ley que es contraria al personal imperativo ético.

Si queremos precisar un poco más, desde una perspectiva sociológica que sería la más útil, ya que las normas constitucionales de reconocimiento de derechos fundamentales hacen referencia a un ámbito normativo que sólo puede determinarse correctamente en

atención a la realidad social normada, se define la objeción de conciencia como un conflicto impropio de normas; de una parte, la norma jurídica que impone un deber, fundamentalmente un *facere* y de otra, la norma moral, que se opone al cumplimiento del mismo. Es rehusar obedecer un mandato de la autoridad legítima, que se entiende radicalmente injusto o delictuoso, o cumplir un deber, por entrar en colisión con una norma moral.¹³

La objeción de conciencia simplemente persigue una excepción a un imperativo jurídico concreto y actual, porque éste choca con las propias convicciones morales. La objeción no busca publicidad, ni adhesiones a su causa personal. La motivación de la objeción se encuentra siempre en la sede individual e íntima de la conciencia humana.¹³

Aunque, ciertamente, el individuo tiene el deber de cumplir aquellas leyes que, al servicio del bien común, dicta la legítima autoridad, tampoco hay que dejar de advertir que existe una primacía de la persona sobre la sociedad.¹⁴

La objeción de conciencia es prueba y exigencia de la prioridad de la persona frente al Estado, de su libertad y de su responsabilidad frente al bien, al mismo tiempo que testifica que toda la ley civil debe ser coherente con los valores morales.¹⁴

La objeción de conciencia es un peculiar ejercicio de unos derechos fundamentales de la persona humana, la libertad de conciencia en conexión con la libertad religiosa, y, por consiguiente, un ordenamiento político y jurídico que quiera ser congruente con el respeto debido a los derechos humanos, debe acoger y respetar la objeción de conciencia. En una sociedad democrática, moderna, basada en el sistema de derechos humanos y libertades públicas, la admisión de la objeción de conciencia es congruente.¹⁵

1.2.2 Requisitos y limitaciones de la objeción de conciencia

La objeción de conciencia es uno de los fenómenos socio-jurídicos más llamativos que se conocen en la actualidad. Desde su prototipo más emblemático que era la objeción de conciencia al servicio militar, este instituto se ha ido extendiendo en las últimas décadas¹³ y se está produciendo así una especie de *big-bang* jurídico que explica el proceso de ampliación de las objeciones de conciencia: en el viejo tronco nacen nuevas ramas.¹⁶ De

la inicial negativa a prestar el servicio militar se ha pasado a la objeción fiscal a los gastos de la defensa armada; de la objeción de los facultativos y profesionales sanitarios a realizar abortos se ha pasado a la negativa a realizar otras intervenciones éticamente sensibles como sucede con la objeción farmacéutica a la producción y distribución de combinados con potencialidad abortiva, la negativa de los jueces a completar el consentimiento de la menor que desea abortar o el caso del rey Balduino de Bélgica que abdicó para no refrendar la ley despenalizadora del aborto en su país. Asimismo, objeciones a determinados tratamientos médicos obligatorios, como la negativa de los testigos de Jehová a las transfusiones sanguíneas, objeciones en el ámbito laboral, ante la obligación de trabajar en días considerados festivos por la religión que profesa el trabajador. Y nos llevan a hablar de “objeciones de conciencia”, en plural, ya que pese a constituir todas estas objeciones la concreción de un único y primario derecho de libertad de conciencia, una y otras son profundamente diversas en contenido, en motivación, y en tratamiento jurídico.¹³

La amplitud de la objeción será diferente según la naturaleza del deber incumplido, la posibilidad o no de sustitución del objetor en el cumplimiento del deber, el perjuicio causado, etc. Estos elementos deben ser valorados por el juez o el órgano competente para otorgar el status de objetor y para determinar la extensión del derecho a la objeción en cada caso. Esta cuestión se relaciona con los requisitos de la objeción.^{17, 18}

Los requisitos o elementos conceptuales de la objeción de conciencia son los siguientes:

- A. Ausencia de fin político. El móvil de la objeción ha de ser el imperativo de conciencia, no un modo de influir en la opinión pública, obstaculizar la decisión de la mayoría o suscitar adeptos a la postura del objetor. No quiere esto decir que sean ilegítimos esos comportamientos, sino que pertenecen a otras figuras distintas de la objeción.
- B. El respeto a los derechos ajenos. El objetor puede ampararse en su autonomía moral siempre que no transforme a otras personas en objetos o meros instrumentos de la satisfacción de su deber de conciencia, pues la dignidad de la persona impide que pueda considerarse de modo distinto que un fin en sí misma. El objetor está legitimado para incumplir un deber jurídico, pero no lesionar los derechos ajenos, obligarles a compartir sus criterios o utilizar a los demás como instrumentos.

C. Dado que normalmente se producirá un conflicto entre la conducta del objector y el cumplimiento de un deber jurídico o los derechos o intereses de terceros, será necesario hacer una valoración de todo ello para determinar la admisibilidad o no de la objeción. Por una parte debe valorarse la intensidad del imperativo ético del objector; por otra parte la intensidad o extensión de la lesión del derecho o interés que no se satisface. Así hay que valorar la posibilidad de sustitución del objector; en los casos en que sea fácilmente sustituible no habrá problemas para el reconocimiento de la objeción, pero esto no quiere decir que en caso de que sea insustituible no deba admitirse nunca la objeción, por el mismo motivo antes señalado de la dignidad de la persona: nadie puede utilizar a otro (en este caso el objector) como instrumento para el ejercicio de un derecho o la satisfacción de un interés.^{17,19}

Las limitaciones a la objeción deben contar con los siguientes requisitos:

- a) que el interés ajeno sea relevante, que comprometa también su autonomía moral y no se cuente con su consentimiento.
- b) que por el volumen sociológico de la objeción la conducta del objector cause un daño importante o irreversible (aquí se ha de tener en cuenta la posibilidad de la sustitución del objector).
- c) que la conducta previa del objector no le sitúe en una posición de compromiso previamente asumido de realizar la conducta que pretende objetar.^{17,20}

Hay que considerar además que el objector, no pretende alterar los principios de justicia del orden constituido y que su conducta en todo caso se mantiene, por tanto, dentro de la llamada por la doctrina "lealtad constitucional"¹⁷. Pero éste, como cualquier persona, es un ser único, libre, irrepetible, dotado de una dignidad y que, por el hecho de serlo disfruta de unas libertades fundamentales entre las que se encuentran los derechos a la libertad religiosa, de conciencia y pensamiento, las cuales configuran una zona en la que el sujeto tiene pleno dominio de sí, y donde el estado no debe entrar, debe declararse incompetente. En concreto, la libertad de conciencia se refiere al ámbito en el que la persona juzga sobre la bondad o maldad de sus actos y exige al estado abstenerse de señalar cuál es la moral que deben seguir o la conducta que deben elegir los ciudadanos.²¹

Para un ordenamiento jurídico maduro, la objeción de conciencia no debe resultar una incomodidad sino un acicate que le obligue a ser cada vez más respetuoso con la dignidad de los ciudadanos, lo cual le llevará a enriquecerse, a ser más humano, a respetar las minorías y al individuo y a buscar con más fuerza lo verdaderamente justo.^{21,22}

1.2.3 Objeción de conciencia y sociedad actual

La reacción inicial que suscita muchas veces una declaración de objeción de conciencia es de sorpresa. En efecto, la sociedad actual, aunque tiene sus defectos, parece funcionar sin excesivos problemas. Todos compramos y vendemos en ella, respetando unas reglas de juego que permiten esta interacción mutuamente provechosa: una sociedad basada en gran medida en el interés comercial y en el disfrute de bienes y servicios.

En este medio surgen de repente individuos que rompen esa cohesión social. Alegando una interioridad que, cuanto menos, resulta sospechosa de voluntarismo e irracionalidad, se niega a cumplir el papel que tiene asignado en el sistema social, privando a los demás de los bienes o servicios que su actividad proporciona normalmente.

Por consiguiente, la reacción ante unos presuntos derechos, que se basan en presupuestos incomunicables, en una realidad interior (conciencia, sensibilidad individual, creencias religiosas, etc.), es inicialmente de “hostilidad”.²³

*** La sociedad perfecta**

De alguna manera, la reacción inicial de hostilidad que hemos descrito brevemente, se deriva de una convicción bastante arraigada en que estamos viviendo en la sociedad perfecta: una civilización técnica con la democracia liberal como sistema político. Se han acabado las novedades sociales por inventar. Es el fin de la historia del que hablaba Fukuyama. En ella, el objetor es una pieza que chirría, que compromete el buen funcionamiento social.

Para comprender cómo se ha llegado a este extremo, hay que remontarse al origen histórico de este modo de entender la sociedad: la época ilustrada. Ésta introdujo la mentalidad en la que vivimos. Su representante oficial es la Enciclopedia: el intento de estudiar los oficios humanos a fondo, para posibilitar que los hombres alcancen el bienestar mediante la técnica.

En la sociedad actual, la mayor parte de las actividades humanas se orienta según esta idea principal: usemos la técnica para someter al mundo para nuestro beneficio, para conseguir esa felicidad que está ahí, simplemente esperando a que la cojamos y disfrutemos. Para que ese disfrute sea compartido entre todos los miembros de la raza humana, la sociedad debe articularse mediante el liberalismo económico (más o menos corregido) y la democracia liberal como sistema político.

* El nuevo significado de lo ético

En primer lugar, dado que la técnica es el medio de satisfacer las “necesidades”, la técnica pasa a estar en un plano superior, indiscutible. Es la visión de fondo contemporánea, que se refleja en la propaganda de productos dietéticos y médicos: “científicamente comprobado”, etc.

Examinada esta opinión común de modo crítico, podríamos decir que los medios adquieren una gran preponderancia. Desde el punto de vista ético, la técnica es neutra, o más bien, está fuera de toda duda. El mero proceso técnico, que va desde la adquisición de conocimientos hasta la aplicación práctica, no es objeto de juicio negativo. Esta incapacidad de realizar una crítica de la ciencia se debe, en buena medida, a la incapacidad de la ciencia para juzgarse a sí misma. Si la ciencia posee un método que le viene dado por una instancia exterior, filosófica, con su propio método es incapaz de realizar juicios sobre sí misma.

Pero, si no cabe un juicio sobre los medios en cuanto tales, todo juicio “moral” queda reducido a un juicio sobre resultados; más concretamente a un juicio sobre la adecuación de los resultados de la técnica a las “necesidades”. De esta manera, el estado de cosas deseable se convierte automáticamente en meta “ética”, necesariamente buena. ¿Por qué? Simplemente porque es deseada por alguien. Es el hombre el que pone lo bueno o lo malo. Yo soy el mejor juez en mi causa, y se debe respetar mi elección.

Paradójicamente, aunque parece que asistimos a una exaltación del hombre, tal vez asistimos a su eclipse. Dentro de este marco, cuando el hombre trabaja, su trabajo no es acción de una persona. Es transformación mecánica. El hombre desaparece. Sus elecciones o deseos son el motor que mueve la economía, centro dominante de la sociedad actual. Pero, cuando se relaciona con los demás en una sociedad economicista, no se relaciona en cuanto persona, sino sólo como productor: el hombre queda reducido a *homo faber*.²⁴

Simultáneamente, las elecciones humanas (que establecen las necesidades —los fines, las metas—) dejan de ser racionales. La última razón es “me apetece”. Ya Rousseau entrevió este problema. Las elecciones concretas no tienen unos principios morales detrás: los fines de la “ética” productiva, que es lo racional, caen fuera de la racionalidad.

Éste es el origen de la ética del conflicto de intereses, de los dilemas éticos, tan frecuentes en las exposiciones estadounidenses de cuestiones de bioética: uno de los agentes desea A y otro desea B; para resolver esta discrepancia, hay que intentar compaginar estos deseos; pero, propiamente hablando, no se puede intentar llegar a un acuerdo, pues no puede haberlo, ya que los deseos son solamente irracionalidad de una pretensión, no argumentos racionales.

En una sociedad estructurada sobre este esquema básico, en que lo bueno se hace equivaler a lo deseado, y los deseos se satisfacen con cosas producidas por los demás, el objector de conciencia rompe las reglas de juego: quiere una meta personal, pero pretende hacerlo a costa de dificultar los deseos de los demás. Se le ve, por tanto, como un intolerante, molesto, etc. Es lógica la reacción de hostilidad que mencionábamos al comienzo²⁵ puesto que, en nuestra sociedad occidental, el intolerante es considerado un indeseable.

La tolerancia es una virtud moderna. Se instaura en Europa cuando deja de tener un código de ética único al instaurarse la reforma protestante en 1521, aunque el gran año de la tolerancia fue 1689, el de la llamada Acta de Tolerancia en Inglaterra, tras la revolución de 1688 y de la publicación por John Locke de su famosa Carta sobre la tolerancia.

La tolerancia ha ido convirtiéndose, poco a poco, en un derecho humano, el llamado derecho a la libertad de conciencia. Según él, toda persona tiene derecho a vivir de acuerdo con sus propias creencias religiosas y morales. Nadie, ni el Estado, puede coaccionar a quien no sigue un determinado credo religioso, el estado tiene que ser neutral en cuestiones religiosas, no confesional. Pero los individuos y los grupos sociales pueden, deben y tienen que hacer necesariamente propuestas de valor a la sociedad. Pero lo que no deben es utilizar la fuerza a favor de su propuesta y en detrimento de las otras. Se trata, pues, de compromiso, no de neutralidad y menos de indiferencia, pero tolerante, es decir, respetuoso.²⁶

Así, y con los presupuestos del derecho a la libertad de conciencia, la sociedad debe proteger el derecho de quien quiere vivir con arreglo a sus creencias religiosas o morales, aunque no coincidan con las que las leyes preconizan, como sería el caso de los objetores de conciencia.

La solución se basa en que el derecho a la libertad de conciencia tiene unos límites que no pueden establecerse de modo absoluto sino de forma prudencial, de modo que ese criterio será tanto o más legítimo cuanto haya sido más consensuado por todos, incluídos los afectados.²⁶

Aristóteles, en su Ética a Nicómaco, decía: “*Los legisladores hacen buenos a los ciudadanos haciéndoles adquirir costumbres, y ésa es la voluntad de todo legislador, todos los que no lo hacen bien yerran, y en esto se distingue un régimen de otro, el bueno del malo.*” No siempre las normas y leyes favorecen lo mejor y, desde Aristóteles, los legisladores -por muy democráticamente elegidos que sean- también yerran, de ahí que el Derecho tenga en cuenta el respeto a otras opciones.

1.2.4 La objeción de conciencia en el Derecho Español

Cuando se promulga la Constitución Española (CE) de 1978, la única objeción de conciencia con entidad que se planteaba en España era la relativa al servicio militar. La ley del aborto no se había promulgado, los problemas de conciencia relacionados con la bioética todavía no habían estallado, la negativa por razones éticas a formar parte de un jurado solamente podían vislumbrarse, la objeción de conciencia fiscal a pagar impuestos destinados a actividades militares o a trabajar en días considerados festivos por la propia religión eran cuestiones sin clara trascendencia práctica. Algo similar acontecía con la objeción de conciencia a recibir determinados tratamientos médicos o a cumplir las disposiciones sobre escolarización obligatoria, etc. De ahí que la Constitución explícitamente sólo se refiriera, en su art. 30, a la objeción de conciencia al servicio militar.²⁷

Ahora bien, por referirse a una única modalidad de objeción no parece adecuado extraer de esta norma la conclusión de que la Constitución configura un derecho fundamental a la objeción de conciencia.¹³

La doctrina coincide en afirmar que el precepto constitucional donde se recoge la objeción de conciencia, como ejercicio de la libertad de conciencia en especiales circunstancias, es el art.16.1: “***Se reconoce la libertad ideológica, religiosa y de culto de los***

individuos y de las comunidades sin más limitación, en sus manifestaciones, que la necesaria para el mantenimiento del orden público protegido por la ley".²

La libertad de conciencia podemos definirla siguiendo a Hervada como: "El dictamen de lo que moralmente puede hacerse u omitirse en una situación concreta en la que se encuentra el hombre. El rasgo fundamental de la conciencia reside en que aparece en la acción singular y concreta. No consiste en enunciados generales, sino en el juicio del deber respecto de la conducta concreta que el sujeto está en trance de realizar... está realizando... o ha realizado"^{7,23}.

Fuera de nuestro país, el derecho fundamental a la objeción de conciencia, como manifestación de la libertad ideológica, figura también en:

- La Declaración Universal de los Derechos Humanos del 10 de diciembre de 1948, destinada a concretar el compromiso suscrito en la Carta de las Naciones Unidas (art. 18 y 19), contiene un elenco preciso de derechos fundamentales, entre los cuales distinguimos la libertad de pensamiento, de conciencia y de religión, así como la libertad de opinión y de expresión.²⁸
- En el art. 18 del Pacto Internacional de Derechos Civiles y Políticos de 1966 de Nueva York²⁹ y en la Resolución 36/55 de la O.N.U. sobre la eliminación de todas las formas de intolerancia y de discriminación fundadas en la religión.
- En el Convenio Europeo de Derechos Humanos del 4 de noviembre de 1950 (art. 9), postula el pluralismo, la tolerancia, el espíritu de apertura y el respeto de las minorías.^{30,31}

*Jurisprudencia constitucional. La objeción de conciencia como derecho fundamental.

Uno de los elementos claves en el proceso de interpretación de un precepto constitucional es el análisis de las posiciones del máximo intérprete de la Constitución, y de los restantes órganos jurisdiccionales.

Pues bien, dentro de los pronunciamientos constitucionales, los hay que admiten la ubicación de la objeción de conciencia en el art. 16, y los hay que afirman que, sin desconocer la evidente relación entre objeción de conciencia y las libertades del art. 16, no es posible derivar de esta relación la existencia de un derecho fundamental de objeción de conciencia.¹³

Dentro de la primera línea proclive a considerar la objeción como derecho fundamental, existen dos pronunciamientos del Tribunal Constitucional:

- La STC 19/85 de 13 de febrero, que trata el problema de una objetora al trabajo en sábado, y
- la STC 53/85 de 11 de abril, dictada en el marco de un recurso previo de inconstitucionalidad del Proyecto de ley de despenalización del aborto. En ella encontramos la más clara afirmación del Tribunal Constitucional español:

“La objeción de conciencia forma parte del contenido del derecho fundamental a la libertad ideológica y religiosa del art. 16.1 de la Constitución, y, como ha indicado este Tribunal en diversas ocasiones, la Constitución es directamente aplicable, especialmente en materia de derechos fundamentales (fundamento jurídico 14)”³²

Esta sentencia concluye que la objeción de conciencia es un derecho fundamental que existe y puede ser ejercido con independencia de que se haya dictado regulación legal alguna.¹³ Es una verdadera carta magna de la objeción de conciencia en España, que ya se ha aplicado al caso del aborto y a otros supuestos no regulados explícitamente. Como el propio Tribunal Constitucional ha reiterado, la objeción de conciencia es un verdadero derecho constitucional, esté o no regulado en leyes positivas.³³

Esta resolución viene a sostener, interpretada en el contexto en que fue dada, que el derecho de objeción de conciencia en materia de aborto (nuevamente, se trata de una objeción de conciencia laboral, si bien no en relación con la jornada, sino en relación con la prestación laboral en sí) forma parte del contenido del derecho de libertad ideológica y religiosa. No es necesaria regulación legal para su ejercicio, como ocurre con todo derecho fundamental; basta para ejercerlo su sólo reconocimiento constitucional, a diferencia de otras sentencias respecto a la objeción al servicio militar:

- La STC 15/82 fue el primer pronunciamiento constitucional en materia de objeción de conciencia, pero el Tribunal no quiso en este caso llegar hasta el punto de declarar la existencia de un derecho fundamental a la objeción de conciencia, al menos en lo tocante a la objeción al servicio militar.
- Y en la misma línea, la sentencia 35/85, reconoce que la objeción de conciencia es una derivación de la libertad ideológica pero no llega a calificarlo de derecho fundamental.

Las sentencias 15/82 y 35/85, según S. Seira, forman una categoría intermedia entre aquellas que reconocen con claridad que la objeción de conciencia constituye un derecho fundamental y las que consideran que su vinculación con las libertades del art. 16 no autoriza su calificación como tal. Ambas se dan en relación con la objeción de conciencia al servicio militar y se trata de pronunciamientos anteriores a los del año 1987.

En cierto sentido pueden considerarse los precedentes de las sentencias de 1987, a partir de las cuales se niega a la objeción de conciencia su carácter de derecho fundamental.

Después de este análisis, llegamos a comentar la tercera categoría de pronunciamientos constitucionales que si bien vertidos en relación con la objeción de conciencia al servicio militar exclusivamente, niegan en la STC 160/1987, FJ 3º que pueda calificarse la objeción de conciencia como derecho fundamental sobre una base muy endeble, teniendo además que “inventar” una tercera categoría de derechos, los derechos constitucionales autónomos, que se añaden al ya de por sí complejo panorama del sistema de derechos en el ordenamiento constitucional español.

En conclusión podemos decir que nuestra jurisprudencia constitucional no admite hoy por hoy un derecho de objeción de conciencia con carácter general, sino que según ella cada tipo de objeción presenta un grado distinto de conexión con las libertades del art. 16 y en función de esta proximidad resulta el calificativo de derecho fundamental o no y su correlativa mayor o menor garantía.^{13, 34} Lo que sí parece claro es que la doctrina constitucional en lo referente a la objeción de conciencia al aborto quedó claramente establecida en la STC 53/85 en la que se consideraba como derecho fundamental.

*Reconocimiento de la objeción de conciencia

El procedimiento conducente a la declaración del objetor de conciencia es el modo para satisfacción del derecho pero no es el derecho mismo; sin duda, el procedimiento es fundamental y no puede prescindirse de él, pero sólo puede entenderse como un requisito o condición para el goce del derecho, que no es otro que la exención de un deber jurídico.

Ahora bien, debemos aquí aclarar que el nacimiento del derecho no se produce cuando el objetor consigue la exención, momento a partir del cual puede incumplir el deber, sino en el

mismo momento en que se produce el conflicto en la conciencia individual y por tanto la necesidad absoluta de incumplir que surge en el foro moral individual. Prueba de ello es que el incumplimiento puede ser anterior a cualquier “procedimiento” o declaración de exención, y una vez que el objector ha incumplido su deber , se enfrenta a la autoridad que pueda eximirle o atenuarle la sanción por incumplimiento.

También es en el momento en que aparece el conflicto de conciencia cuando nace la acción judicial para lograr la exención del cumplimiento, y en el órgano jurisdiccional la obligación de realizar la ponderación de los derechos y bienes en conflicto.

Por su parte el sujeto pasivo, que puede ser el Estado, pero también podría ser un particular, en concreto cuando la objeción se produzca en el ámbito de las relaciones trabajador-empresario, debe realizar una ponderación de los bienes en conflicto. Esta ponderación puede tener dos resultados: la “declaración” más o menos inmediata, de la exención, o una resolución en sentido contrario. Si no se ha concedido la exención, esta “ponderación” realizada por el sujeto pasivo quedará sometida a la supervisión de los órganos jurisdiccionales, y en última instancia, del Tribunal Constitucional, ya que el objector dispone de acción judicial para lograr la excepción.

Por eso, la actividad que podemos considerar obligatoria para los órganos del estado, sujetos pasivos (jueces, en última instancia), ante una objeción, es considerar que existe un conflicto de derechos o un conflicto entre un derecho fundamental y un bien constitucionalmente protegido, y determinar, tras un proceso de comprobación, deliberación y estudio, si puede permitirse el ejercicio pleno del derecho, el no cumplimiento del deber, o su limitación en algún sentido: atenuación de la sanción por incumplimiento o no.

Al considerar a la objeción como derecho fundamental, el juez vendrá obligado a una suerte de “inversión de la carga de la prueba”, pasando de considerar una ilegalidad más o menos consentida, a considerarla un derecho cuyo ejercicio es legítimo a priori, salvo que deba limitarse este ejercicio a resultas de la ponderación, caso a caso, de los bienes subyacentes en conflicto.

El proceso de “comprobación” de la sinceridad de las convicciones de conciencia es muy importante, tanto para salvar el principio constitucional de seguridad jurídica como el de igualdad. No se trata de dar licencia para juzgar la conciencia de nadie. No se trata de valorar la razonabilidad o sensatez de las convicciones de conciencia, ya provengan de opciones

estRICTAMENTE INDIVIDUALES O YA PROVENGAN DE UN CREDO RELIGIOSO MÁS O MENOS INSTITUCIONALIZADO.

La comprobación de que se da el supuesto de hecho de la motivación de conciencia no puede extenderse por tanto a comprobar la verdad objetiva de las convicciones del sujeto, sino sólo su “sinceridad”, esto es, que la conducta de esa persona en otros ámbitos de su vida es coherente con las convicciones de conciencia que ha declarado para fundar su objeción al deber jurídico. Así lo exige la más elemental prudencia, amén del principio de seguridad jurídica, para evitar masivos fraudes a la ley.

Ahora bien, desde el lado del sujeto activo del derecho de objeción, podría sostenerse que este examen de la sinceridad de sus convicciones puede lesionar su derecho a la intimidad. Este problema es a su vez otro conflicto entre un derecho fundamental y el interés general del ordenamiento en que no se utilice la figura de la objeción de manera fraudulenta.

Ante este problema, el Estado debe buscar otros medios de luchar contra el fraude que le permitan no prescindir de raíz del respeto a la libertad de conciencia, por ejemplo, sanciones civiles, penales y disciplinarias que pueden sobrevenir a la conducta fraudulenta.

El ordenamiento cuenta con métodos para apreciar si existe sinceridad en las convicciones manifestadas, tales como la actitud previa del falso objetor, su pertenencia a una confesión, secta o grupo social organizado en torno a determinada ideología, e incluso la aceptación de una prestación social sustitutoria más gravosa que el cumplimiento del propio deber objetado.

En relación con este último criterio, si bien es cierto que resulta eficaz cara a la disuasión del fraude, creemos que debe hacerse una prudente utilización del mismo, puesto que puede constituir una vía abierta a discriminaciones veladas por motivos ideológicos, al suponer un gravamen más o menos directo sobre la conciencia individual. Se trata también, a nuestro juicio, de una presunción de fraude en contra de quien ejerce el derecho de objeción, incompatible con la tesis que aquí sostenemos en el sentido de que se trata de un derecho fundamental, cuyo ejercicio debe considerarse legítimo a priori.

En algún caso puede exigirse al objetor la prestación de un deber alternativo o sustitutorio, que puede derivarse de la necesidad de salvaguardar el principio constitucional de igualdad, pero que no es consustancial al mismo derecho.^{13, 33, 34}

Llegados a este punto, conviene además señalar que el reconocimiento de la objeción de conciencia no tiene tan sólo una vertiente negativa, sino también altamente positiva.

Siguiendo a Reina Bernáldez, la admisión de la objeción de conciencia “no se limita a producir una relajación hipotética de la normativa vigente en aras del respeto al hombre en su individualidad más radicalmente humana, sino que también, e incluso prioritariamente, produce un enriquecimiento positivo del ordenamiento jurídico: humaniza el Derecho, obliga al Estado a no imponer su ideología, respeta no ya a las minorías sino al hombre individual, atrae otras axiologías distintas a la dominante para trascender de lo formalmente legítimo a lo materialmente justo”.³⁵

1.3 Desobediencia al Derecho

La objeción de conciencia no es primariamente un concepto legal sino que pertenece más bien al capítulo de la filosofía moral o de la ética jurídica, de donde ha sido tomado por el lenguaje del Derecho. Procede, pues, examinar en primer término el significado que pueda tener la objeción de conciencia dentro de la amplia fenomenología de la desobediencia al Derecho.

Hay distintas modalidades de desobediencia al orden jurídico, en primer lugar tendremos en cuenta la motivación o impulso subjetivo, porque muchas infracciones a la ley responden al interés, al egoísmo o a las pasiones, y no encierran ninguna justificación moral; pero en algunos casos el infractor está en condiciones de alegar una motivación ética o moral. Incluso es posible que el propio Derecho considere relevantes esos motivos, justificando una conducta en principio antijurídica.³⁶

La desobediencia civil supone una violación selectiva de ciertas normas jurídicas como medio de presión para que el sistema, de acuerdo con sus reglas de cambio, modifique alguna norma o directriz política³⁷

Dentro de la desobediencia civil cabe incluir aquellas manifestaciones de insumisión al Derecho que, no obstante ilegales, guardan una mínima lealtad al régimen jurídico político, y esa lealtad puede cifrarse en la aceptación de que el cambio de política o de sociedad que se propugna ha de obtenerse a través del consentimiento de la mayoría, no mediante la imposición.

Contrastar las diferencias entre la desobediencia civil con otra forma de incumplimiento como es la objeción de conciencia a fin de destacar su papel especial en la estabilización de un régimen democrático³⁸ como es el nuestro y en el cual desempeñamos los profesionales sanitarios nuestro trabajo diario, nos ha parecido muy importante ahora que estamos al inicio de nuestro estudio.

1.3.1 Definición de los conceptos

1.3.1.1 La desobediencia civil

Es un acto público, no violento, consciente y político, contrario a la ley, cometido habitualmente con el propósito de ocasionar un cambio en la ley o en los programas del gobierno. Actuando de este modo apelamos al sentido de justicia de la mayoría de la comunidad, y declaramos que, según nuestra opinión, los principios de la cooperación social entre personas libres e iguales no están siendo respetados.³⁸

La desobediencia civil es un acto político, no sólo en el sentido de que va dirigido a la mayoría que ejerce el poder político, sino también porque es un acto guiado y justificado por principios políticos, es decir, por los principios de justicia que regulan la constitución y en general las instituciones sociales. Al justificar la desobediencia civil no apelamos a principios de moral personal o a doctrinas religiosas, aunque éstas puedan coincidir y apoyar nuestras demandas, y huelga decir que la desobediencia civil no pueda basarse únicamente en un interés individual o colectivo. Por el contrario, invocamos la concepción de la justicia comúnmente compartida, que subyace en el orden político.³⁸

También la desobediencia civil es un acto público. No sólo se dirige a principios públicos, sino que se comete en público. Se da a conocer abiertamente y con el aviso necesario, y no es encubierto o secreto.³⁸

No es violenta aunque sí es frecuente un mínimo grado de fuerza, siempre controlada, que suele desencadenarse al final del proceso, no ciertamente por voluntad de los desobedientes, sino por la inercia de los hechos, aunque sea sólo la mínima fuerza necesaria para conseguir ese comportamiento de presión socio-política tan connatural a la misma finalidad de la desobediencia civil.^{13, 39}

La desobediencia civil, nos dirá Rawls en su Teoría de la Justicia, utilizada con la debida moderación y sano juicio, ayuda a mantener y reforzar las instituciones justas. El rechazar la injusticia dentro de los límites de la fidelidad a la ley sirve para evitar las divergencias con la justicia, y para corregirlas cuando se produzcan”.³⁸

1.3.1.2 La objeción de conciencia

Constituye una forma de insumisión bastante cercana a este concepto amplio de desobediencia al Derecho: supone una infracción de normas jurídicas que el sujeto considera inaceptables desde el punto de vista de la propia moralidad y no entraña un recurso a la violencia^{36,40}

Supone para la sociedad moderna el reconocimiento de que la ley no agota el ideal de la justicia, llegándose a afirmar que la objeción de conciencia aceptada por el Estado supone para éste una forma de reconocimiento de instancias normativas superiores incluso al propio derecho. Se trataría, según R. Bertolino, de una de las manifestaciones propias de la transformación del Estado moderno, que ya no se define tanto por los deberes de los súbditos cuanto por los derechos de los ciudadanos. La objeción de conciencia constituye un indicador privilegiado de la transformación del Estado de Derecho, que progresivamente pasa a ser el Estado de los derechos.^{41,13}

Se muestra así en toda su radicalidad la ambivalencia que nos ocupa: por una parte la objeción de conciencia se puede entender como confirmador de la vitalidad de la democracia, ya que al tutelar la libertad de forma tan delicada, garantizado el respeto más radical a la dignidad de la persona, en realidad viene a reforzar el consenso y el sistema democrático. Pero por otra parte puede entenderse como elemento de disgregación y degradación del Estado y del Derecho, si es que tanto la justificación como el ejercicio de la desobediencia radican exclusivamente en un puro subjetivismo moral.^{13,42}

1.3.2 Distinción entre ambas

Después de lo comentado hasta ahora, vemos que se pueden adoptar diferentes posturas frente al Derecho y, que es difícil en algunas situaciones diferenciar la objeción de

conciencia de la desobediencia civil. No obstante la mayor parte de la doctrina postula la separación de ambas figuras, aunque en la práctica alguna vez puedan existir límites borrosos entre ambas.

La distinción más radical que establece la doctrina la encontramos en González Vicén, que establece entre ambas una separación tajante: “La desobediencia ética al derecho es una decisión que la conciencia ética individual toma en su soledad constitutiva y que sólo obliga al sujeto de esta conciencia; es una decisión que no traspone los límites del ámbito estrictamente personal y que no pretende más que la paz del individuo con las raíces de su yo. La desobediencia civil representa un intento individual o colectivo de forzar la derogación de unas leyes o un cambio en la política del gobierno”.^{17,43}

Si contrastamos las diferencias entre desobediencia civil y objeción de conciencia diremos que :

- a) A diferencia de la desobediencia civil que es un acto público, no violento, consciente y político, contrario a la ley, cometido con el propósito de ocasionar un cambio en la ley o en los programas de gobierno, la objeción de conciencia simplemente persigue una excepción a un imperativo jurídico concreto y actual, porque éste choca con las propias convicciones morales. La objeción no busca publicidad, ni adhesiones a su causa personal.
- b) La motivación de la objeción se encuentra siempre en la sede individual e íntima de la conciencia humana. La motivación de la desobediencia civil es exclusivamente política.^{44,45}
- c) Como consecuencia de la finalidad de ambas instituciones, la publicidad es algo característico de la desobediencia civil. El carácter participativo de la misma exige una cierta presión política que no puede darse sin publicidad.
- d) Suele ser muy frecuente, que la desobediencia civil se ejerza de modo colectivo, aunque no puede descartarse una desobediencia civil en solitario. Sin embargo, es imposible la objeción de conciencia ejercida en grupo, en cuanto supone un conflicto personalísimo de conciencia que sólo puede darse en sede individual.

- e) Por otra parte, mientras es generalmente aceptado que la desobediencia civil no puede llegar a configurarse como derecho, sí se acepta que la objeción de conciencia pueda configurarse como tal, ya sea bajo la forma de un “derecho general” de objeción de conciencia, o bien como derecho a eximirse de un deber concreto, que debe reconocerse legalmente y caso a caso.
- f) La objeción de conciencia además es una desobediencia necesariamente directa, esto es, se dirige contra un deber jurídico que produce un conflicto de conciencia. Sin embargo, la desobediencia civil, por perseguir un cambio en la legislación, puede recurrir a la violación de otra norma, que por su mayor repercusión social o por resultar más fácilmente vulnerable, sea preferible como instrumento de presión política.
- g) Y por último decir que, el comportamiento característico del objetor suele consistir más en una omisión que en acción, siendo más frecuente que la objeción se formule contra mandatos que contra prohibiciones.¹³

En efecto, si la desobediencia civil es una forma de presión, una táctica política que trata de lograr la modificación de una ley o un cambio de política, cabe decir que el objetor en sentido estricto, es decir, aquel que no pretende cambiar una norma o alterar una política sino sólo preservar su dictamen de conciencia y su comportamiento consecuente, cuenta a su favor con una presunción de corrección moral, presunción que naturalmente podrá ser destruida pero no en nombre de principios políticos formales o de la legitimidad democrática de la ley sino cuando la conducta objetora lesione valores sustantivos que afecten a derechos de terceros, a la autonomía o dignidad de otras personas^{40,36}

Naturalmente, en la realidad de la vida las diferencias entre las distintas modalidades de desobediencia al Derecho pueden mostrarse mucho más lábiles, y de hecho la percepción que tienen los propios practicantes de este género de conductas no siempre se ajusta a los criterios propuestos; la objeción puede entrecruzarse con otras formas de desobediencia o

representar objetivamente un instrumento de presión política, y, por supuesto, parece lógico también que el objector desee un cambio de la ley que él rechaza.^{46,47,48}

1.4 Historia de la objeción de conciencia

Si revisamos la historia podemos ver como una de las primeras expresiones en el tiempo de la objeción de conciencia lo que Sófocles nos contó en “Antígona”, famosa tragedia en la que se trata el problema de si la ley ha de ser obedecida cuando entra en conflicto con la conciencia de cada uno. Antígona da sepultura al cadáver de su hermano en contra de las órdenes del rey Creonte. Cuando el rey le pregunta que cómo se ha atrevido a transgredir su orden pese a conocerla, Antígona le contesta que esa orden no la dio Zeus, y que, las leyes del rey, que es mortal, no pueden transgredir las de los dioses que son inmortales.³¹ En esta misma línea se aduce el episodio narrado en el libro de Daniel, de los tres jóvenes, Sandrac, Mesac y Abed-Nego-, negándose a adorar la estatua de oro de Nabucodonosor, o el episodio del martirio de Eleazar o el de los siete hermanos que se encuentran en el segundo libro de los Macabeos.¹⁵

En la historia del cristianismo son innumerables los mártires que prefirieron morir antes de renunciar a su fe y lo que esta les dictaba. En la historia de quienes obraron o se negaron a hacerlo en conciencia, se puede ver que eran hombres que de ningún modo estaban inclinados de antemano a la oposición, a la disidencia, sino hombres que hubieran preferido, con mucho, cumplir sus deberes diarios sin levantar la cabeza. “Un fiel servidor de mi rey, pero primero de Dios”, era la máxima de Tomás Moro, Lord canciller de Inglaterra, que hizo todo lo posible para no oponerse al rey y evitar así un conflicto, hasta que no pudo conciliar en absoluto con su conciencia lo que el rey le pedía.³¹

No les guiaba a todos ellos ni la necesidad de acomodación ni la de rechazo, sino el pacífico convencimiento de que hay cosas que no se pueden hacer. Y esta convicción estaba tan identificada con su yo que el “no me es lícito” se convirtió en un “no puedo”.⁸

Pero en su sentido más estricto, la objeción de conciencia aparece como objeción al servicio militar obligatorio implantado por Napoleón.¹⁵ Ésta ha sido la primera que se ha

planteado en los tiempos modernos y que ha conseguido obtener un reconocimiento por parte de los ordenamientos estatales y probablemente ha sido a través de esta puerta como se ha logrado una mayor sensibilización de la sociedad ante los fenómenos de objeción.²¹

Ante determinadas obligaciones legales, es cada vez más frecuente el planteamiento de conflictos agudos en el fondo de la conciencia humana.¹⁷ De los conflictos entre individuo y ley que se plantean actualmente en nuestra sociedad, la objeción de conciencia ocupa un lugar destacado, de tal manera que ha pasado de ser un término casi desconocido a interesar a todos. Se trata además de una figura que produce un inseguro desconcierto, pues evoca aspectos tan dispares como la idea de martirio en defensa de la verdad, o la posibilidad de la destrucción de toda noción de obediencia a la ley y de orden público.²¹

Ahora bien, cuando el objector se decanta en estos supuestos por el no a la ley lo hace con un peculiar mecanismo axiológico (un deber para su conciencia) distinto del planteamiento puramente psicológico de quien transgrede la ley guiado por un interés, en definitiva egoísta. Así, la objeción implica el incumplimiento de un deber jurídico con una conducta activa u omisiva, frente a obligaciones de carácter personal o real, en todo caso por un motivo de conciencia. Para la objeción de conciencia los motivos deben de ser exclusivamente éticos o morales, basados en la autonomía de la conciencia individual.¹⁷

Es evidente que la conciencia puede ser diferente según sea de las personas creyentes o de quienes no lo sean: para los ateos o agnósticos la naturaleza de la conciencia moral puede ser más complicada que para quienes creen en la existencia de un Ser Superior que ha grabado en las conciencias los criterios que deben tomarse como referencia para actuar correctamente. De tal modo que las personas con creencias religiosas, sean cuales fueren éstas, tienen claro que su conciencia les impulsa a cumplir las normas divinas, y por tanto, rechazarán por conciencia, por “objeción de conciencia” aquellas reglas humanas que no sean conformes con las leyes superiores. Pero, naturalmente, no podemos olvidar que hay personas que, tras negar la existencia de Dios, no pueden admitir que la conciencia sea la norma divina; así Nietzsche, en su obra “Ecce homo”, comentando el problema de la “psicología de la conciencia” afirma que “... ésta no es la voz de Dios en el hombre sino el

instinto de la crueldad que se vuelve contra el interior del propio sujeto al no poder seguir descargándose hacia fuera”.⁴⁹

A la hora de buscar el significado de conciencia fuera de la idea de Dios, es lógico buscar ideas que aporten alguna luz a esta cuestión, en el ámbito jurídico; ideas que se encuentran en la noción de “Derecho Natural”. Se distingue entre el Iusnaturalismo y el Positivismo⁵⁰: frente a los positivistas, que estiman que no hay más Derecho que el constituido por las disposiciones legales, sea cual fuere el contenido de éstas, los iusnaturalistas entienden que toda norma jurídica, para merecer tal calificativo, tiene que estar legitimada por una norma de rango superior, que es el Derecho Natural. De tal modo que para el iusnaturalismo toda persona, por el hecho de serlo, tiene en su espíritu el conocimiento de una serie de mandatos de orden superior que sabe que no pueden ser vulnerados por las disposiciones humanas, porque, en tal caso éstas dejarían de ser Derecho.

Siempre que se habla de objeción de conciencia, por ésta, por conciencia se está entendiendo un juicio interior que impulsa a la persona a actuar de determinada manera; que el fundamento de dicho juicio sea religioso o se encuentre en el Derecho Natural o en la propia razón del individuo, es algo accesorio; lo que hay que resaltar es que se trata, en todo caso, de una norma interna que obliga a actuar de algún modo.

Ahora bien, la conciencia como norma que nos impulsa a una determinada conducta es perfectamente diferenciable del concepto de norma jurídica por una razón fundamental, porque la norma jurídica se caracteriza por su punibilidad (al llevar aparejada una sanción para quien la incumpla), en tanto que la norma de conciencia carece de tal característica.³¹

Delimitada así la idea de la “conciencia” procede para completar el sentido de tal palabra, aludir a otros interrogantes que surgen al reflexionar sobre la conciencia: ¿A qué obliga la “conciencia” cuando objeta una persona a la realización de un acto concreto permitido por la ley? y ¿La “conciencia” es invariable o puede ir acoplándose a las circunstancias?

En cuanto a la primera pregunta formulada, la respuesta parece clara: la conciencia obliga a refutar la participación en ese acto. Y pasando a la segunda interrogación, tenemos

que reflexionar si, por “conciencia”, debemos entender una idea permanente, inmutable, o por el contrario, tal concepto permite modificaciones como consecuencia del ambiente en el que se vive. Creemos que cuando se está objetando a un acto “por conciencia”, el objector debe de entender por tal un conglomerado de ideas filosóficas, morales y religiosas que le imponen un determinado modo de vida. La idea es que la “conciencia” es algo sólido, estable, entroncado con las ideas de “persona” y “dignidad” pero el rasgo fundamental de la conciencia reside en que aparece en la acción singular y concreta, como dijimos antes⁷.

Naturalmente, lo dicho no impide que dicha conciencia pueda y deba ser enriquecida con reflexiones, lecturas o deliberaciones, pero sin llegar a una mutabilidad tal que pueda producir casos de doble conciencia, doble moral o moral de situación, que recuerde el estilo del Dr. Jekyl y Mr. Hide.³¹

La historia muestra ejemplos en que la sociedad ha defendido incluso formas más radicales de desobediencia ética que la objeción, por el comportamiento coherente con los propios imperativos morales: es el caso de Gandhi, M. Luther King o H.D. Thoreau.¹³

Los que, a lo largo de la historia, han actuado en conciencia contra la autoridad establecida, no lo han hecho por afán de rebeldía, sino por el pacífico convencimiento de que hay cosas que no se pueden hacer. Gandhi, acusado de sedición, se defiende en el más grave de sus procesos con estas palabras: "He desobedecido a la ley, no por querer faltar a la autoridad británica, sino por obedecer a la ley más importante de nuestra vida: la voz de la conciencia".¹¹

1.5 Objeción de conciencia sanitaria

1.5.1 Concepto

El ejercicio de la medicina ha tenido una sorprendente transformación en las últimas décadas y el Profesor Pedro Laín Entralgo califica este periodo de la medicina como “de poderío y perplejidad”⁵¹. La realidad del ejercicio médico en el momento actual no se

diferencia cualitativamente, sin embargo, del de los últimos años, a pesar de la potencialidad o poderío del arte (*tekhné*) de la medicina, hoy más científica que en épocas anteriores. Un avance cualitativo de la medicina al final del siglo XX -y comienzos del XXI-, se ha producido más por el modo en que el médico se ve obligado a ejercerla (perplejidad), que por el avance de los conocimientos científicos (poderío).

En tal sentido y siguiendo al referido autor, en la Medicina actual se co-implican un momento científico-técnico, otro político-social, otro socio-económico y otro psicoético, situando el ejercicio de la medicina por cuatro momentos rectores: la ciencia (pura y aplicada), la economía (nivel de ella, modo de su regulación), la política (niveles y organización del poder del Estado y en la sociedad) y la ética (actitud social y personal ante el problema de la licitud o la obligatoriedad de aquello que pueda hacerse).

El cuarto “momento” del ejercicio de la medicina que ha señalado Laín Entralgo es “la ética médica y social”, que ha sufrido una transformación a lo largo del siglo XX, en el que se han abandonado, definitivamente, los criterios religiosos del ejercicio de la medicina (el pretendido sacerdocio), a cambio de unos principios laicos sometidos a una conducta moral bajo normas sociales. En este nuevo siglo, el ejercicio de la medicina se enfrenta con una potencialidad de actuación sobre el organismo humano, confrontando el riesgo de las actuaciones técnicas con la exigencia de eficacia y seguridad. Este riesgo /eficacia /seguridad requiere la participación de las personas afectadas en la decisión de las intervenciones, lo que requiere compartir la ética del médico con la del enfermo y con la de la sociedad. La ética unitaria de los pasados años, influenciada por las creencias y moral religiosas dominantes, se quiebra diluida en la diversidad de comportamientos éticos en una sociedad laica. Las normas de conducta no son unitarias para los médicos ni para los enfermos, que ya no se someten a la ética del profesional, ni para las sociedades en materia de comportamiento frente a la naturaleza.

La conciencia / comportamiento ético personal puede entrar en conflicto con el comportamiento colectivo que solicita del médico intervenciones sobre la naturaleza en temas de procreación, o en la lucha ante la muerte o en materia de terapia génica. El pluralismo ético, igualmente legal, requiere asimismo un respeto por parte de los enfermos, de los compañeros médicos y de las autoridades sanitarias de aquel que piense de otra manera.⁵²

En un sentido muy amplio, entendemos como “profesión sanitaria” aquella que ejerce actividades relacionadas con la salud, incluyendo tanto actividades referidas a la promoción y protección de la salud, dentro del concepto genérico de "salud pública", como al diagnóstico y tratamiento de la enfermedad, identificado con la "asistencia sanitaria"⁵³.

Observamos como en la actualidad el ejercicio de las profesiones sanitarias se entiende como un servicio a la sociedad, de forma que sus organizaciones públicas, es decir aquellas que tienen capacidad mandataria, actúan ordenando conductas e imponiendo actividades relacionadas con el progreso y aplicación de las ciencias médicas.⁵⁴

La relación del médico (o sanitario) con la sociedad para el ejercicio médico tiene una doble consideración: por una parte, la sociedad de los profesionales, colegiada, de la que se derivan los códigos deontológico de conducta profesional, y de otra, la sociedad civil que decide las políticas de salud. El ejercicio médico actual ha dejado de ser individualista, sin dejar de ser individual e irrepetible, para ser ejercido dentro de la organización sanitaria a través de guías clínicas y protocolos de carácter consensuado, que garantiza la buena praxis técnica y la calidad, pasando de esta manera el médico a administrar la salud con la libertad de su ética individual en un Sistema Público en el que al profesional, a pesar de ser un empleado público, no se le pueda exigir una determinada práctica médica.⁵²

La intervención de la sociedad en el ámbito de las ciencias médicas ha limitado ampliamente la facultad de decisión individual de los profesionales sanitarios, y en concreto de los médicos, cambiando la clásica relación paternalista basada en la obediencia y sumisión, que mantenían con sus pacientes por una relación basada en el principio de autonomía, sustentado en el respeto a la libertad individual y demás derechos personales de los enfermos.

Estos cambios junto a los avances científicos y al desarrollo tecnológico han hecho posible que en la actualidad se presenten a los profesionales sanitarios situaciones que en principio parecen contrarias al propio fundamento de la profesión, por cuanto en lugar de ir encaminadas a la protección y promoción de la vida y de la salud , tienen como fin actuaciones que acaben directamente con la vida (eutanasia, aborto).^{54,55}

De este modo se impone la objeción de conciencia, racional y razonable, basada en principios éticos. En este sentido la Asamblea General de la Organización Médica Colegial aprobó el 31 de mayo de 1997 una “Declaración de la Comisión Central de Ética y Deontología Médica” en la que se expresa:

*“La negativa del médico a realizar por motivos éticos o religiosos determinados actos que son ordenados o tolerados por la autoridad, es una acción de gran dignidad ética cuando las razones aducidas por el médico son serias, sinceras y constantes y se refieren a cuestiones graves o fundamentales”.*¹

El art. 27.1 del Código Deontológico Médico Español vigente en la década de 1990, estipulaba que “es conforme a la Deontología que el médico, por razón de sus convicciones éticas y científicas, se abstenga en la práctica del aborto o en cuestiones de reproducción humana o de trasplante de órganos. Informará sin demora de las razones de su abstención, ofreciendo en su caso el tratamiento oportuno al problema por el que se le consultó. Siempre respetará la libertad de la persona interesada en buscar la opinión de otros médicos”.⁵⁶

El artículo 26 del Código Deontológico Médico Español actual dice textualmente: “1. El médico tiene el derecho a negarse por razones de conciencia a aconsejar alguno de los métodos de regulación y de asistencia a la reproducción, a practicar la esterilización o a interrumpir un embarazo. Informará sin demora de su abstención y ofrecerá, en su caso, el tratamiento oportuno al problema por el que se le consultó. Respetará siempre la libertad de las personas interesadas de buscar la opinión de otros médicos. Y debe considerar que el personal que con él colabora tiene sus propios derechos y deberes. 2. El médico podrá comunicar al Colegio de Médicos su condición de objetor de conciencia a los efectos que considere procedentes, especialmente si dicha condición le produce conflictos de tipo administrativo o en su ejercicio profesional. El Colegio le prestará el asesoramiento y la ayuda necesaria”.⁵⁷

Por otra parte, el art. 22 del Código Deontológico de la Enfermería Española se ocupa también de la objeción de conciencia en los siguientes términos: “de conformidad en lo dispuesto en el art. 16.1 de la Constitución Española, la enfermera/o tiene, en el ejercicio de su profesión, el derecho a la objeción de conciencia que deberá ser debidamente explicitado ante cada caso concreto. El Consejo General y los Colegios velarán para que ninguna/o enfermera/o pueda sufrir discriminación o perjuicio a causa del uso de este derecho”.⁵⁸

Y como nos dirá S. Seira, podemos definir la objeción de conciencia sanitaria como: la negativa de los profesionales del sector sanitario a cooperar o ejecutar materialmente alguna intervención concreta que choca con sus imperativos de conciencia.¹³

La motivación en conciencia que lleva a rechazar la participación en estas intervenciones no obedece sólo a razones religiosas, sino principalmente a razones éticas o deontológicas (*objeciones de conciencia*) y científicas (*objeciones de ciencia*)⁵⁹:

a) *Motivaciones éticas.* En muchas ocasiones, la invocación de la objeción de conciencia nace de un planteamiento ético profesional. Exteriorizan contenidos ético-profesionales emblemáticos, como el respeto máximo a la vida o a la salud del ser humano embriofetal, el área de la legítima libertad de prescripción, la independencia y responsabilidad del acto profesional, la resistencia al consumismo médico, el secreto profesional^{56, 57, 58}

Según Herranz: “La objeción de conciencia es, pues, algo más que un mecanismo para sobrevivir en una sociedad éticamente fracturada, pues pone de relieve muchos valores éticos positivos (...). Es una manifestación privilegiada de la virtud médica y humana de la integridad, fundamento tanto de la confianza como de la autonomía de la relación médico-paciente y del crédito público de la profesión médica”^{60,61}. Ha de tener un fundamento sólido y no puede ser una táctica oportunista y cambiante. No cabe objetar para eludir las obligaciones ante la sanidad pública y realizar esas mismas intervenciones en consultas privadas con el beneficio económico resultante. Esa conducta está tipificada como una falta grave, sancionada con un severo expediente disciplinario (cfr. art. 64.3 de los Estatutos Generales de la Organización Médica Colegial de España).

b) *Motivaciones científicas.* El objetor, basándose en la *lex artis* del momento, también puede servirse de argumentos científico-profesionales para rechazar ciertas intervenciones, por entender que puede ofrecer otras alternativas válidas de tratamiento que respetan también la vida o suponen menos riesgos para la salud. Tal sería el caso, por ejemplo, del médico que invoca la objeción de ciencia por cuestionar la conveniencia de la prescripción médica de los fármacos microabortivos por los efectos secundarios que producen^{60,61,62}.

1.5.2 Tipos de objeción de conciencia sanitaria

En el ámbito de las profesiones sanitarias podemos distinguir 2 tipos de objeción de conciencia: la propia y la impropia⁵⁴.

1.5.2.1. OBJECION DE CONCIENCIA PROPIA

La entendemos como la negativa a ejecutar o cooperar directa o indirectamente en la realización de prácticas médicas, permitidas por las normas legales, pero contrarias a la moral, los usos deontológicos o a las normas religiosas.⁶³

La objeción de conciencia, puede plantearse en relación a situaciones asistenciales diversas, donde existe contradicción entre las normas y los principios morales.

1.5.2.2. OBJECION DE CONCIENCIA IMPROPIA

Hablamos de objeción de conciencia impropia porque en estos casos no se produce un conflicto entre una norma legal y otra moral, sino que lo que se produce es un choque entre dos conciencias, la del profesional, que considera su deber intervenir para preservar la vida o la salud del paciente, y la del paciente que por sus convicciones religiosas o ideológicas considera que tiene el deber de rechazar el tratamiento.

Las situaciones que con mayor frecuencia pueden dar lugar a este conflicto son: las negativas a recibir transfusiones de sangre planteadas por los Testigos de Jehová; la negativa generalizada a recibir tratamientos médicos de los miembros de la secta conocida como Christian Science; y el rechazo al tratamiento médico de las personas en huelga de hambre, ya sea por motivos ideológicos, políticos o de cualquier otra naturaleza.

El análisis en profundidad del conflicto planteado por el rechazo a tratamientos médicos supone una colisión entre los derechos de la persona (derecho al propio cuerpo, derecho a la intimidad personal y familiar, derecho a la libertad ideológica y religiosa, etc) con dos intereses públicos de primer orden, de un lado el interés del Estado en preservar la vida y la salud de sus ciudadanos y de otro el interés en mantener la integridad ética de la profesión médica, cuyo objeto es procurar la salud de quienes se confían a su cuidado.⁶¹

Desde el punto de vista ético parece que la objeción de conciencia del médico en estas situaciones podría quedar amparada por el art. 9.3 del Código de Deontología médica, que dispensa al médico de su obligación de asistencia cuando se produce un desacuerdo entre el médico y el paciente, porque el médico rechace como inaceptable la demanda del paciente por razones científicas o éticas.

Desde el punto de vista jurídico, la problemática que se plantea en casos de rechazo de tratamientos por parte del enfermo o sus allegados y que pone en peligro la vida del paciente es establecer que debe prevalecer, si el derecho del paciente a rechazar el tratamiento, o el deber de asistencia del profesional. Ante estas complejas decisiones y sus importantes consecuencias, mientras no se llegue a un acuerdo, deben ser los jueces los que indiquen a los médicos cual debe ser la actuación correcta en un caso concreto.⁶⁴

Y para terminar debemos decir que el reconocimiento al derecho de objeción de conciencia de los profesionales sanitarios es imprescindible para un ejercicio profesional responsable, que tiene su base en la libertad y la independencia de juicio, puesto que no hay vida moral sin libertad, ni responsabilidad sin independencia.⁵⁴

Ahora bien , el profesional sanitario que desee ejercer la objeción de conciencia debe hacerlo con coherencia y reiteradamente, esto es, sin utilizarla como un medio para liberarse del trabajo. La decisión debe tomarse con la conciencia “bien formada, informada y calibrada” y sobre asuntos importantes, como es el derecho a la vida.^{65,66,67}

1.5.3 Motivos de OCS y actos médicos objetables

Los supuestos o prestaciones en los que el personal sanitario puede presentar la objeción de conciencia son muy diversas y, puede decirse que no es posible agotar todo el abanico de posibilidades, tan amplio como la propia casuística que la profesión pueda ofrecer. En nuestro estudio hemos enumerado aquellos que nos parecieron, al realizar el cuestionario, que podían ser más frecuentes e importantes a tener en cuenta en la actividad clínica e investigadora habitual de los profesionales sanitarios.⁶⁸

También debo decir, que somos conscientes de que no todas estas situaciones están en la actualidad legalizadas en nuestro país, pero estamos convencidos sobre el cambio cualitativo que se va a producir en las próximas décadas en el ejercicio de la medicina y pensamos que el estudio de la objeción de conciencia sanitaria quedaría incompleto si no estudiásemos todos estos supuestos que son temas de gran interés, al mismo tiempo que pensamos con ello facilitar al personal sanitario su conocimiento y reflexión ante este nuevo capítulo de la ética médico-social que nos va tocar abordar en ejercicio de nuestra

profesión en el siglo XXI y en el que ya no se tratará sólo de la defensa de las personas sino de la propia especie humana.

No es posible abarcar toda la casuística que puede presentar el fenómeno de la objeción de conciencia, pero vamos a comentar brevemente y siguiendo un esquema básico que posteriormente veremos en nuestro cuestionario, los casos que se podrían plantear como motivos en los que hacer objeción. Son:

- Los relacionados con el máximo respeto y sacralidad de la vida humana: El *aborto voluntario*^{56,69,70}, la *píldora del día siguiente*⁷¹, la *fecundación in vitro*^{72,73}, la *eutanasia*^{74,75}, el *suicidio asistido*⁶⁸, la *retirada de tratamientos de soporte vital*^{76,77,78} y la *limitación del esfuerzo terapéutico*^{79,80,81}
- Relacionadas con la salud del ser humano embriofetal y con la manipulación de las células estaminales embrionarias humanas: La *investigación con embriones*, la *clonación terapéutica* y la *clonación reproductiva*
- Los *estudios con animales vivos* para la investigación tanto fisiológica como patológica, basados en que el comportamiento del hombre con los animales no puede ser destructor^{83,84}.
- La *hemoterapia / transfusiones* considerada en la práctica clínica como método terapéutico y que al igual que las *vacunas* impuestas ante riesgos de epidemia y en el ámbito escolar, estarían considerados en algunas ocasiones como tratamientos médicos obligatorios⁸⁵.
- La *vasectomía/ligadura de trompas*, técnicas de esterilización irreversibles, la *prescripción de anovulatorios* como método anticonceptivo y la *prescripción o colocación de DIU (Dispositivo intrauterino)* con doble efecto antiimplantatorio y contraceptivo, se consideran todos como métodos de planificación familiar.
- La *circuncisión de niños* y la *ablación de clítoris* prácticas de mutilación genital justificadas en algunas culturas por motivos religiosos.
- *Otras intervenciones* como la selección preconcepcional del sexo; la alimentación forzada de huelguistas de hambre; los reconocimientos médicos para el servicio militar; la cooperación con la policía en la obtención de información, y la participación en la ejecución de la pena capital; el trasplante de órganos; algunas

intervenciones de psicocirugía, y determinados experimentos sobre hombres o animales.⁶¹

1.5.4. Reconocimiento jurídico de la OCSanitaria

La jurisprudencia del Tribunal Constitucional pone en conexión la objeción de conciencia con las libertades religiosa e ideológica reconocidas en el artículo 16 de la Constitución Española⁸⁶ y parece que la libertad de conciencia está amparada por la Constitución. En primer lugar, porque se ha de entender incluida, tanto en la libertad religiosa como en la libertad ideológica, a las que va intrínsecamente unidas. En segundo lugar, por la positivación del conjunto de los derechos inherentes a la dignidad de la persona humana que hace el apartado 1 del art.10, a la vez que el apartado 2 remite a la Declaración Universal de Derechos Humanos, que habla expresamente de la libertad de conciencia en su art.18.¹⁵

Así la STC 15/82, de 23 de abril, que afirma: “puesto que la libertad de conciencia es una concreción de la libertad ideológica que nuestra Constitución reconoce en el artículo 16, puede afirmarse que la objeción de conciencia es un derecho reconocido explícita e implícitamente en la ordenación constitucional española”.⁸⁶

1.5.4.1 Legislación en España

La objeción de conciencia sanitaria no está regulada específicamente por el Derecho español; es un derecho fundamental que, según el fundamento jurídico 14 de la Sentencia del Tribunal Constitucional 53/85 de 11 de Abril, “forma parte del contenido esencial de las libertades del art. 16.1 de la Constitución” –se trata de una de las manifestaciones de las propias creencias– y como tal, “la CE es directamente aplicable”. Por tanto y como hemos dicho al principio, “el derecho de OCS (...) existe y puede ser ejercido con independencia de que se haya dictado o no tal regulación” (STC 53/1985). En consecuencia, “quien objeta esgrime ya un derecho; no apela sólo a su conciencia, sino además al derecho fundamental que la tutela. (...) En las libertades de pensamiento, religión y conciencia están ya potencialmente planteadas todas las posibles objeciones, llamadas a delinear la frontera del espacio de autonomía personal y de incompetencia del Estado en que consisten

primariamente estas libertades. Una frontera sinuosa y cambiante, difícil de establecer de modo definitivo desde postulados teóricos, o sobre la rígida base de la ley, y que más conviene a la jurisprudencia” (Martín de Agar).^{59,87}

La única regulación española sobre la OCS es de carácter reglamentario. Se trata del RD de 21.11.1985, sobre Centros Sanitarios acreditados para la práctica de abortos legales. En él se dispone: “la no realización de la práctica del aborto habrá de ser comunicada a la interesada con carácter inmediato al objeto de que pueda con tiempo suficiente acudir a otro facultativo”.

Pero además, la jurisprudencia española se ha ocupado de otras situaciones donde la objeción de conciencia plantea conflictos a los profesionales sanitarios como es, en la prescripción de algunos tratamientos médicos, donde el problema se ha abordado desde una doble perspectiva. La primera, abordando tan sólo supuestos de negativa a la recepción de tratamiento hemotransfusional; la segunda, haciéndolo solamente desde su vertiente penal, y con atención a la posible responsabilidad del Juez que ordena, ante la negativa de un adulto capaz o de los padres de un menor, la aplicación de un tratamiento.⁸⁵

Respecto a otra situación donde la posibilidad de hacer objeción de conciencia también será objeto de nuestro estudio -como es la eutanasia-, el Derecho español, hasta el momento, protege el derecho a la vida y a la salud como norma general, por lo que en cierto modo iría en contra de la eutanasia.

Existen iniciativas –en un primer momento por parte de determinadas comunidades autónomas, y posteriormente por parte del Estado- para permitir que una persona pueda decidir si se le practica o no una determinada operación, o si quiere seguir o no un determinado tratamiento, en el caso de que no esté en condiciones de decirlo, y es lo que se conoce con el nombre de testamento vital o documento de voluntades anticipadas, y podría suponer una iniciativa del reconocimiento de la eutanasia, aunque con ciertas limitaciones.^{88,74}

Y ya por último, respecto a la reproducción humana, una de las materias bioéticas a las que el Derecho español ha dedicado más atención porque forma parte del contenido de los derechos reproductivos, alude al inicio de la vida y suscita gran debate ético y jurídico,⁵⁹ tanto en lo referente a las conductas encaminadas a evitar la procreación (la

contracepción incluida la post-coital^{89, 90, 91}, la esterilización voluntaria y el aborto), como las que se dirigen a facilitarla mediante reproducción asistida.

Una mención especial de las principales normas jurídicas sobre Bioética y reproducción asistida en España es el Convenio relativo a los derechos humanos y la biomedicina conocido como Convenio de Oviedo, de aplicación directa en España publicado en el Boletín Oficial del Estado del 20 de octubre de 1999. El Convenio, además de ocuparse del consentimiento, la vida privada y el derecho a la información, la investigación científica, la extracción de órganos y los tejidos de donantes vivos, se ocupa también en el capítulo IV del genoma humano (arts. 11 a 14). Otras leyes y normativas se ocupan de estos aspectos en continua evolución.^{92, 93, 94}

No es objeto de este estudio revisar la legislación sobre los distintos temas bioéticos que se pueden presentar y ser motivo de objeción, sino sobre lo relativo a la propia objeción de conciencia sanitaria por lo que no insistiremos más en este tema.

1.5.4.2 Legislación en el Derecho comparado (resto del mundo)

El derecho a la objeción de conciencia no está expresamente reconocido en ninguno de los clásicos textos internacionales de derechos humanos. Y no deja de ser una interesante coincidencia el que figure explícitamente, por primera vez, en el art. 10.2 de la Carta de los Derechos Fundamentales de la Unión Europea (CDFUE,2000), documento que también dedica una regulación detallada y novedosa a la dignidad humana, al derecho a la vida (art. 2) y, en especial, a la integridad física y psíquica de la persona (art. 3).⁵⁹

La situación es diversa en el Derecho comparado.

- En Italia, la objeción de conciencia de los investigadores está contemplada en algunas leyes regionales, como el art. 2.3 de la Ley de Lombardía 20.6.1975, n. 97 y el art. 4.3 de la Ley del Piamonte 9.1.1987, n. 3, que prevén que los profesionales de la salud por “motivos fundados”, en el primer caso, por “declarados motivos”, en el segundo, puedan negarse a participar en los programas de investigación designados por los órganos competentes. A su vez, la Ley del 12.10.1993, n. 413, sobre *Normas acerca de la objeción de*

conciencia a la experimentación animal, reconoce el derecho de objeción a los ciudadanos que se oponen a la violencia sobre todos los seres vivientes (art. 1); en concreto, los médicos, investigadores, el personal sanitario y los estudiantes universitarios pueden declarar la objeción respecto a las actividades específica y necesariamente encaminadas a la experimentación animal (art. 2).

- En el Reino Unido, la section 34 de la *Human Fertilisation and Embriology Act* (1990) reconoce la objeción de conciencia de los investigadores científicos en el sector de la biología y de la genética;
- y en Austria, la *Ley de Reforma Universitaria* garantiza una tutela similar a los investigadores en el caso de experimentaciones cuyos métodos o contenidos puedan crear problemas de conciencia.⁵⁹

Pero en todo caso, al margen de los tipos de objeción de conciencia codificados legislativamente, la doctrina nacional y extranjera hemos visto que viene aplicando una extensión analógica de las normas sobre objeción del personal sanitario al aborto y a todos los casos en los que las investigaciones, experimentaciones o manipulaciones genéticas afectan a la vida y dignidad del embrión, en cualquiera de sus fases de desarrollo⁵⁹ así como a los tratamientos médicos⁸⁵, temas estos de objeción sobre los que más se ha legislado hasta ahora pero además, con el progreso científico y técnico de la medicina actual, se van a ir planteando cada día en mayor número nuevas situaciones en la práctica clínica diaria que demandarán la existencia de una legislación específica al respecto.

1.5.5 Regulación de la OCSanitaria en España

Se suele entender que la objeción de conciencia opuesta por los profesionales, y por los médicos y sanitarios en particular, se presenta no como el rechazo de deberes impuestos a los ciudadanos con carácter general, sino como la objeción a determinadas obligaciones contractuales o profesionales, que en el Derecho español lo sería de acuerdo con el imperativo del Estatuto de los Trabajadores de 10 de marzo de 1980 (art. 20) y la Ley 55/2003, de 16 de diciembre, del Estatuto Marco del personal estatutario de los servicios de salud (art. 19). En este sentido, y a primera vista, podría sustentarse que puesto que tales obligaciones son asumidas voluntariamente por el profesional al incorporarse al puesto de

trabajo, la alegación de la objeción de conciencia a determinadas prestaciones profesionales se debilitaría⁹⁵, y que quedaría entonces como alternativa la renuncia al puesto de trabajo o la solicitud de la excedencia. Sin embargo, siendo cierto que en realidad se objeta la prestación de un acto profesional a la que viene obligado en principio - aunque no de forma absoluta -⁹⁶, la objeción es admisible si no se quiere incurrir en discriminación (art. 14, CE: "... sin que pueda prevalecer discriminación alguna por razón de ... religión, opinión o cualquier otra condición o circunstancia personal o social").⁶⁴

Pero sin embargo, cabe afirmar que en el ordenamiento jurídico-laboral español, si bien se garantiza y protege la conciencia individual del trabajador a través del derecho reconocido en el art. 16.1 de la CE, ello no puede conducir a declarar la existencia de un derecho subjetivo a la objeción de conciencia en este ámbito. Ya que además tal afirmación, equivaldría a optar por un concepto de objeción de conciencia excesivamente vago, porque es difícil delimitar la objeción en general excepto en dos excepciones, la cláusula de conciencia de los periodistas y la objeción de conciencia del personal sanitario a participar en prácticas de interrupción del embarazo, en esta última están implicados unos derechos fundamentales superiores que son a la libertad ideológica o religiosa y que por tanto ponen en conflicto la conciencia individual ante la necesidad de proteger la vida del nasciturus.⁹⁷

Ahora bien, si la propia Constitución en su art.30,2 reconoce la objeción de conciencia al servicio militar², tomando como modelo esta objeción, e intentando por nuestra parte que un día se pueda regular la OCS, hemos encontrado que, la doctrina suele observar que los *principios* que han de informar toda *regulación positiva* de la objeción de conciencia son los siguientes⁸⁶:

- a) debe regularse, de modo que su reconocimiento no conlleve la crisis de la ley, evitando que la excepción a ésta no se resuelva en un sustancial privilegio.
- b) debe garantizarse el control de buena fe del objetor, de tal modo que se prevenga adecuadamente el posible fraude de la ley.
- c) suele establecerse, junto a la verificación de los motivos del objetor, una prestación sustitutoria que haga difícil el fraude.

- d) finalmente, la condición de objector no debe implicar ninguna discriminación para el objector mismo.

Estas directrices, comparadas con la regulación que el derecho comparado suele otorgar a la objeción de conciencia al aborto, o de cara a regular legalmente otros tipos de objeción de conciencia sanitaria, nos lleva a observar una serie de *diferencias* que debemos considerar⁸⁶:

- a) la exención del servicio militar iba siempre acompañada del establecimiento de una prestación social sustitutoria, lo que en ningún caso ocurre en el supuesto de objeción al aborto ni debe ocurrir tampoco en otras situaciones de la OCS.
- b) a diferencia del servicio militar donde se debía verificar la seriedad y congruencia de los motivos aducidos por el objector. Tanto en el caso del aborto, como en otras situaciones de la práctica clínica susceptibles de objeción, ésta no es concedida, sino simplemente declarada, sin que, en muchos supuestos, haya que aducir motivaciones específicas.
- c) la objeción al servicio militar estaba sometida a un plazo para su alegación, mientras que en el caso del aborto u otras situaciones debe poder ser declarada en cualquier momento.
- d) en todo caso, el fundamento de la diferencia estriba en que de una forma u otra los ordenamientos jurídicos otorgan cobertura constitucional a la tutela de la vida humana; de tal modo que el personal sanitario que objeta a la realización de un aborto y también nos atrevemos a decir que se puede extender a otras situaciones de la práctica clínica, encuentra en las normas constitucionales una justificación de su actitud. Al contrario de la objeción al servicio militar- que suponía una excepción al deber general de defender al Estado-, la objeción al aborto y otras no son una excepción, sino más bien un ir a favor de la vida humana protegida en la Constitución.

1.5.5.1 Aspectos básicos de una futura regulación legal

Con todo lo anterior, se intenta establecer un marco genérico para ejercitar en toda su extensión la mencionada objeción. Sin embargo, la casuística en materia de objeción sanitaria puede ser de tal complejidad y variedad que es necesaria una cierta normativa que marque los cauces de su ejercicio.

Por ello, una futura regulación legal debería afrontar los siguientes extremos⁸⁶:

- a) en cuanto a los sujetos que pueden ser objetores, tanto personas físicas como jurídicas, el modo de declarar la objeción y su extensión.
- b) actividades susceptibles de objeción: participar directa e indirectamente, atención clínica anterior o posterior, personal auxiliar, etc. Regular la posibilidad de que el personal sanitario objetor pueda participar en actividades orientadas a soluciones alternativas.
- c) en cuanto a la condición de objetor, convendrá delimitar claramente la prohibición de discriminar a los objetores en materia laboral, ascensos, traslados, etc.

No sería necesaria ni conveniente una regulación excesivamente prolífica, pero debería contener previsiones al menos sobre los puntos anteriores y además sobre el procedimiento de su alegación y revocación explícita o implícita, que vamos a comentar a continuación y las medidas organizativas para suplir al objetor.⁶⁴

Sigue abierta la cuestión de la conveniencia de una regulación específica de la objeción de conciencia, a la vista de los aspectos relativos a la misma que permanecen todavía excesivamente indefinidos, y que pueden de hecho romper el equilibrio de los derechos en juego.^{96, 98, 99}

1.5.5.2 Documento donde manifestar la objeción

Por lo que hemos visto, es lícita la abstención de los profesionales médicos en la práctica de situaciones sanitarias diferentes por motivos de conciencia. La inexistencia de una norma escrita no es tampoco obstáculo para no extraer el incumplimiento contractual. Sin embargo, deben hacerse advertencias sobre la concreta actitud de los aludidos profesionales y sobre el momento en que debe conocerse (emitirse) su negativa a colaborar

en esas situaciones. Determinar un plazo de preaviso en cuanto a la negativa no cree Sagardoy que sea la solución. Dice que: “Nadie puede saber en circunstancias normales y con antelación si va a verse en la coyuntura de tener que negarse a practicar un aborto; la incertidumbre, por tanto, es un factor que cuenta... No puede establecerse un plazo preaviso, reiterable cada vez que se repita la misma circunstancia. Por otro lado, el repetir un cierto número de veces la negativa en el hipotético caso en que se planteara la realización de un aborto no despeja la incógnita sobre que ocurrirá en el momento oportuno, y además, si la negativa es oral, tampoco establece una constancia o certeza sobre la actitud del profesional médico. Quiere ello decir que en este caso debe adoptarse a priori, esto es, desde el nacimiento mismo del contrato de trabajo, una reserva de conciencia donde se advierta la imposibilidad moral del médico de acceder a la demanda de quienes quieran abortar. Ello elimina también las dudas que al respecto pueda tener el beneficiario de la Seguridad Social en la elección de quien le atienda, evitando así malentendidos”.⁹⁶

Lo anterior, creemos que se podría hacer extensivo a la OCS en general y abogamos por la creación de un documento, para que en un momento oportuno – no necesariamente coincidiendo con la contratación – el trabajador manifieste explícitamente la imposibilidad de realizar determinados trabajos incompatibles con determinadas obligaciones nacidas de sus derechos religiosos o de conciencia.⁹⁷

Un problema que se plantea y que es de la máxima importancia es el del momento en que el profesional objector ha de manifestar su condición, tanto para que se le reconozca el ejercicio de su derecho como para que el centro en el que presta sus servicios pueda adoptar las medidas oportunas para sustituirle en el acto o actos que serán objetados. Por lo general suele exigirse que el profesional comunique su condición de objector a la autoridad sanitaria correspondiente o a la dirección del centro en el que desarrolla su trabajo. A este criterio se ha opuesto que con tal exigencia se vulneraría su derecho a la intimidad o a no tener que declarar sobre sus ideologías o creencias. La conciliación de ambas posiciones se presenta así de difícil satisfacción, al tener ambas su razonable fundamentación. De nuevo se echa en falta una regulación que contemple estos aspectos.⁶⁴

De todas formas, la CE aporta alguna luz al respecto, puesto que indica que “nadie podrá ser obligado a declarar sobre su ideología, religión o creencias” (art. 16.2). Por consiguiente, ante la situación legal actual, no podría imponerse que el objector comunique a

la autoridad sanitaria que corresponda su rechazo a intervenir en la realización de interrupciones de embarazo, nos dirá Romeo Casabona, y nosotros lo extendemos a otras supuestas situaciones de objeción de conciencia sanitaria. Tal requisito sólo podría establecerse por ley orgánica, en cuanto afectaría al desarrollo (o limitación) de un derecho fundamental. No parece que este hipotético supuesto, tener que manifestar el profesional su negativa a intervenir en prácticas abortivas, se oponga al precepto constitucional citado (al menos no a su contenido esencial), pues en realidad no se le obligaría (o no se le debería obligar en una futura ley) a declarar sobre sus creencias, sobre las que no tendría que hacer ninguna alusión, ni fundamentar o motivar su negativa, sino sobre una consecuencia externa de las mismas, cualquiera que fuera su adscripción, sobre la que no tendrá que declarar en ningún momento, ni ser sometido a procedimientos inquisitivos.⁹⁸

En este contexto, no es considerado acertado ni conveniente desde el punto de vista constitucional y práctico establecer medidas para la comprobación de la veracidad de la objeción por motivos de conciencia, lo que en cualquier caso sólo podría fijarse por ley en el futuro, no siendo posible en la actualidad.⁶⁴

Ahora bien, como dice Seira: “en aras a asegurar la veracidad de la objeción y en orden a posibilitar su ejercicio, existe la necesidad de declarar las convicciones personales..... El derecho, que nace y existe desde el momento en que se produce el conflicto de conciencia, no puede hacerse valer en las relaciones jurídicas si no se ha manifestado”.¹³

La práctica habitual, en ausencia de regulación al respecto, se establece en el sentido de hacerlo como lo exija el caso concreto y sin formalidad alguna. También se debe prestar tal declaración ante la autoridad sanitaria, cualquiera que sea su nivel, que requiera al objetor. Y eventualmente, también será necesario manifestarlo en el momento de la contratación, si lo pide el empleador.¹³

Respecto a la conveniencia o no de crear un registro de objetores, no sería inconstitucional según A. Ruiz Miguel⁹⁸, pues está previsto legalmente para la objeción de conciencia al servicio militar. Parece que la única finalidad en la objeción de conciencia sanitaria sería puramente organizativa, en orden a que el centro sanitario pueda saber con qué recursos humanos cuenta para la práctica de intervenciones éticamente sensibles. Y según Seira, la elaboración de un registro público para recabar esta información puede tener

serios problemas de constitucionalidad como: discriminación por motivos ideológicos, necesidad de regular el acceso a la información y limitar la libertad de conciencia y autonomía profesional del personal sanitario.¹³

1.5.6 Problemas para la objeción

Por último, nos queda por comentar los problemas en que la objeción de conciencia puede poner al médico o al resto del personal sanitario frente a una terapéutica o acto médico siempre que su realización supongan un conflicto para su moralidad. En principio, la solución no ofrece especiales dificultades: la objeción debe ser respetada y el médico o personal sanitario no debe ser objeto de discriminación, poniendo - eso sí – los medios para que la terapéutica sea administrada por no objetores. Ahora bien, para que pueda ser respetada y la negativa a aplicar la terapéutica no constituya un acto punible, es preciso como ya hemos comentado anteriormente que sea conocida la objeción antecedentemente.

Silenciar la objeción de conciencia, nos dirá Hervada –aparte de las responsabilidades que hubiere lugar por posible falta de ética profesional u ocultamiento fraudulento de datos- daría lugar a imprudencia temeraria en el caso de que, por negarse a aplicar la terapéutica sin posibilidades de acudir a otro médico o personal sanitario, se produjese en un enfermo la muerte o un daño a su salud o integridad física.^{7, 100}

En la práctica, desgraciadamente, lo anterior no siempre es así: la objeción de conciencia no es un derecho que se ejerza pacíficamente. Y ya son varios los casos planteados ante los Tribunales españoles por médicos, enfermeras y matronas que han sufrido discriminaciones injustas por negarse a participar en abortos.^{59, 35}

La objeción de conciencia suele presuponer en la práctica clínica una situación de desigualdad: el que objeta ocupa, de ordinario, una posición de dependencia. Unas veces, porque es un súbdito, sometido a las leyes permisivas de un país; otras, porque es un subordinado, un miembro de un equipo jerarquizado, que recibe órdenes que pueden crear conflictos de conciencia.⁶¹

Ahora bien, quien gobierna el equipo de profesionales, debe proveer que el trabajo se redistribuya de modo que el respeto a la objeción de conciencia no produzca situaciones injustas, ni de castigo, ni de privilegio, para objetores o no-objetores. El respeto a las

conciencias no debiera nunca crear resentimientos. Sería un cinismo inaceptable que alguien invocara objeción para eludir parte de la carga laboral que debe soportar: el objector debe estar dispuesto a compensar con un trabajo equivalente, en intensidad, duración, molestias y horario, el que deja de hacer por conflicto moral.^{61, 57}

Debemos por tanto apostar por la integridad de la profesión y de los profesionales de modo que¹⁰¹: El establecimiento de una adecuada ética profesional no sea algo que interese sólo a los profesionales implicados en ella, sino que vaya más allá, repercutiendo en el conjunto de la sociedad. Esto es más evidente en las profesiones de tipo sanitario, que tienen marcado carácter social. En Norteamérica “la ética profesional de los médicos alcanza una protección calificada de interés estatal”³⁴. Por ello, se puede establecer que la preservación de la integridad deontológica de las profesiones sanitarias es uno de los límites que priman sobre la autonomía del paciente.^{102,103}

Si se está de acuerdo en considerar al profesional sanitario responsable moral de las acciones, recomendaciones y consejos ofrecidos a sus pacientes, resultará, cuanto menos, paradójico, intentar anular profundamente sus convicciones religiosas y morales en sus acciones. Por ello, es conveniente, por el bien del sujeto, pero también por el de la integridad de la profesión, dar un margen a la objeción de conciencia en los códigos deontológico profesionales.^{101, 57, 58, 89}

No en vano, uno de los fines de las respectivas Organizaciones Colegiales es la promoción, salvaguarda y observancia de los principios deontológicos y ético-sociales de las respectivas profesiones sanitarias, y de su dignidad y servicio (art. 32.1 de los Estatutos Generales de la Organización Médica Colegial, aprobados por RD 1018/1980, de 19.5.1980; art. 3 h) de los Estatutos Generales de la Organización Colegial de Enfermería, aprobados por RD 1856/1988, de 29.6). Consecuentemente, se comprometen a prestar apoyo moral y asesoramiento a los colegiados que ven atacadas su libertad profesional (cfr. arts. 26.2 CEM; 22 CEE), no sólo en nombre de los derechos de libertad ideológica, religiosa y de conciencia y a no ser discriminado (arts. 14 y 16 CE), sino también para cumplir con el deber estatutario de “defender los derechos... de los colegiados... si fueran objeto de vejación, menoscabo, desconsideración o desconocimiento en cuestiones

profesionales”(art. 34.b de los Estatutos Generales de la Organización Médica Colegial)⁵⁹,
⁶⁰.

Ahora bien, el horizonte de las objeciones de conciencia, en conexión con los nuevos problemas emergentes en el campo de la bioética, es tremadamente elástico, precisamente por la imprevisibilidad de las elecciones individuales adoptadas por las conciencias.^{33, 104, 105, 106}

Para evitar conflictos, debemos apostar por la tolerancia cuyo Patriarca fue Voltaire que en su Tratado sobre la tolerancia, publicado en 1763, mantiene como tesis principal: “la necesidad de establecer la más amplia tolerancia y libertad dentro de la sociedad, como garantía de la paz y la concordia social, el sentido de humanidad y la erradicación de la violencia y la injusticia”.¹⁰⁷

2. Justificación y objeto de la tesis

Como consecuencia del rápido desarrollo científico y técnico en Medicina, la práctica clínica diaria lleva a los profesionales sanitarios a situaciones de conflicto entre, por un lado lo que determinan las leyes, indican los gestores sanitarios o desean los pacientes y, por otro, lo que estos sanitarios pueden hacer en conciencia.

No son muchos los puntos de referencia deontológicos y jurídicos sobre la objeción de conciencia. El Código de Ética y Deontología Médicas vigente no lo soslaya, pero la trata de modo incompleto. Por su parte, ninguna de las normas legales específicas sobre materias objetables (leyes vigentes sobre el aborto o la reproducción asistida humana, por ejemplo) incluyen referencia alguna a la objeción de conciencia del médico.

La aplicación de la objeción de conciencia sanitaria no se percibe con claridad en los medios jurídicos y por tanto esto no orienta la conducta profesional de los sanitarios, que se ven implicados en estas situaciones más frecuente y precozmente que otros profesionales generándoles gran inseguridad. Pero conocemos la importancia de respetar la conciencia del profesional sanitario que es un signo de madurez cívica y de progreso moral y político. Partimos de las ideas, que se ha reflexionado poco sobre la objeción de conciencia en el ámbito sanitario en España, que hay una gran laguna en su regulación y puesta en práctica y que se desconoce la opinión de los profesionales sanitarios respecto al planteamiento de la objeción de conciencia en la práctica clínica diaria y los temas que les resultan más conflictivos.

Nos proponemos reflexionar sobre el concepto y el derecho a la objeción de conciencia sanitaria y lo legislado al respecto a través de un análisis ético y legal, comentado ya en la Introducción para posteriormente conocer su puesta en práctica en la actividad clínica diaria del personal sanitario del Sector de Barbastro, mitad oriental de la provincia de Huesca, mediante un cuestionario que recoja la sensibilidad, la opinión y la experiencia de estos profesionales respecto al tema. Para ello, analizaremos diferentes actos médicos objetables y sus motivaciones: aborto, píldora del día siguiente, fecundación in vitro, investigación con embriones, clonación, eutanasia, suicidio asistido, retirada de tratamientos de soporte vital, limitación del esfuerzo terapéutico (supuesto encarnizamiento

terapéutico), estudios con animales, hemoterapia-transfusiones, vasectomía-ligadura de trompas, circuncisión en niños, ablación de clítoris, prescripción de anovulatorios y DIU y otros que consideren puedan ser motivo de objeción. E intentaremos conocer si les resulta fácil llevar a la práctica su intención de hacer objeción de conciencia y analizaremos la necesidad de regulación de la Objeción de Conciencia Sanitaria en España y la manera de aplicarla.

Si en contra de lo esperado, el tema a investigar resultase ser poco conocido y no pudiésemos obtener toda la información que nos gustaría, sólo con haber conseguido despertar el interés por el tema en los profesionales sanitarios ante la tendencia natural a seguir la corriente de opinión común y olvidar la propia conciencia, veremos en gran parte cumplido uno de nuestros objetivos que es dar a la objeción de conciencia sanitaria y a su posible aplicación en la práctica clínica, el reconocimiento y la importancia que merecen.

Reconocemos la existencia de más profesionales relacionados con la sanidad (distintos de los médicos y enfermeras) que se pueden ver en situaciones de hacer objeción de conciencia y, conscientes de esto, nos gustaría que nuestra investigación y sus resultados pudieran ser una aportación para el conocimiento, puesta en práctica y regulación de la objeción de conciencia no sólo en la actividad clínica diaria y en nuestra zona sino en todos aquellos ámbitos de la sanidad donde sea necesario aplicarla.

Hipótesis

1. Que existe el derecho a la objeción de conciencia sanitaria aunque apenas se lleva a cabo en la práctica clínica, pese al aumento de situaciones susceptibles de objeción.
2. Hay profesionales sanitarios cuya conciencia rechaza realizar determinados actos y se considera preciso que se regule la objeción de conciencia sanitaria.

Objetivos

1. Análisis ético y legal del derecho a la objeción de conciencia sanitaria en España.
2. Estudiar la opinión y experiencias del personal sanitario de la mitad oriental de la provincia de Huesca, mediante un cuestionario.
3. Despertar el interés por temas de Bioética en los profesionales sanitarios.
4. Promover la inquietud por la regulación de la OCS y facilitar su aplicación en la práctica clínica.

3. Metodología

Se ha realizado un estudio descriptivo de prevalencia para conocer la opinión y la experiencia de los profesionales sanitarios en el tema de la objeción de conciencia y así detectar la importancia del mismo para estos profesionales.

Queremos explorar diferentes aspectos sobre el profesional que responde la encuesta como son la edad, sexo, categoría profesional, lugar de trabajo, nivel de práctica religiosa, conocimiento del derecho a la objeción de conciencia, si se ha reflexionado sobre este tema y las posibles situaciones de objeción de conciencia sanitaria, si han vivido personalmente alguna situación donde hubiesen tenido que hacer objeción de conciencia y si se objetó o no, en caso de ser no, por qué razones, si creen sería necesario regularla legalmente y si cuestiones de conciencia les han influido para elegir o evitar una especialidad o servicio.

Se han revisado los estudios más importantes sobre la objeción de conciencia sanitaria, sus antecedentes históricos y filosóficos, las bases legales y la jurisprudencia al respecto, mediante una búsqueda bibliográfica en Medline y en el National Reference Center for Bioethics Literature de la Georgetown University, además de consultar obras clásicas que hacían referencia a este tema.

3.1 Cuestionario inicial

Para recoger los datos del estudio, diseñamos previamente y tras consultar con expertos en Bioética y Bioestadística, un cuestionario anónimo y en él partíamos de la base de que existe el derecho a la objeción de conciencia. Constaba de preguntas informativas y otras de opinión, la presentación de éste fue en formato DIN A3 y nos ocupaba cuatro páginas, la primera era una presentación del estudio, en la última estaba impreso un listado que pensábamos podía ser de utilidad con definiciones y aclaraciones de los términos empleados en el cuestionario, en concreto los 17 temas propuestos anteriormente como supuestos de objeción de conciencia sanitaria y en las páginas centrales estaban: en primer lugar, los datos del sanitario encuestado como edad por grupos (20-29, 30-39, 40-49, 50-59, 60-69 años), sexo (mujer u hombre), profesión (médico o enfermera/o) y lugar de trabajo (hospital o centro de salud) y a continuación 11 preguntas que formaban el cuestionario y que eran de diferentes tipos: de elección múltiple (tipo *likert*), preguntas cerradas y/o abiertas.

DATOS DEL ENCUESTADO:

EDAD: 20 – 29 años <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> MUJER	<input type="checkbox"/> HOMBRE
30 – 39 años <input type="checkbox"/>		
40 – 49 años <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> MEDICO	<input type="checkbox"/> ENFERMERA/O
50 – 59 años <input type="checkbox"/>		
60 – 69 años <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> HOSPITAL	<input type="checkbox"/> CENTRO DE SALUD

En la primera pregunta, queríamos conocer si los sanitarios sabían que existe el derecho a la objeción de conciencia sanitaria. En la segunda nos interesaba saber con qué frecuencia había pensado sobre este tema y la planteábamos tipo *likert*, con 5 posibilidades de respuesta (nunca, raras veces, alguna vez, bastantes veces o muchas veces). En la tercera, se exponían los diferentes temas en los que se podía plantear la objeción de conciencia sanitaria, eran 17 (aborto, píldora del día siguiente, fecundación in vitro, investigación con embriones, clonación terapéutica y reproductiva, eutanasia, suicidio asistido, retirada de tratamientos de soporte vital, limitación del esfuerzo terapéutico, estudios con animales, hemoterapia/transfusiones, vasectomía/ligadura de trompas, circuncisión de niños, ablación de clítoris, prescripción de anovulatorios y prescripción o colocación de DIU), queríamos saber cuantas veces se plantearían ser objetores en cada uno de ellos, por eso también era una pregunta tipo *likert* con 5 posibilidades de respuesta (nunca, raras veces, algunas veces, muchas veces y siempre). La cuarta pregunta era abierta, para recoger algún otro asunto que pudiese ser motivo de objeción de conciencia. La quinta nos llevaba a conocer, cuantas veces los sanitarios se habían visto en alguna situación en la que hubiesen tenido que hacer objeción de conciencia. En la sexta pregunta, queríamos concretar en cual o cuales de las situaciones de la pregunta tres habían hecho los sanitarios objeción de conciencia y cuantas veces, y para ello dábamos tres posibilidades de respuesta (nunca, algunas veces o siempre). En la pregunta siete -y una vez que se había reflexionado ya bastante sobre el tema con las anteriores-, preguntábamos si los sanitarios habían dejado de objetar alguna vez y porqué razones de forma que se les planteaban 5 supuestas situaciones como preguntas cerradas con la posibilidad de contestar si ó no, y un último supuesto como pregunta abierta donde reflejar otras posibles razones para dejar de objetar. En las preguntas ocho y nueve, ambas cerradas, y con la posibilidad de respuesta si ó no, queríamos conocer si sería necesario regular legalmente la objeción de conciencia sanitaria.

y si cuestiones de conciencia les habían influido a los sanitarios para elegir o evitar una especialidad respectivamente y, en las dos últimas preguntas, nos pareció imprescindible para el estudio, conocer la religión y el nivel de práctica religiosa de los encuestados por si esto podía influir en los resultados obtenidos; así en la pregunta diez había que responder como se consideraba cada sanitario entre las opciones de creyente y practicante, creyente y no practicante, agnóstico o ateo y en la pregunta once, de que religión se consideraba cada uno. Estas preguntas se formularon así (ver también Anexo8.II: Cuestionario inicial):

1) ¿Sabía que existe el derecho a la objeción de conciencia sanitaria ?: Si No ns/nc

2) ¿Cómo personal sanitario ha pensado sobre este tema?

Nunca	Raras veces	Alguna vez	Bastantes veces	Muchas veces

3) ¿Y en cuál de estos temas se plantearía ud. ser objeto de conciencia?

	Nunca	Raras veces	Algunas veces	Muchas veces	Siempre
1.- Aborto					
2.- Píldora del día siguiente					
3.- Fecundación in vitro					
4.- Investigación con embriones					
5.- Clonación terapéutica					
6.- Clonación reproductiva					
7.- Eutanasia					
8.- Suicidio asistido					
9.- Retirada de tratamientos de soporte vital					
10.- Limitación del esfuerzo terapéutico					
11.- Estudios con animales					
12.- Hemoterapia Transfusiones					
13.- Vasectomía/ligadura de trompas					
14.- Circuncisión de niños					
15.- Ablación de clítoris					
16.- Prescripción de anovulatorios					
17.- Prescripción o colocación de DIU					

4.- ¿Considera algún otro asunto que pueda ser motivo de objeción de conciencia sanitaria? . Señale cual.....

5) ¿Se ha visto en alguna situación en la que hubiera tenido ud. que hacer objeción de conciencia?

Nunca	Alguna vez	Muchas veces

6) ¿En cual o cuales situaciones ha hecho ud. objeción de conciencia?

	Nunca	Algunas veces	Siempre
1.- Aborto			
2.- Píldora del día siguiente			
3.- Fecundación in vitro			
4.- Investigación con embriones			
5.- Clonación terapéutica			
6.- Clonación reproductiva			
7.- Eutanasia			
8.- Suicidio asistido			
9.- Retirada de tratamientos de soporte vital			
10.- Limitación del esfuerzo terapéutico			
11.- Estudios con animales			
12.- Hemoterapia Transfusiones			
13.- Vasectomía/ligadura de trompas			
14.- Circuncisión de niños			
15.- Ablación de clítoris			
16.- Prescripción de anovulatorios			
17.- Prescripción o colocación de DIU			
18.- Otros.....			
19.- Otros:.....			

7) Si cree que dejado de objetar alguna vez ¿por qué razones?

- a) Por pensar que no tengo ese derecho Si No ns/nc
- b) “Respetos humanos”/ cobardía. Si No ns/nc
- c) No saber cómo hacerlo Si No ns/nc
- d) Por no armar lío Si No ns/nc
- e) Falta de tiempo Si No ns/nc
- f) Otras

8) ¿Cree que es necesario regular legalmente la objeción de conciencia sanitaria ?

- Si No ns/nc

9) ¿Cree que cuestiones de conciencia le han influido para elegir o evitar una especialidad o servicio?

- Si No ns/nc

10) Se considera usted.:

Creyente y practicante	Creyente y no practicante	Agnóstico	Ateo

11) ¿De qué religión se considera? Católica Otras:

3.2 Prueba piloto y cuestionario definitivo

Una vez diseñado el cuestionario y antes de aplicarlo de forma masiva a los participantes, lo sometimos a una prueba piloto realizada a un grupo de aproximadamente 20 personas (médicos y enfermeras) de un centro de salud. En concreto se pidió la colaboración al Centro de Salud “Pirineos” de Huesca y así dispusimos de una muestra no representativa ni incluida en la población objeto de estudio, pero sí semejante en sus características fundamentales.

Esta prueba, se realizó en febrero de 2003 y nos llevó a detectar algunas deficiencias en el cuestionario inicial, nos las comentaron los sanitarios al final de la prueba y también las observamos nosotros al revisar una a una las encuestas. Los sanitarios tenían dificultad para comprender y responder bien la pregunta 6, no se había comprendido lo que se preguntaba y por tanto no obteníamos de ella la información esperada, nos dijeron que era por sus múltiples respuestas y la dificultad para concretar cuantas veces habían hecho objeción en las diferentes situaciones. Ante esto, se decidió modificar la pregunta pasando, de ser una pregunta cerrada con varias posibilidades de respuesta, ya comentada, a una pregunta abierta en la que cada sanitario nombraba en cual o cuales de las situaciones de la pregunta 3 recordaban haber hecho alguna vez objeción de conciencia, como sigue:

6) ¿En cual o cuales situaciones de las señaladas en la pregunta 3 recuerda usted haber hecho alguna vez objeción de conciencia?

.....

.....

Posteriormente a esta corrección, nos pareció conveniente revisar de nuevo todo el cuestionario y tan sólo ampliamos dos de las definiciones del final, en concreto las de vasectomía/ligadura de trompas y prescripción o colocación de DIU.

Así, concluimos la elaboración de nuestro cuestionario definitivo (ver en Anexo 8.III: Cuestionario definitivo) que se presentaba para su cumplimentación como un cuadernillo de cuatro páginas, que se doblaba por la mitad y se introducía en un sobre-bolsa de tamaño 162 x

229 mm y color natural que en su exterior llevaba una etiqueta adhesiva donde de forma totalmente anónima iba escrito el destinatario médico o enfermera/o y el lugar de trabajo, bien centro de salud personalizando la localidad donde estaba ubicado o el hospital de Barbastro indicando la especialidad o servicio. Adjunto a esto y para mantener el más absoluto anonimato, dentro de la bolsa iba un sobre de tamaño 120 x 176 mm y color blanco donde guardar el cuestionario una vez cumplimentado. Éste es el que posteriormente se debía entregar sin ningún tipo de identificación.

3.3 Criterios de inclusión y de selección de participantes

Los criterios de inclusión en el estudio han sido ser personal sanitario que trabaja en la sanidad pública y que incluye: médicos especialistas de área que desempeñan su trabajo en hospital y centros de Especialidades, médicos de familia de los equipos de atención primaria, médicos residentes de la especialidad Medicina Familiar y Comunitaria y personal de enfermería ATS/DUEs todos del sector 2 (Barbastro) del área sanitaria I de Aragón correspondiente a la mitad oriental de la provincia de Huesca.

En esta zona hay, respecto a la atención especializada, un sólo Hospital con 120 médicos de los servicios de admisión y gerencia y facultativos especialistas de área de Anatomía Patológica, Anestesia y Reanimación, Cirugía general, Obstetricia y Ginecología, Hematología, Bioquímica, Microbiología, Medicina Interna, Cardiología, Digestivo, Nefrología, Neumología, Neurología, Reumatología, Oncología y Dermatología, Oftalmología, Otorrinolaringología, Pediatría, Radiología, Rehabilitación, Traumatología, Urgencias, Urología, médicos residentes de 1º y 2º años, y 202 enfermeras/os, en concreto, matronas, fisioterapeutas, dirección de enfermería, enfermeras de servicios centrales (3^a, 4^a y 5^a plantas, laboratorio, quirófanos, reanimación, radiología y urgencias) y de consultas externas del hospital y centros de especialidades de Fraga y Monzón.

En cuanto a los Equipos de Atención Primaria (EAP) hay 14 centros de salud en las localidades de Abiego, Ainsa, Albalate de Cinca, Barbastro, Benabarre, Berbegal, Binefar, Castejón de Sos, Fraga, Graus, Lafortunada, Monzón urbano, Monzón rural y Tamarite. Allí trabajan 171 médicos (91 médicos de familia, 6 médicos residentes de la especialidad de Medicina Familiar y Comunitaria de 3er año, 11 pediatras, 3 psiquiatras, 1 dentista, 3

médicos del Servicio de Urgencias en Atención Primaria de Monzón y 56 médicos de refuerzo habituales) y 122 enfermeras/os (88 de las consultas de los EAP y 34 enfermeras de refuerzo).

Me parece importante aclarar, en esta fase del estudio, el trabajo que realiza una parte del personal sanitario que ha colaborado en este estudio, los médicos y enfermeras/os de refuerzo de los EAP, son médicos de familia y ATS/DUE distribuidos en diferente número según las necesidades de cada equipo y que cubren la atención sanitaria en los PAC (Puntos de Atención Continuada) de cada EAP desde las 17 horas hasta las 9 horas en los días laborables y durante 24 horas los sábados, domingos y festivos, al mismo tiempo que sustituyen las bajas laborales de corta duración, los periodos vacacionales y los días de libre disposición de los profesionales titulares.

En total nuestra población de estudio comprendía 291 médicos y 324 enfermeras/os (615 profesionales sanitarios).

3.4 Procedimiento de entrega de cuestionarios

En primer lugar se entregaron los cuestionarios en los centros de salud de forma sucesiva, durante los meses de mayo a noviembre de 2003 en que se realizó la entrega y posterior recogida de las encuestas cumplimentadas, interrumpiéndose durante los tres meses de vacaciones estivales.

El procedimiento que se siguió fue concertar previamente cita con el coordinador de cada centro de salud y escoger un día para presentar el proyecto de investigación y pedir al personal sanitario su colaboración en él. Solía ser el día de la reunión de equipo que concedían unos minutos al principio o fin de la reunión y, así al entregar el cuestionario de forma autoadministrada a los asistentes en presencia del investigador, se podían comentar las instrucciones en voz alta para todos y posteriormente cada sujeto contestaba el cuestionario de forma individual.^{108, 109}

Pensamos en esta forma de aplicación porque creímos que nos aseguraba un mínimo de respuestas y nos suponía un gran ahorro de tiempo y recursos con un sólo desplazamiento a cada punto, garantizando además el anonimato de los encuestados. Si ese día estaban ausentes en la reunión alguno de los componentes del equipo, como por ejemplo, el

personal sanitario de refuerzo por tener un horario de trabajo diferente, se dejaban sus encuestas para introducir vez contestadas en el sobre blanco que se les facilitaba y que se depositaba a su vez en un sobre de tamaño Folio dejado a tal efecto en un lugar concreto. Así se pasaban a recoger en un plazo de 15 a 30 días o bien se podían enviar por correo al investigador.

Posteriormente, durante los meses de diciembre de 2003 a marzo de 2004, también interrumpido por el periodo de descanso navideño, se entregaron y recogieron los cuestionarios cumplimentados en el Hospital de Barbastro. Allí era más difícil reunir al personal sanitario por la existencia de diferentes turnos de trabajo en el personal de enfermería o las libranzas de guardia de los médicos, por lo que se decidió que el procedimiento a seguir fuese entregar los cuestionarios a los Jefes de Servicio o Sección de cada especialidad y a las supervisoras de enfermería de unidad o de área. A estos se les presentaba el proyecto de investigación y se les entregaban los cuestionarios individuales de todo el personal sanitario de su servicio dirigidos de forma anónima a cada uno pero con una etiqueta en la que se refería la categoría y el servicio donde desempeñaban su trabajo, como se ha explicado al principio. Además, se les comentaba las instrucciones de cumplimentación y como iba a ser la posterior recogida de los cuestionarios, en el sobre tamaño Folio que llevaba una etiqueta exterior con el nombre del investigador y la dirección de su lugar de trabajo, y se pasaría a recoger en un plazo de 15 a 30 días por los diferentes servicios y plantas de hospitalización.

3.5 Análisis de los datos y tratamiento estadístico

Se recogieron 386 cuestionarios cumplimentados de los 615 que se entregaron y sus datos se codificaron asignando símbolos numéricos a las respuestas emitidas por los sujetos en cada una de las preguntas del cuestionario. En la codificación de las preguntas cerradas simples, se asignó “1” para la respuesta afirmativa, “0” a la negativa , “9” para la no respuesta. En las preguntas de elección múltiple, se asignaron números consecutivos a cada una de las alternativas ofrecidas y en las preguntas abiertas, sólo se analizó el contenido de las respuestas dadas y se han expuesto los diferentes resultados en tablas.

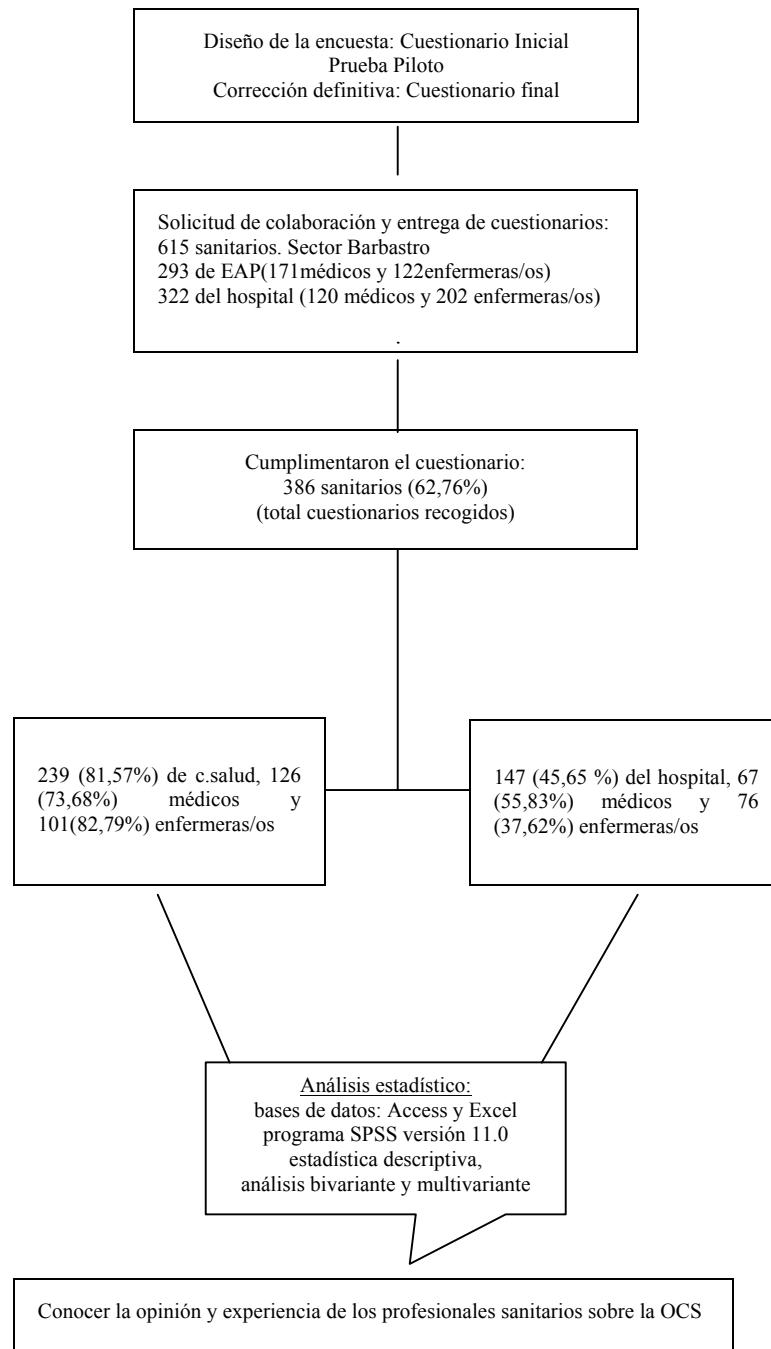
Una vez codificadas las respuestas, decidimos crear una base informatizada de datos en Access que nos daba la posibilidad de diseñar un formulario general nos facilitaba la introducción los resultados de cada cuestionario cumplimentado y posteriormente, exportando esta base a Excel nos ha permitido realizar sin problema el tratamiento estadístico mediante el programa informático SPSS versión 11.0 para el análisis de los datos.

La fase de análisis de las respuestas se llevó a cabo en los meses de Mayo a Agosto de 2004. En primer lugar se realizó un análisis descriptivo del perfil de los encuestados (edad, sexo, profesión, lugar de trabajo y nivel de práctica religiosa), de las opiniones sobre el tema (conocimiento del derecho a la objeción de conciencia sanitaria, situaciones en las que hacer OCS y necesidad de regulación legal) y por último de las experiencias de los participantes sobre el tema (en qué situaciones y cuantas veces se han visto en la necesidad de hacer OCS, porque razones han dejado de hacer OCS y la influencia de situaciones de conciencia en elegir o evitar una especialidad).

Para evaluar la posible asociación entre las variables se realizó a continuación un análisis bivariante, primero entre las variables predictoras (edad, sexo, profesión, lugar de trabajo y nivel de práctica religiosa) y los 45 ítems o variables dependientes (que eran las diferentes respuestas a los distintos aspectos éticos preguntados en la encuesta). Y en segundo lugar, pensando en la posible existencia de asociaciones significativas entre las variables predictoras que podían comportarse como factores de confusión (sesgos) se realizó otro análisis bivariante de las variables predictoras entre sí. La comparación entre estas variables cualitativas se realizó mediante la prueba de la Chi cuadrado considerando la asociación de las variables que mostraron una relación estadísticamente significativa con una $p<0,05$.

Por último y con el objetivo de eliminar posibles factores de confusión se procedió a investigar las distintas asociaciones entre variables predictoras y dependientes mediante un análisis multivariante consistente en un modelo de regresión logística binaria y así podríamos conocer la estimación del efecto de cada una de las variables predictoras ajustado por todas las demás, cuantificando además la magnitud de dicho efecto en forma de Razón de Prevalencia (RP) ó exponente β , considerando también la asociación de las variables que mostraron una relación estadísticamente significativa ($p<0,05$) con su intervalo de confianza para el exponente β del 95%

3.6 Cuadro resumen



Esquema general del estudio:

Estudio descriptivo transversal de prevalencia para conocer la opinión y la experiencia de los profesionales sanitarios en el tema de la objeción de conciencia sanitaria (OCS).

4.Resultados

Los resultados que a continuación se exponen para mayor claridad, se complementan con otros presentes que en el CD que se adjunta en este trabajo y que corresponden a todos los cálculos del programa estadístico SPSS 11.0 empleado.

4.1 Estadística descriptiva

De las 615 encuestas entregadas a los sanitarios (291 médicos y 324 enfermeras/os), 293 en los centros de salud (EAP, con 171 médicos y 122 enfermeras/os) y 322 en el hospital (Atención Especializada, con 120 médicos y 202 enfermeras/os), respondieron 386 (62,76%) del total de sanitarios, 239 (81,57%) de todo el personal de los centros de salud (126 médicos (73,68%), 101 enfermeras/os (82,79%) y 12 indeterminado) y en el hospital 147 (45,65%) de todo el personal del hospital (67 médicos (55,83%) y 76 enfermeras/os (37,62%) y 4 indeterminados).

La edad que tienen los participantes, por intervalos es, entre 20-29 años el 15,6%, de 30-39 años el 31,3%, de 40-49 años el 40,7% y de 50-69 años el 12,4% (fig.4.1).

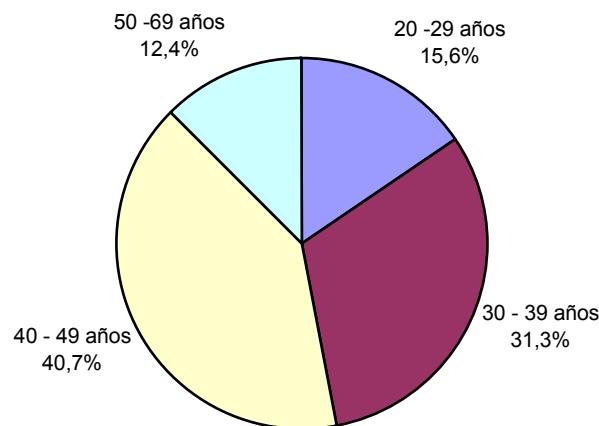


Fig. 4.1 Edad

El 29,5% eran hombres y el 70,5% mujeres (fig. 4.2). El 52,3% eran médicos y el 47,7% enfermeras (fig. 4.3). El 62,4% trabajan en centro de salud y 37,6% en el hospital (fig.4.4).

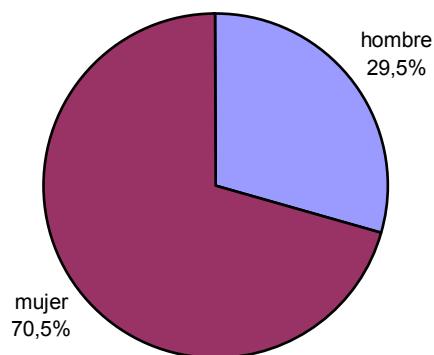


Fig.4.2 Sexo

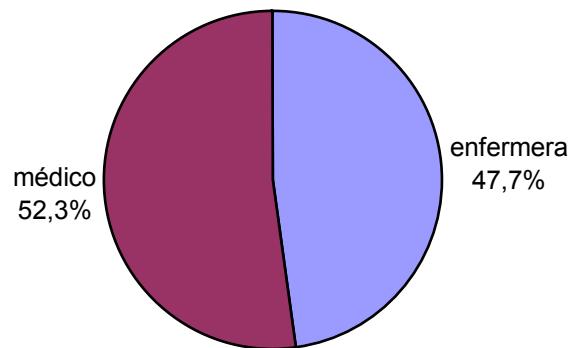


Fig. 4.3 Categoría profesional

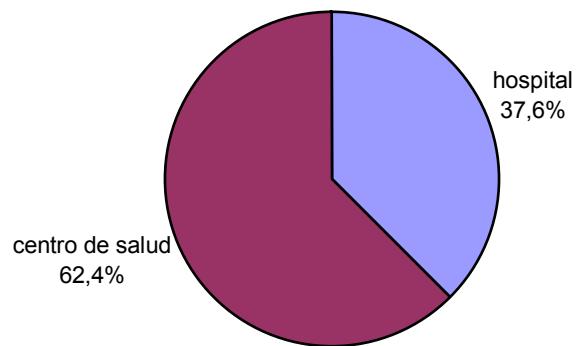


Fig. 4.4 Lugar de trabajo

El 89,6% del personal sanitario conocían que tenían derecho a la objeción de conciencia sanitaria y el 10,4% no (fig.4.5).

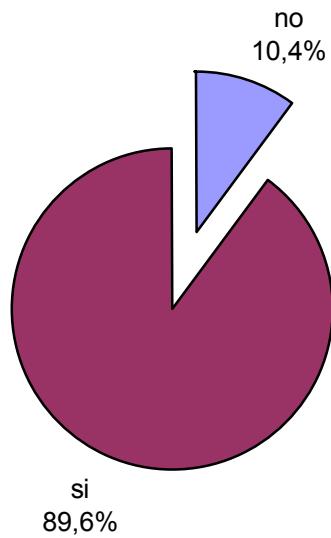


Fig. 4.5 Conocían el derecho a la objeción de conciencia sanitaria

Del total, destaca que el 51,7% habían pensado alguna vez en este tema, 23,5% habían pensado bastantes veces, 5,5% muchas veces y el 15,6% y 3,7% raras veces y nunca respectivamente (fig.4.6).

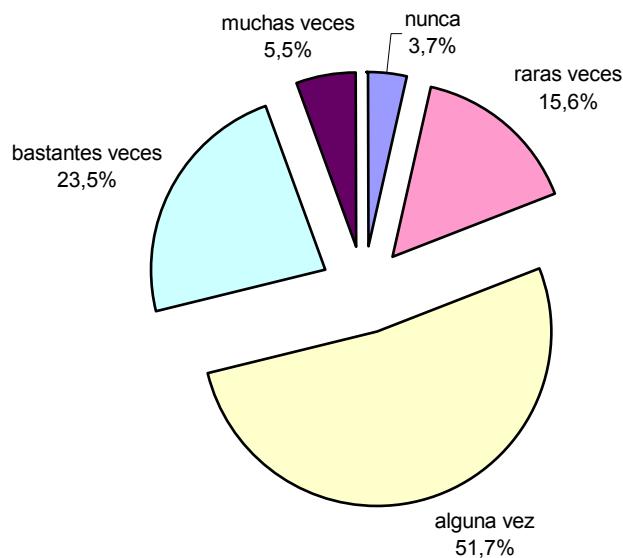


Fig.4.6 Cuantas veces han pensado en la objeción de conciencia sanitaria

Respecto a los temas en que se plantearían los encuestados hacer objeción de conciencia , según la pregunta de elección múltiple nº4 en la que hay 5 posibles respuestas ver tabla 4.1.

En los resultados destaca que se plantearían la objeción de conciencia al aborto el 28,3% de los profesionales sanitarios algunas veces. El 67,8% no se plantearían nunca objetar a la fecundación in vitro. El 29,1% nunca se plantearían objetar a la clonación terapéutica, mientras que el 50,8% objetarían siempre a la clonación reproductiva. El 29,1% se plantearían objetar algunas veces a la eutanasia y el 36,7% siempre al suicidio asistido. El 86,5% nunca se plantearían objetar a la administración de tratamientos de hemoterapia o transfusión, en cambio el 51,2% siempre se plantearían la objeción ante la circuncisión de niños y el 91,5% ante la ablación de clítoris.

TABLA 4.1 ¿En qué temas se plantearían la objeción de conciencia sanitaria?

	Nunca (%)	raras veces(%)	algunas veces (%)	muchas veces (%)	Siempre (%)
Aborto	22,4	20,5	28,3	15,4	13,5
Píldora día después	59,2	17,3	14,9	6,2	2,4
Fecundación in vitro	67,8	18,4	10,3	2,2	1,4
Investigación con embriones	26,3	14,9	26,3	15,4	17,1
Clonación terapéutica	29,1	18,4	25	9,9	17,6
Clonación reproductiva	8	7,7	15,1	18,4	50,8
Eutanasia	15,2	16,6	29,1	19	20,1
Suicido asistido	10,8	10,8	22,4	19,4	36,7
Retirada soporte vital	25,6	26,4	31	11,9	5,1
Limitación esfuerzo terapéutico	29,2	28,7	30,1	9,5	2,5
Estudios con animales	38,7	25,1	23,2	8,7	4,4
Hemoterapia / transfusiones	86,5	8,9	2,4	1,4	0,8
Vasectomía / ligadura	79,6	11,3	5,6	2,4	1,1
Circuncisión de niños	23,7	7,9	7,4	9,8	51,2
Ablación de clítoris	4,3	0,3	0,8	3,2	91,5
Prescripción de anovulatorios	82,3	10,6	4,9	1,9	0,3
Prescripción o colocación de DIU	80,5	10,8	4,6	2,4	1,6

Respecto a la contracepción y la esterilización voluntaria, el 82,3% nunca se plantearían objetar a la prescripción de anovulatorios, el 80,5% nunca a la prescripción o colocación de DIU, el 59,2% nunca a la píldora del día después y el 79,6% nunca a la vasectomía/ligadura.

Algunos profesionales sanitarios consideraron algún otro asunto que podría ser motivo de objeción de conciencia y que no podemos ni debemos dejar de nombrar puesto que aumentan la información y amplían los horizontes de la investigación. Estos asuntos son (tabla 4.2):

TABLA 4. 2 Otros asuntos motivo de objeción de conciencia sanitaria

	Nº de sanitarios que la citan
Donación y trasplantes de órganos	3
Algunos tratamientos en pacientes psiquiatricos o disminuidos psíquicos	2
Intervenciones de cambio de sexo	1
Información de VIH a familia o pareja	1
Intervencionismo innecesario en el parto. Prematuridad extrema	2
Atención médica a terroristas, asesinos, violadores,etc.	2
Alimentación forzada de huelguistas de hambre.	1
Experimentos y estudios de medicamentos con seres humanos	1
Desacuerdo con la prescripción terapéutica médica	1
Confirmar la virginidad en mujeres musulmanas	2
Objeción a política sanitaria	1

Hubo además 24 comentarios más en esta pregunta pero que no se citan en la tabla anterior por estar incluidas las respuestas en los temas planteados inicialmente en la encuesta.

Valorado lo anterior, el planteamiento de la objeción de conciencia a los diferentes temas del estudio, vimos además que el 42,7% de los sanitarios se habían visto alguna vez en la situación de tener que hacer objeción de conciencia y en los extremos, muchas veces se habían visto en la situación el 2,8% y nunca el 54,4% (fig. 4.7)

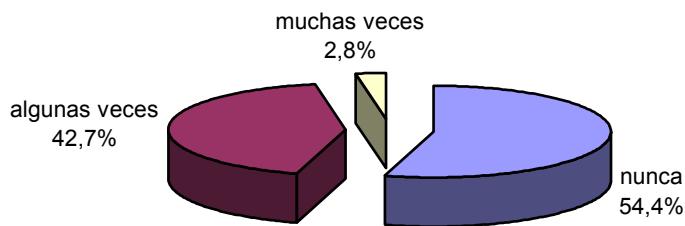


Fig. 4.7 Se han visto en situación de hacer objeción de conciencia

De las situaciones de objeción de conciencia planteadas en el estudio, la frecuencia con que los profesionales sanitarios han hecho alguna vez objeción de conciencia según los diferentes temas, lo veremos en el siguiente gráfico. Destaca como más frecuente en la práctica, la objeción a prescribir la píldora del día después en un 8,8% de los encuestados que alguna vez se habían visto en situaciones de objetar, le sigue la objeción al aborto en 6,5%, la limitación al esfuerzo terapéutico en 6,2%, la retirada del soporte vital en 5,7%, la eutanasia en 3,1%, la prescripción de anticonceptivos orales en 2,6%, siguen en frecuencia de objeción la hemoterapia/transfusiones y la vasectomía / ligadura en 2,3%, la prescripción de DIU en 1,3%, el suicidio asistido en 1%, la circuncisión de niños en 0,8%, la ablación de clítoris en 0,5% y por último la situación menos frecuente de las objetadas la fecundación in vitro en 0,5% de encuestados (fig. 4.8).

Queremos destacar también que, en esta pregunta del cuestionario, hubo varias situaciones de las planteadas al inicio en las que nunca se han visto los sanitarios de nuestro estudio en situación de hacer objeción de conciencia, estas son: la investigación con embriones, las clonaciones terapéutica y reproductiva y los estudios con animales. Además, 13,5% de los sanitarios que se habían visto en situación de objetar no la respondieron.

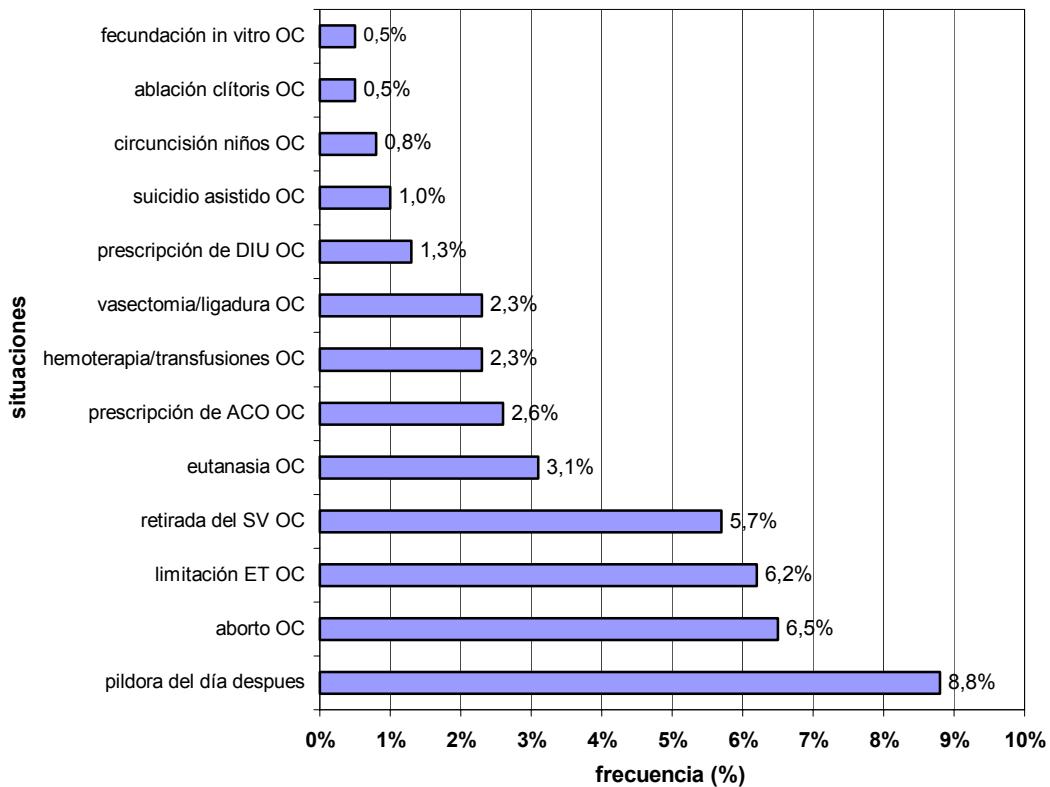


Fig.4.8 Frecuencia de objeción de conciencia de los sanitarios en las diferentes situaciones del estudio

También queríamos conocer si los sanitarios habían dejado de objetar alguna vez en la práctica clínica diaria y por qué razones. De las 5 posibilidades planteadas en la pregunta, los resultados fueron: el 10,6% habían dejado de objetar por pensar que no tenían ese derecho, el 15,3% por respetos humanos o cobardía, el 13,7% por no saber como hacerlo, el 12,4% por no armar lío y el 3,9% por falta de tiempo (fig. 4.9).

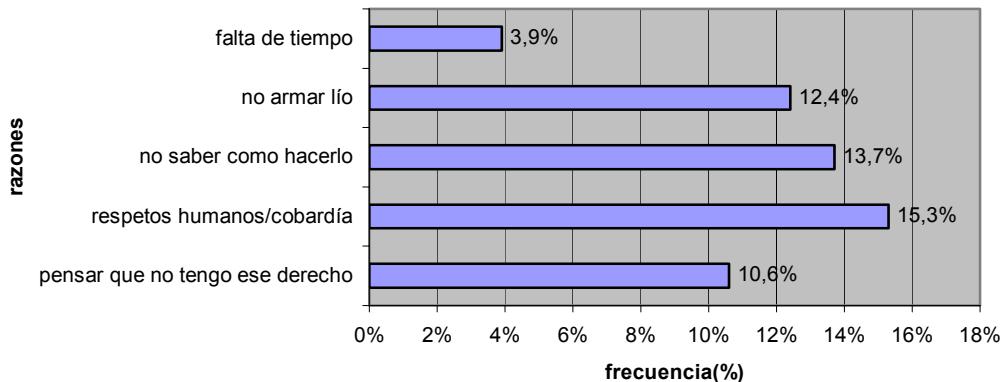


Fig. 4.9 Motivos de los sanitarios para dejar de hacer objeción

En esta pregunta hubo una media de no respuesta de 67,6% del total de encuestados, y se dejó un último apartado como pregunta abierta, para que se diesen otras posibles razones que habían tenido para dejar de objetar. Estas razones son (tabla 4.3):

TABLA 4.3 Otras razones para dejar de hacer objeción de conciencia

	Nº de sanitarios que la citan
No presentación del caso	14
Dudas legales sobre su aplicación	3
Comprensión hacia la situación del afectado	3
No haber estado nunca en situación límite	1
Choque cultural	1
No haberlo pensado	1
Ser una subordinada y no poder opinar	1
Miedo a posibles represalias	1
Estar implicada sólo indirectamente	1
Presión de familiares del paciente	1

Respecto a la opinión sobre si los sanitarios encuestados creen necesario regular legalmente la objeción de conciencia, el 90,9% cree que si (fig. 4.10). Sólo un 9,5% de los sanitarios encuestados creen que cuestiones de conciencia les han influido para elegir o evitar una especialidad o servicio (fig. 4.11).

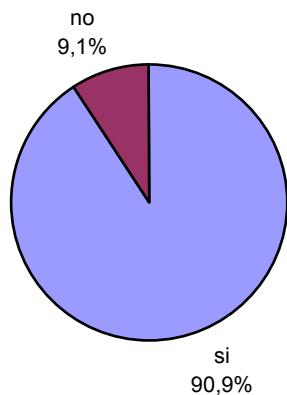


Fig. 4.10 Opinión sobre la necesidad de regular la objeción de conciencia sanitaria

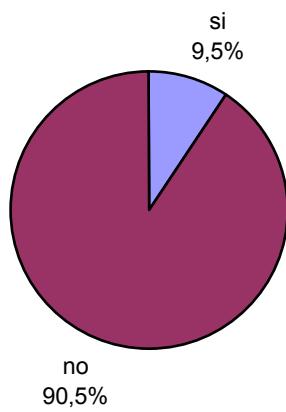


Fig. 4.11 Influencia de la conciencia al elegir una especialidad

Uno de los motivos que llevan a objetar en conciencia son las creencias religiosas, por eso nos pareció muy importante, y a tener en cuenta, la práctica religiosa de los sanitarios encuestados, se les propuso como se consideraban y el mayor porcentaje un 52,8% respondieron creyente y no practicante, el 22,5% creyente y practicante, el 18,3% agnóstico y el 6,4% ateo (fig. 4.12). Respecto a la religión predominante era la Católica en el 74,1% de los sanitarios, había un 0,5%, en concreto 2, que eran Budistas y un 3,9% pertenecían a otras religiones que no especificaron.

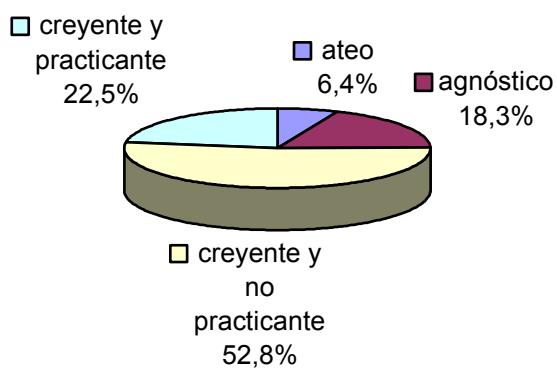


Fig.4.12 Práctica religiosa de los sanitarios del estudio

4. 2 Estadística analítica bivariante

Se investiga en este momento, la posible asociación entre cada una de los 5 variables predictoras (edad, sexo, categoría profesional, lugar de trabajo y práctica religiosa), con cada uno de los 45 ítems o variables dependientes, que serían las respuestas a los distintos aspectos éticos preguntados en la encuesta.

A lo largo de la aplicación de las distintas pruebas de significación del análisis bivariante se han ido agrupando categorías de distintas variables desenlace o dependientes,

en función de la escasa representación en alguna de ellas o por requisitos de aplicación de las distintas pruebas estadísticas.

Los resultados de dichas pruebas de significación se muestran en la tabla 4.4.

TABLA 4.4 Análisis bivariante. Asociación entre las variables predictoras y las respuestas a los distintos aspectos éticos

	edad	sexo	categoría profesional	lugar de trabajo	práctica religiosa
Conocían el derecho a la OCS	NS	NS	p =0,012	NS	p=0,024
Han pensado sobre la OCS	NS	NS	NS	NS	NS
P OC[#] aborto	NS	NS	p=0,004	NS	p<0,001
P OC píldora día después	NS	NS	NS	NS	p<0,001
P OC fecundación in vitro	NS	NS	NS	NS	p=0,002
P OC investigación con embriones	p=0,025	NS	NS	NS	P=0,001
P OC clonación terapéutica	p=0,025	NS	NS	NS	p=0,013
P OC clonación reproductiva	NS	NS	NS	p=0,032	p=0,031
P OC eutanasia	NS	NS	NS	NS	p<0,001
P OC suicidio asistido	NS	NS	NS	NS	p<0,001
P OC retirada de tratamientos de soporte vital	NS	NS	NS	NS	NS
P OC limitación del esfuerzo terapéutico	p=0,037	NS	NS	NS	NS
P OC estudios con animales	NS	NS	NS	NS	NS
P OC hemoterapia/transfusiones	P=0,001	p=0,042*	NS	NS	NS
P OC vasectomía/ligadura de trompas	p=0,011	NS	NS	NS	P=0,001
P OC circuncisión de niños	p=0,015	P<0,001	p=0,020	NS	NS
P OC ablación de clítoris	NS	NS	NS	NS	NS
P OC prescripción de anovulatorios	NS	NS	p=0,028	NS	NS
P OC prescripción o colocación de DIU	NS	NS	NS	NS	p=0,002

[#] P OC: Se plantean hacer objeción de conciencia.

* Resultado significativo para 3 categorías.

NS = resultado no significativo, p>0,050

El resto de resultados significativos aparecen con el valor de la p de la prueba de significación correspondiente, p<0,050

Las pruebas de significación empleadas son el Chi cuadrado de Pearson con la corrección de Yates y la prueba exacta de Fisher.

De los 45 ítems a analizar ha sido necesario suprimir aquellos en los que nadie refería haber hecho objeción por provocar un factor de confusión llamativo en el análisis y que son los referidos a haber hecho objeción de conciencia en investigación con embriones, clonación terapéutica y reproductiva, y estudios con animales.

TABLA 4.4 Sigue. Análisis bivariante. Asociación entre las variables predictoras y las respuestas a los distintos aspectos éticos.

	edad	sexo	categoría profesional	lugar de trabajo	práctica religiosa
Situaciones en que hacer OCS	NS	p=0,040	P=0,001	p=0,021	p=0,041
HH OC## Aborto	p=0,009	P=0,001	NS	NS	p=0,009
HH OC Píldora día después	NS	NS	p<0,001	p<0,001	NS
HH OC Fecundación in vitro	NS	NS	NS	NS	NS
HH OC Eutanasia	NS	p=0,002	NS	NS	NS
HH OC Suicidio asistido	NS	p=0,037	NS	NS	NS
HH OC Retirada de tratamientos de soporte vital	NS	NS	p=0,014	NS	NS
HH OC Limitación del esfuerzo terapéutico	NS	NS	p=0,032	NS	NS
HH OC Hemoterapia/transfusiones	NS	p=0,025	NS	NS	NS
HH OC Vasectomía/ligadura de trompas	NS	NS	NS	NS	NS
HH OC Circuncisión de niños	NS	NS	NS	NS	NS
HH OC Ablación de clítoris	NS	NS	NS	NS	NS
HH OC Prescripción de anovulatorios	NS	NS	NS	NS	NS
HH OC Prescripción o colocación de DIU	NS	p=0,034	NS	NS	NS

HH OC: Han hecho objeción de conciencia

NS = resultado no significativo, p>0,050

El resto de resultados significativos aparecen con el valor de la p de la prueba de significación correspondiente, p<0,050

Las pruebas de significación empleadas son el Chi cuadrado de Pearson con la corrección de Yates y la prueba exacta de Fisher.

* Resultado significativo para 3 categorías.

TABLA 4.4 Sigue. Análisis bivariante. Asociación entre las variables predictoras y las respuestas a los distintos aspectos éticos.

	edad	sexo	categoria profesional	lugar de trabajo	práctica religiosa
No OC por no derecho	p=0,005	NS	NS	p=0,020	NS
No OC por cobardía	P=0,001	NS	NS	p=0,010	NS
No OC por no saber como hacerlo	p=0,017	NS	NS	p=0,038	NS
No OC por no armar lío	NS	NS	NS	p=0,013	NS
No OC por no tener tiempo	NS	NS	NS	p=0,005	NS
Necesidad de regular la OC	NS	P=0,019	NS	NS	NS
Conciencia y elección de especialidad o servicio	NS	p=0,037	NS	NS	NS
Religión	NS	p=0,013	p=0,016	NS	p<0,001

NS = resultado no significativo, $p>0,050$

El resto de resultados significativos aparecen con el valor de la p de la prueba de significación correspondiente, $p<0,050$

Las pruebas de significación empleadas son el Chi cuadrado de Pearson con la corrección de Yates y la prueba exacta de Fisher.

* Resultado significativo para 3 categorías.

4.3 Estudio de la asociación entre las variables predictoras

Considerando que se podían encontrar asociaciones entre las variables predictoras (edad, sexo, lugar de trabajo, categoría y práctica religiosa) entre sí y que podían haberse comportado como factores de confusión (sesgos) en el anterior análisis bivariante entre éstas y todas las variables dependientes, antes de continuar el estudio, realizamos un análisis bivariante entre estas 5 variables entre sí.

Tras el análisis, lo sospechado se confirmó y vimos que existía asociación o relación estadísticamente significativa entre la edad y tres de las cuatro variables predictoras

restantes (el sexo, la categoría profesional y el lugar de trabajo) y entre el sexo y la categoría profesional.

En concreto se ha encontrado la existencia de relación, con tendencia lineal entre la edad y el sexo (χ^2 cuadrado = 48,45; gl = 4; $p < 0,001$), de modo que en el intervalo de mayor edad, 50-69 años, el 68,4% de los sanitarios encuestados son hombres, mientras que entre los más jóvenes, 20-29 años, el porcentaje de hombres es del 5,3%; y respecto a las mujeres, en el intervalo de mayor edad, 50-69 años, el 31,6% son mujeres, mientras que entre los más jóvenes, 20-29 años, el porcentaje de mujeres es del 94,7%. Ver figura 4.13

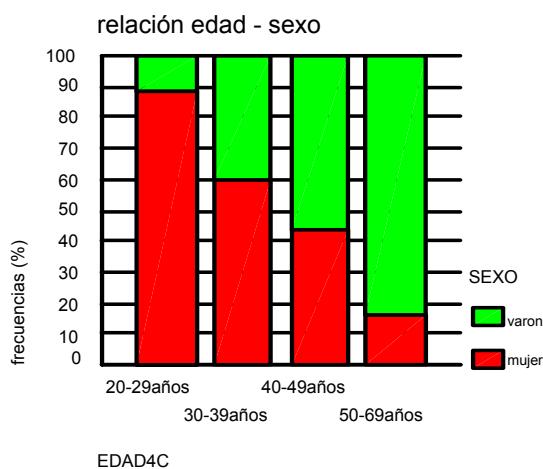


Fig. 4.13 Asociación entre las variables edad y sexo

Algo similar ocurre entre la edad y la categoría profesional (χ^2 - cuadrado = 24,72; gl=4; $p < 0,001$). Existe relación con tendencia lineal entre estas variables, de modo que a mayor edad, 50-69 años, el 63,6% son médicos, mientras que entre los más jóvenes, 20-29 años, el porcentaje de médicos es del 23,6%; y respecto a las enfermeras, en el intervalo de mayor edad, 50-69 años, el 36,4% son enfermeras /os, mientras que entre los más jóvenes, 20-29 años, el porcentaje de enfermeras /os es del 76,4% (fig. 4.14).

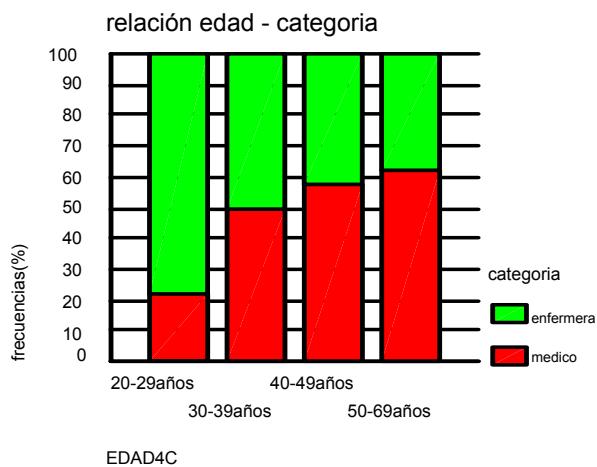


Fig. 4.14 Asociación entre las variables edad y categoría profesional

Entre la edad y el lugar de trabajo, también se ha encontrado relación (Chi-cuadrado =14,70; gl = 4; p = 0,005) pero sin tendencia lineal; así, de los sanitarios encuestados, responden más la encuesta en todas las edades en el centro de salud, de 20-29 años el 65,5%, de 30-39 años el 72,4%, de 40-49 años el 51% y de 50-69 años el 69,6%; mientras que en el hospital responden de 20-29 años el 34,5%, de 30-39 años el 27,6%, de 40-49 años el 49% y de 50-69 años el 30,4% (fig. 4.15).

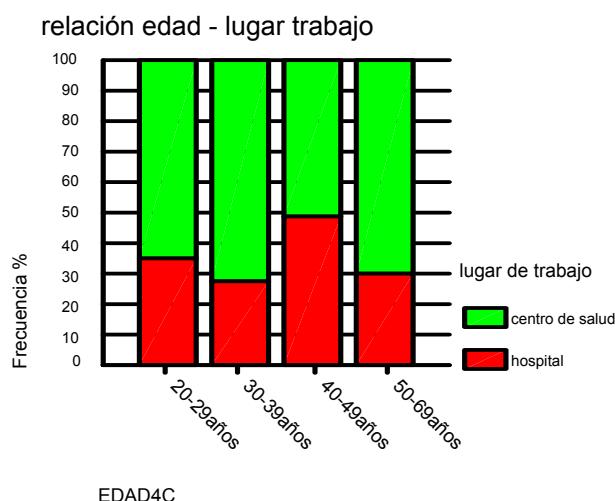


Fig. 4.15 Asociación entre las variables edad y lugar de trabajo

Y además de las anteriores, también se ha encontrado asociación o relación estadísticamente significativa (Chi-cuadrado = 82,56; gl = 1; p<0,001) entre el sexo y la categoría profesional así, hay un 90% de hombres médicos frente a un 35,9% de mujeres médicos, mientras que entre las enfermeras /os el 64,1% son mujeres y el 10% son hombres (fig. 4.16)

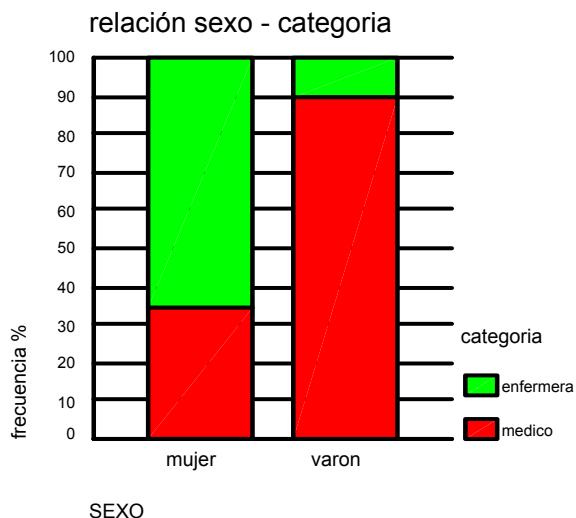


Fig. 4.16 Asociación entre las variables sexo y categoría profesional

El hecho de haber encontrado asociación entre las variables predictoras entre sí, podría suponer que apareciesen fenómenos de confusión al buscar la asociación entre cada una de ellas y los distintos aspectos éticos. Por tal motivo la investigación entre cada una de las predictoras y los aspectos éticos se evaluará mediante pruebas estadísticas multivariantes.

4. 4 Análisis multivariante

Al haberse objetivado asociación entre las distintas variables predictoras entre sí y la posiblidad de aparición de fenómenos de confusión se procede a investigar las distintas asociaciones mediante un modelo de regresión logística.

Las covariables o variables predictoras que contemplamos son: la edad, el sexo, la categoría profesional, el lugar de trabajo y la práctica religiosa.

De los 45 ítems resultantes al codificar el cuestionario, se eliminaron aquellos con escaso número de respuestas, quedando finalmente 22.

Para cada uno de los 22 ítems o aspectos éticos a investigar, se crea un modelo logístico que incluye las 5 variables predictoras. De esta forma, podremos conocer la estimación del efecto de cada una de las variables predictoras ajustado por todas las demás, cuantificando además la magnitud de dicho efecto en forma de Razón de Prevalencia (RP) ó exponente (β).

Ha sido preciso recodificar las respuestas a las distintas preguntas sobre aspectos éticos, dicotomizando las categorías con objeto de introducirlas como variables dependientes en un modelo de regresión logística. En las preguntas con varias respuestas de valor creciente, tipo likert, se han agrupado asignando el valor de 0 (no) a los que respondían “nunca” y “raras veces” y el valor 1 (sí) a los que habían contestado “alguna vez”, “muchas veces” o “siempre”.

4.4.1 Conocen el derecho a la OCSanitaria

Ninguna de las variables predictoras está relacionada con el conocimiento por parte de los sanitarios de la existencia del derecho a la objeción de conciencia sanitaria, pero hay una tendencia, que no alcanza el nivel de significación estadística a que los médicos, independientemente de otras variables (como edad, sexo, lugar de trabajo o práctica religiosa), opinan 2,21 veces más que los enfermeras /os que conocían el derecho a la objeción de conciencia sanitaria (RP ó $\exp(\beta)=2,21$, $p=0,093$).

4.4.2 Han pensado en la OCSanitaria

Sobre si los sanitarios han pensado sobre el tema, esta variable está relacionada -con un nivel de significación estadística- con el sexo, así las mujeres han contestado que han pensado en la objeción de conciencia sanitaria 2,31 veces más que los varones ($RP=2,31$; $p=0,048$) e independientemente de las otras variables predictoras. Y, con una confianza del 95% se podría asegurar que las mujeres en la población general sanitaria contestarían entre 1,01 y 5,30 más veces “sí” han pensado en la objeción de conciencia sanitaria que los hombres.

Además existe tendencia de esta variable a estar relacionada con otras como: el lugar de trabajo, así los profesionales sanitarios que trabajan en el centro de salud independientemente del sexo, la edad y otras variables, han contestado que piensan 1,82 veces con más frecuencia en la objeción de conciencia sanitaria que los del hospital ($RP=1,82$; $p= 0,050$); respecto a la categoría profesional, los médicos también - independientemente de otras variables- han contestado que piensan 2,06 veces más frecuentemente en la objeción de conciencia sanitaria que las enfermeras/os ($RP = 2,06$; $p= 0,052$); y con la edad parece existir una tendencia lineal /creciente a que los sanitarios a mayor edad piensen más en la objeción de conciencia sanitaria que los más jóvenes

TABLA 4.5. Variable dependiente y su relación con variables predictoras

	Variable relacionada	Significación (p)	Razón de Prevalencia (Exponente β)	IC 95% para $Exp(\beta)$
Han pensado en la OCS	Sexo (mujer) ■	0,048	2,31	1,01 – 5,30
	Lugar Trabajo (C.Salud)	0,050	1,82	1 – 3,33
	Categoría profesional (médico)	0,052	2,06	0,99 – 4,28
	Edad (40 – 49a.)*	0,052	2,34	0,99 – 5,52
	Edad (50 - 69a.)*	0,053	3,71	0,98 – 13,99

■ La categoría que aparece entre paréntesis es aquella que se está comparando con la de referencia.

* Respecto a los sanitarios de 20 a 29 años.

4.4.3 Temas en los que se plantearían hacer OCSanitaria

Sobre los 17 temas planteados a los sanitarios en los que podrían hacer objeción de conciencia, los resultados han sido significativos en 8 de los 17, existiendo también algunas tendencias que no se pueden dejar de tener en cuenta. Sólo citaremos aquellos resultados que han sido estadísticamente significativos y las tendencias que hemos encontrado más valorables.

4.4.3.1 Objeción de conciencia al aborto

Respecto a la objeción de conciencia al aborto, esta variable está relacionada, alcanzando el nivel de significación estadística, con la práctica religiosa de modo que los creyentes en general han contestado que objetarían más al aborto que los no creyentes (ateos y agnósticos). Además entre los creyentes, los no practicantes han contestado que objetarían 4,19 veces más al aborto que los ateos ($RP = 4,19; p = 0,013$) y en cambio los creyentes y practicantes han contestado que objetarían al aborto 10,93 veces más que los ateos ($RP = 10,93; p < 0,001$). Según esto, con una confianza del 95% se podría asegurar que los creyentes y no practicantes y en la población general sanitaria, contestarían entre 1,35 y 12,99 más veces que “sí” se plantearían la objeción de conciencia al aborto que los ateos, e igualmente, con una confianza del 95% se podría asegurar que los creyentes y practicantes y en la población general de sanitarios, contestarían entre 3,16 y 37,83 más veces que “sí” se plantearían la objeción de conciencia al aborto que los ateos.

Además, existe una tendencia, que no alcanza el nivel de significación estadística, a que los médicos, independientemente de otras variables, objeten 1,67 veces más al aborto que las enfermeras/os ($RP = 1,67; p = 0,073$), tabla 4.6.

TABLA 4.6 Variable dependiente y su relación con variables predictoras

	Variable relacionada	Sig (p)	Exp (β)	IC 95% para Exp(β)
OC Aborto	Práctica religiosa (creyente-no practicante) *	0,013	4,19	1,35 - 12,99
	Práctica religiosa (creyente-practicante) *	<0,001	10,93	3,16 – 37,83
	Categoría profesional (médico)	0,073	1,67	0,95 – 2,91

* Respecto a los sanitarios ateos

4.4.3.2 Objeción de conciencia a la píldora del día después

La objeción de conciencia a la píldora de día después esta relacionada, alcanzando el nivel de significación estadística e independientemente de otras variables con la práctica religiosa, en concreto con los creyentes y practicantes, de modo que estos han contestado que objetarían 7,41 veces más que los ateos a la píldora del día después (RP=7,41; p=0,013). Con una confianza del 95% se podría asegurar que los creyentes y practicantes y en la población general sanitaria, contestarían entre 1,52 y 36,23 más veces que “sí” se plantearían la objeción de conciencia a la píldora que los ateos (tabla 4.7).

TABLA 4.7 Variable dependiente y su relación con variables predictoras

	Variable relacionada	Sig(p)	Exp(β)	IC 95% para Exp(β)
OC píldora día después	Práctica religiosa (creyente-practicante)*	0,013	7,41	1,52 – 36,23

* Respecto a los sanitarios ateos.

4.4.3.3 Objeción de conciencia a la fecundación in vitro

No existe relación de ninguna de las variables predictoras (edad, sexo, categoría profesional, lugar de trabajo y práctica religiosa) con la objeción de conciencia a la fecundación in vitro.

4.4.3.4 Objeción de conciencia a la investigación con embriones

La objeción de conciencia a la investigación con embriones está relacionada, alcanzando el nivel de significación estadística y con una tendencia lineal, con la práctica religiosa; los creyentes en general han contestado que objetarían a la investigación con embriones más que los ateos y de estos, los creyentes y no practicantes han contestado que objetarían 3,9 veces más que los ateos ($RP=3,90$; $p=0,017$); mientras que los creyentes y practicantes han contestado que objetarían 5,38 veces más que los ateos ($RP = 5,38$; $p = 0,006$).

Así, con una confianza del 95%, se podría asegurar que los creyentes y no practicantes y en la población general sanitaria contestarían entre 1,28 y 11,87 más veces que “sí” se plantearían la objeción de conciencia a la investigación con embriones que los ateos, e igualmente con una confianza del 95% se podría asegurar que los creyentes y practicantes y en la población general sanitaria contestarían entre 1,62 y 17,84 más veces que “sí” se plantearían la objeción de conciencia a la investigación con embriones que los ateos (tabla 4.8).

TABLA 4.8 Variable dependiente y su relación con variables predictoras

	Variable relacionada	Sig(p)	Exp(β)	IC 95% para Exp(β)
OC investigación con embriones	Práctica religiosa (creyente-no practicante)*	0,017	3,90	1,28 – 11,87
	Práctica religiosa (creyente-practicante)*	0,006	5,38	1,62 – 17,84

* Respecto a los sanitarios ateos.

4.4.3.5 Objeción a la clonación terapéutica

La objeción de conciencia a la clonación terapéutica está relacionada -alcanzando el nivel de significación estadística- con la edad, en concreto con los sanitarios de mayor edad (entre 50–69 años); estos han contestado que objetarían a la clonación terapéutica 3,17 veces más que los más jóvenes(RP = 3,17; p = 0,030). Y con una confianza del 95% se podría asegurar que los sanitarios de esta edad (50-69años) y en la población general sanitaria contestarían entre 1,12 y 8,94 más veces que “sí” se plantearían la objeción de conciencia a la clonación terapéutica que los más jóvenes (20-29años).

Existe además una tendencia a que los sanitarios de edades entre 40-49 años, objeten 1,86 veces más a la clonación terapéutica que los más jóvenes (RP = 1,87; p = 0,085).

También la objeción de conciencia a la clonación terapéutica esta relacionada - alcanzando un nivel de significación estadística- con el lugar de trabajo; así, los sanitarios que trabajan en el centro de salud han contestado que objetarían 2,01 veces más a la clonación terapéutica que los del hospital (RP = 2,01; p = 0,006). Y con una confianza del 95% se podría asegurar que los sanitarios del centro de salud y en la población general contestarían entre 1,22 y 3,30 más veces “sí” se plantearían la objeción de conciencia a la clonación terapéutica que los del hospital (tabla 4.9).

TABLA 4.9 Variable dependiente y su relación con variables predictoras

	Variable relacionada	Sig(p)	Exp(β)	IC 95% para Exp(β)
OC clonación terapéutica	Edad (50 – 69a.) *	0,030	3,17	1,12 – 8,94
	Edad (40-49a.) *	0,085	1,87	0,92 – 3,79
	Lugar de trabajo (C.Salud)	0,006	2,01	1,22 - 3,30

* Respecto a los sanitarios de 20 a 29 años.

4.4.3.6 Objeción de conciencia a la clonación reproductiva

No existe relación de ninguna de las variables predictoras (edad, sexo, categoría profesional, lugar de trabajo y práctica religiosa) con la objeción de conciencia a la clonación reproductiva.

4.4.3.7 Objeción de conciencia a la eutanasia

La objeción de conciencia a la eutanasia está relacionada -alcanzando el nivel de significación estadística- con la práctica religiosa; los creyentes en general, e independientemente de otras variables, objetarían en conciencia a la eutanasia más que los ateos y entre estos, los creyentes y no practicantes han contestado que objetarían 2,77 veces más que los ateos ($RP = 2,77$; $p = 0,044$) mientras que los creyentes y practicantes han contestado que objetarían a la eutanasia 12,51 veces más que los ateos ($RP = 12,51$; $p < 0,001$).

Además existe una tendencia que no alcanza el nivel de significación estadística a que los agnósticos contesten que objetarían a la eutanasia 2,65 veces más que los ateos ($RP = 2,65$; $p = 0,077$).

Por tanto de nuevo vemos en la tabla 4.10 una tendencia lineal en la significación de la práctica religiosa con la objeción de conciencia a la eutanasia. A medida que aumenta las práctica religiosa, aumenta el nivel de significación llegando a ser muy significativos los resultados para los creyentes y practicantes.

TABLA 4.10 Variable dependiente y su relación con variables predictoras

	Variable relacionada	Sig(p)	Exp(β)	IC 95% para Exp(β)
OC eutanasia	Práctica religiosa (agnósticos) *	0,077	2,65	0,90 – 7,77
	Práctica religiosa (creyente-no practicante) *	0,044	2,77	1,03 – 7,43
	Práctica religiosa (creyente-practicante) *	<0,001	12,51	3,65 – 42,87

* Respecto a los sanitarios ateos.

Con una confianza del 95% se podría asegurar que los creyentes y no practicantes y en la población general, contestarían entre 1,03 y 7,43 más veces que “sí” se plantearían la objeción de conciencia a la eutanasia que los ateos. Y con una confianza del 95% se podría también asegurar que los creyentes y practicantes y siempre en la población general sanitaria, contestarían entre 3,65 y 42,87 más veces que “sí” se plantearían la objeción de conciencia a la eutanasia que los ateos (tabla 4.10).

4.4.3.8 Objeción de conciencia al suicidio asistido

En la objeción de conciencia al suicidio asistido existe una relación muy significativa estadísticamente con la práctica religiosa; a medida que aumenta el nivel de práctica y creencia religiosa de los sanitarios, han contestado que objetarían más que los ateos al suicidio asistido. La relación es creciente y lineal, los agnósticos han contestado que objetarían 3,5 veces más ($RP = 3,50$; $p = 0,026$), los creyentes no practicantes 5,09 veces más ($RP = 5,09$; $p = 0,002$) y los creyentes y practicantes 10,51 veces más ($RP = 10,51$; $p < 0,001$) que los ateos al suicidio asistido.

Con una confianza del 95% se podría asegurar que: los agnósticos y en la población general contestarían entre 1,16 y 10,57 veces más que “sí” se plantearían la objeción de conciencia al suicidio asistido que los ateos; los creyentes y no practicantes entre 1,86 y 13,94 más veces y los creyentes y practicantes entre 3,07 y 35,99 más veces (tabla 4.11).

TABLA 4.11 Variable dependiente y su relación con variables predictoras

	Variable relacionada	Sig(p)	Exp(β)	IC 95% para Exp(β)
OC suicido asistido	Práctica religiosa (agnósticos) *	0,026	3,50	1,16 – 10,57
	Práctica religiosa (creyentes-no practicantes) *	0,002	5,09	1,86 – 13,94
	Práctica religiosa (creyentes-practicantes) *	<0,001	10,51	3,07 – 35,99

* Respecto a los sanitarios ateos.

4.4.3.9 Objeción de conciencia a la retirada de tratamientos de soporte vital

Existe una tendencia, que no alcanza el nivel de significación estadística a que la objeción de conciencia a la retirada de tratamientos de soporte vital esté relacionada con la práctica religiosa de modo que los creyentes y practicantes han contestado que objetarían 2,47 veces más que los ateos a la retirada de tratamientos de soporte vital ($RP=2,47; p=0,099$), tabla 4.14.

4.4.3.10 Objeción de conciencia a la limitación del esfuerzo terapéutico

Existe una tendencia, que no alcanza el nivel de significación estadística a que la objeción de conciencia a la limitación del esfuerzo terapéutico esté relacionada con el lugar de trabajo de modo que los sanitarios que trabajan en el centro de salud han contestado que objetarían 1,60 veces más que los del hospital a la limitación del esfuerzo terapéutico ($RP = 1,60; p = 0,070$), tabla 14.

4.4.3.11 Objeción de conciencia a los estudios con animales

Existe una tendencia, que no alcanza el nivel de significación estadística a que la objeción de conciencia a los estudios con animales esté relacionada con la edad de modo que los sanitarios de 20-29 años han contestado que objetarían 1,87 veces más que los sanitarios de 30-39 años a los estudios con animales ($RP = 1,87; p = 0,070$) y con el sexo, las mujeres han contestado que objetarían 1,81 veces más que los varones a los estudios con animales ($RP = 1,81; p = 0,072$). Tabla 4.14.

4.4.3.12 Objeción de conciencia a la hemoterapia y transfusiones

No existe relación de ninguna de las variables predictoras (edad, sexo, categoría profesional, lugar de trabajo y práctica religiosa) con la objeción de conciencia a la hemoterapia y las transfusiones.

4.4.3.13 Objeción de conciencia a la vasectomía / ligadura de trompas

No existe relación de ninguna de las variables predictoras (edad, sexo, categoría profesional, lugar de trabajo y práctica religiosa) con la objeción de conciencia a la vasectomía y ligadura de trompas.

4.4.3.14 Objeción de conciencia a la circuncisión de niños

La objeción de conciencia a la circuncisión de niños esta relacionada -alcanzando el nivel de significación estadística- con la edad; así, los sanitarios de 20 a 29 años han contestado que objetarían 3,75 veces más a la circuncisión de niños que los de 50 a 69 años ($RP = 3,75$; $p = 0,017$). Y, con una confianza del 95%, se podría asegurar que los sanitarios más jóvenes de 20-29 años y en la población general, contestarían entre 1,27 y 10,99 más veces que “sí” se plantearían la objeción de conciencia a la circuncisión de niños que los de mayor edad (50-69años).

Además, existe también relación de esta variable que alcanza el nivel de significación estadística con el sexo así, los sanitarios mujeres han contestado que objetarían 2,06 veces más a la circuncisión de niños que los hombres ($RP = 2,06$; $p = 0,028$).

Con una confianza del 95%, se podría asegurar que las mujeres y en la población general, contestarían entre 1,08 y 3,93 más veces que “sí” se plantearían la objeción de conciencia a la circuncisión de niños que los varones (tabla 4.12).

TABLA 4.12 Variable dependiente y su relación con variables predictoras

	Variable relacionada	Sig(p)	Exp(β)	IC 95% para Exp(β)
OC circuncisión de niños	Edad (20-29a.) *	0,017	3,75	1,27- 10,99
	Sexo (mujer)	0,028	2,06	1,08 - 3,93

* Respecto a los de 50 a 69 años.

4.4.3.15 Objeción de conciencia a la ablación de clítoris

Existe una tendencia, que no alcanza el nivel de significación estadística, a que la objeción de conciencia a la ablación de clítoris este relacionada con la edad de modo que, los sanitarios más jóvenes (20-29a) han contestado que objetarían 7,09 veces más que los de mayor edad (50-69a) a la ablación de clítoris ($RP = 7,09; p = 0,059$), ver tabla 4.14.

4.4.3.16 Objeción de conciencia a la prescripción de anovulatorios

La objeción de conciencia a la prescripción de anovulatorios está relacionada - alcanzando el nivel de significación estadística- con la edad; así, los sanitarios de 20 a 29 años han contestado que objetarían 21,74 veces más a la prescripción de anovulatorios que los de 30-39años ($RP = 21,74; p = 0,007$). Y con una confianza del 95% se podría asegurar que los sanitarios de 20 a 29 años y en la población general contestarían entre 2,31 y 200 más veces que “sí” se plantearían la objeción de conciencia a la prescripción de anovulatorios que los de 30-39 años.

Existe además una tendencia, que no alcanza el nivel de significación estadística a que esta variable esté relacionada con el sexo así, los varones han contestado que objetarían 3,33 veces más a la prescripción de anovulatorios que las mujeres ($RP = 3,33; p = 0,067$); y

con el lugar de trabajo, los sanitarios del centro de salud objetarían 2,69 veces más a la prescripción de anovulatorios que los del hospital($RP = 2,69$; $p = 0,082$), tabla 4.13.

TABLA 4.13 Variable dependiente y su relación con variables predictoras

	Variable relacionada	Sig(p)	Exp(β)	IC 95% para Exp(β)
OC prescripción de ACO	Edad (20-29 a.) *	0,007	21,74	2,31- 200
	Sexo (hombre)	0,067	3,33	0,08 -1,09
	Lugar de trabajo (c.salud)	0,082	2,69	0,12-1,13

* Respecto a los sanitarios de 30 a 39 años.

4.4.3.17 Objeción de conciencia a la prescripción o colocación de DIU

No existe relación de ninguna de las variables predictoras (edad, sexo, categoría profesional, lugar de trabajo y práctica religiosa) con la objeción de conciencia a la prescripción o colocación de DIU.

TABLA 4.14 Variables dependientes relacionadas sin alcanzar el nivel de significación

	Variable relacionada	Signif(p)	RP.Exp(β)	I.C.95% para RP
OC retirada trat°soporte vital	Práctica religiosa (creyente y practicante)	0,099	2,47	0,85 – 7,21
OC limitación esfuerzo terapéutico	Lugar de trabajo (C. Salud)	0,070	1,60	0,38 – 1,04
OC estudios con animales	Edad (20-29a) *	0,077	1,87	0,27 – 1,07
	Sexo (mujer)	0,072	1,81	0,95 – 3,46
OC ablación de clítoris	Edad (20-29a) ●	0,059	7,09	0,02 – 1,07

* Respecto a los sanitarios de 30 a 39 años.

● Respecto a los sanitarios de 50 a 59 años.

4.4.4 Se han visto en situación de hacer OCSanitaria

Hemos obtenido como resultados del estudio que el hecho de que los sanitarios se hayan visto en alguna situación de hacer objeción de conciencia está relacionado, - alcanzando el nivel de significación estadística- con la categoría profesional e independientemente de otras variables. Así los médicos han contestado que se han visto en situaciones de hacer objeción de conciencia 2,44 veces más que las enfermeras /os ($RP = 2,44; p=0,002$). Y, con una confianza del 95%, se podría asegurar que los médicos y en la población general sanitaria contestarían entre 1,41 y 4,24 más veces que “sí” se han visto en situación de hacer objeción de conciencia que las enfermeras /os.

Existe también relación de esta variable -alcanzando el nivel de significación estadística- con el lugar de trabajo e independientemente de otras variables. Así los sanitarios del centro de salud han contestado que se han visto en situación de hacer objeción de conciencia 2,22 veces más que los del hospital ($RP = 2,22; p = 0,002$). Con una confianza del 95% se podría asegurar que los sanitarios que trabajan en el centro de salud y en la población general contestarían entre 1,35 y 3,66 veces más que “sí” se han visto en situación de hacer objeción de conciencia que los que trabajan en el hospital (tabla 4.15).

TABLA 4.15 Variable dependiente y su relación con variables predictoras

	Variable relacionada	Sig(p)	Exp(β)	IC 95% para Exp(β)
Vistos en situación de hacer OCS	Categoría profesional (médico)	0,002	2,44	1,41 – 4,24
	Lugar de trabajo (C.Salud)	0,002	2,22	1,35 - 3,66

4.4.5 Necesidad de regular legalmente la OCSanitaria

No existe relación de ninguna de las variables predictoras (edad, sexo, categoría profesional, lugar de trabajo y práctica religiosa) con la necesidad de regular legalmente la objeción de conciencia.

4.4.6 Influencia de cuestiones de conciencia

Existe relación de que la variable cuestiones de conciencia han influido al elegir o evitar una especialidad o servicio -alcanzando el nivel de significación estadística- e independientemente de otras variables con la edad. Así, los sanitarios más jóvenes (20-29a) han contestado que se han planteado 3,27 veces más cuestiones de conciencia al elegir o evitar una especialidad o servicio que los de 30-39 años. ($RP = 3,27; p = 0,047$). Y con una confianza del 95% se podría asegurar que los sanitarios más jóvenes (20-29a) y en la población general contestarían entre 1,02 y 10,53 veces más que “sí” se han planteado cuestiones de conciencia al elegir o evitar una especialidad o servicio que los de 30-39 años.

Existe también relación de esta variable -alcanzando el nivel de significación estadística- con el sexo. Así, las mujeres han contestado que se han planteado 6,80 veces más cuestiones de conciencia al elegir o evitar una especialidad o servicio que los hombres ($RP = 6,80; p = 0,007$). Y con una confianza del 95%, se podría asegurar que las mujeres y en la población general contestarían entre 1,71 y 27,09 más veces que “sí” se han planteado cuestiones de conciencia al elegir o evitar una especialidad o servicio que los hombres.

Y por último, esta variable también está relacionada -alcanzando el nivel de significación estadística- con la categoría profesional. Así, los médicos han contestado que se han planteado 3,32 veces más cuestiones de conciencia al elegir o evitar una especialidad o servicio que las enfermeras/os ($RP = 3,32; p = 0,010$). Y con una confianza del 95% se podría asegurar que los médicos y en la población general contestarían entre 1,33 y 8,30

más veces que “sí” se han planteado cuestiones de conciencia al elegir o evitar una especialidad o servicio que las enfermeras/os. Ver tabla 4.16.

TABLA 4.16 Variable dependiente y su relación con variables predictoras

	Variable relacionada	Sig(p)	Exp(β)	IC 95% para Exp(β)
Influencia de cuestiones de conciencia	Edad (20-29 a) *	0,047	3,27	1,02 - 10,53
	Sexo (Mujer)	0,007	6,80	1,71 – 27,09
	Categoría profesional (médicos)	0,010	3,32	1,33 – 8,30

* Respecto a los sanitarios de 30 a 39 años.

5. Discusión

5.1 Discusión de la metodología

Nuestra inquietud por conocer la opinión y experiencia de los profesionales sanitarios españoles sobre la OCS hasta ahora desconocida al no haber encontrado ningún estudio sobre este tema en la revisión bibliográfica llevada a cabo, junto con la necesidad de reflexionar sobre el concepto de OCS y la existencia del derecho a ésta, ha sido el referente de nuestro trabajo.

5.1.1 Del cuestionario inicial

La necesidad de elaborar un cuestionario, para recoger toda la información sobre el tema y ante la inexistencia de ninguno previo validado fue laborioso, su diseño duró 7 meses desde julio de 2002 a enero de 2003.

Queríamos conocer el mayor número posible de datos de filiación de los sanitarios participantes, de cara a obtener muchas conclusiones, pero siempre concluíamos en la importancia de mantener el más estricto y cuidadoso anonimato, porque al no ser grande nuestra muestra y pertenecer a un Sector de provincias, bien delimitado geográficamente y donde muchos nos conocemos, especialmente los sanitarios del Hospital, pensamos que los facultativos especialistas de área podían sentirse fácilmente identificados por lo que se decidió no recoger la especialidad o servicio conscientes de perder una valiosa información, pero era preferible esto a tener un menor número de respuestas de aquellos sanitarios que pudieran ser reconocidos. Además hay pocos especialistas en cada una de las diferentes especialidades para sacar conclusiones.

Para facilitar las respuestas, se intentó que el mayor número de preguntas fuesen cerradas entre ellas la edad, que se agrupó en intervalos. Ahora bien como queríamos recoger la experiencia y opinión sobre el tema, fue inevitable dejar alguna pregunta abierta, sobre todo en aquellas que cabía alguna posibilidad más de respuesta que las comentadas por nosotros tras un larga reflexión y estudio del cuestionario. Y como veremos más adelante, en los resultados, estas preguntas abiertas han cumplido nuestras expectativas complementando la información inicial.

Pensábamos antes ya de iniciar el estudio, que en la práctica clínica diaria se nos plantean cada vez más situaciones en las que la demanda y las expectativas de los pacientes se enfrentan a lo que el profesional sanitario considera correcto o bueno. El choque entre lo que el paciente desea y lo que el médico considera bueno -considerado desde el punto de vista ético-, o correcto -desde el punto de vista técnico (y también ético)-, da lugar a las denominadas objeciones de conciencia y de ciencia respectivamente. Los sanitarios por tanto, suponíamos que conocían la existencia del derecho a la objeción de conciencia en el ámbito sanitario al igual que en otros (militar, etc.), pero de todas formas queríamos confirmarlo mediante una pregunta en el cuestionario. Además, era importante conocer cuantas veces habían pensado sobre esto y si se habían visto alguna vez en la situación de hacer objeción de conciencia sanitaria, de ser así, en que situaciones era necesario hacer objeción. Para conocer esto último planteamos en el cuestionario, tras un minucioso estudio, posibles temas o situaciones dentro de la práctica clínica diaria sobre los que hacer objeción con el fin mostrar conocimientos sobre el tema central y orientarles para responder sobre algo tan importante como en qué situaciones habían tenido que hacer objeción de conciencia alguna vez.

Hasta ahora, creíamos que habíamos ayudado a los sanitarios a conocer y reflexionar sobre la objeción de conciencia en su práctica clínica diaria pero, incluso por experiencia propia, sabíamos también de la existencia de dificultades para su puesta en práctica, éramos conscientes que los sanitarios en muchas ocasiones han dejado de hacer objeción por diferentes razones que debíamos confirmar y sabíamos, que ante la decisión de hacer objeción existe miedo por parte de los sanitarios a la discriminación, a enfrentarse con la presión social o a la pérdida de empleo muchas veces precario y esto pensamos sólo podría evitarse regulando mediante ley la objeción de conciencia sanitaria, lo cual suponemos de antemano que no es fácil. Pero queríamos y debíamos confirmar con el cuestionario si era el sentir general.

Creemos muy importante que, como signo de madurez cívica y de progreso moral y político, las sociedades modernas deberían aceptar el gesto de la objeción pacífica, sin tomar represalias o ejercer discriminaciones contra el objetor, en el común respeto a los derechos fundamentales de las personas, consagrados en todas las Constituciones. La tolerancia a la objeción de conciencia debería ser algo connatural a la sociedad de hoy, en

la que el pluralismo ético es aceptado como una realidad privilegiada, a la que han de sacrificarse otros valores, de alta funcionalidad y eficacia, pero de dignidad ética inferior.

Y ya por último, en un estudio como este, donde la motivación de la objeción se encuentra en la sede individual e íntima de la conciencia humana y para profundizar más en el tema, pensamos que el cuestionario también nos debía llevar a conocer si la conciencia puede influir en la posibilidad de elegir o evitar una especialidad o servicio sanitario. Y la negativa del profesional sanitario a realizar, por motivos éticos o religiosos, determinados actos nos hizo pensar en la conveniencia de preguntar también sobre la religión que profesaba cada sanitario y su nivel de práctica religiosa debido a la influencia que esto tiene en el hecho de hacer objeción de conciencia ante determinadas situaciones.

5.1.2 De la prueba piloto y cuestionario definitivo

Concluido el diseño del cuestionario inicial, era necesario realizar una prueba piloto para detectar preguntas o formulaciones confusas o conceptos de difícil comprensión. No debía tardar su corrección y fue en febrero de 2003 cuando pensamos realizarla en el Centro de Salud Pirineos, perteneciente al Sector Huesca, seleccionando así una muestra no representativa de la población objeto de estudio, pero sí semejante en sus características fundamentales. Se solicitó inicialmente la colaboración al coordinador y no hubo problema para su realización en su reunión de la mañana donde tras explicarles previamente el estudio y comentarles que iban a participar en una prueba piloto, los sanitarios colaboraron con gran interés en cumplimentarlo. Estuvimos presentes todo el tiempo que les costó responder el cuestionario y así pudimos aclarar las dudas que se les presentaban, el tiempo que duró la prueba fue unos 30 minutos, incluidas la presentación y explicaciones iniciales y de allí dedujimos que el tiempo mínimo necesario para responder al cuestionario definitivo podría ser de 15 minutos contando también la posibilidad de un máximo de 30 minutos, para quien fuera a reflexionar más sobre el tema y esto se ha cumplido en la realidad.

No fueron muchas las modificaciones que se realizaron del cuestionario inicial, pero sí fue cierta, y la experimentaron casi todos, la dificultad en responder la pregunta 6 si ya les costaba entender que toda la lista que exponíamos era para recordar los temas y

facilitarles la respuesta sobre aquellos en los que habían hecho objeción de conciencia alguna vez, les despistaba mucho tener además que delimitar la cantidad de veces que habían hecho objeción, nunca o siempre, o la situación intermedia algunas veces. Al ser esta una opinión general de los participantes en la prueba, y revisarla, decidimos formular la pregunta de otro modo, dejarla abierta, para que los sanitarios tras una reflexión sobre el tema nos dijeran solamente las situaciones en que habían objetado sin delimitar las veces, así probablemente les sería más fácil responder y era asimismo codificable para el análisis estadístico.

Realizada esta corrección, revisamos de nuevo todo el cuestionario antes de crear el definitivo. Habíamos analizado previamente y con detalle, todos los cuestionarios de la prueba piloto y teníamos cada vez más clara la idea general de la investigación, por lo que aun modificamos dos de las definiciones o aclaraciones a los términos empleados que se ampliaron, en concreto las de vasectomía / ligadura de trompas y la prescripción o colocación de DIU pues aunque los enunciados describían bastante bien el procedimiento, quedaban incompletas en la explicación del mecanismo de acción además de que era importante reseñar la irreversibilidad en los primeros.

Tras todos estos pasos, teníamos preparado ya el cuestionario definitivo en abril de 2003.

5.1.3 De los criterios de inclusión y de selección de participantes

La idea de realizar nuestro estudio en Barbastro fue debido a que dos de los investigadores trabajábamos en este Sector, el doctorando como médico de familia en el Centro de Salud de Barbastro, en concreto como médico de refuerzo, y uno de los Directores en el Hospital como Internista. Realizar una investigación en nuestro lugar de trabajo, para profundizar con la colaboración de todos nuestros compañeros en un tema tan interesante nos ilusionaba y atraía porque teníamos así el sentimiento de investigar y obtener resultados útiles para todos. Nos llamó mucho la atención, el interés general que con el tiempo nos han ido mostrando los sanitarios de este Sector por conocer los resultados del estudio una vez concluido, lo cual afianza más nuestro interés por investigar allí donde

se trabaja, al mismo tiempo que no debemos dejar de decir que esto también facilita la investigación. El interés y la colaboración en dedicar tiempo a responder una encuesta, creemos que es más fácil hacerlo por algo o alguien cercano que se conoce y que posteriormente se sabe te puede informar directamente de los resultados.

También puede llamar la atención el hecho de haber incluido en nuestro estudio sólo al personal sanitario que trabaja en la sanidad pública. Esto se decidió porque los investigadores trabajábamos en ella y es de quienes nos interesaba recoger la opinión, aunque pensamos que además refleja a la inmensa mayoría de los sanitarios del Sector al ser comparativamente escasa la práctica exclusiva de la Medicina privada en nuestra zona.

En lo que se refiere al lugar de trabajo, el Hospital es el único del Sector Barbastro, que cuenta con 160 camas y una plantilla de unos 540 profesionales de los que 120 son médicos de diferentes especialidades y 202 enfermeras/os. Cuenta con los Servicios de Gerencia, Admisión e Informática y con 25 especialidades médicas donde trabajan en todos ellos médicos y enfermeras. Además existen médicos especialistas en formación para la especialidad de Medicina Familiar y Comunitaria que durante los dos primeros años deben desempeñar su actividad laboral en el hospital, para completar su formación tanto en las diferentes especialidades como en las guardias de las urgencias hospitalarias por eso se incluyen estos profesionales en el estudio mientras que, los residentes del tercer año y último de especialidad se incluyeron en el Centro de Salud, en concreto en el de Barbastro donde reciben la formación en ese tiempo.

Puede llamar la atención, la existencia dentro de la actividad hospitalaria de dos Centros de Especialidades ubicados en las localidades de Fraga y Monzón que dependientes del Hospital de Barbastro también colaboraron en nuestro estudio y en ellos, se realizan consultas externas de las diferentes especialidades por médicos desplazados en días fijos desde el Hospital y análisis clínicos diarios por personal de laboratorio de bioquímica que, al igual que las enfermeras/os están permanentemente allí.

Los psiquiatras en este Sector realizan su actividad laboral diaria en los Centros de Salud dentro de las Unidades de Salud Mental ubicadas en los centros de mayor población que son Barbastro, Fraga y Monzón, y formadas, en lo que se refiere al personal sanitario, por un psiquiatra y una enfermera/o especialista en Salud Mental, por este motivo los hemos incluido al recoger los resultados del estudio con el personal de Atención Primaria,

ahora bien es obligado decir que estos especialistas médicos acuden, si se les requiere mediante interconsulta, al Hospital para valorar o revisar pacientes psiquiátricos ingresados por otras patologías.

Respecto a los equipos de salud (de Atención Primaria, EAP) son la estructura organizativa y funcional constituida por el conjunto de profesionales sanitarios y no sanitarios que desarrollan de forma continuada y compartida las funciones y las actividades de la Atención Primaria de Salud en el seno de una comunidad determinada¹¹⁰. Hemos incluido en el estudio por su localización geográfica dentro del Sector, catorce centros de salud que son la estructura funcional y física en la que se desarrollan las actividades propias de la Atención Primaria de salud en los terrenos de la promoción, prevención, asistencia curativa y rehabilitación y reinserción social, así como el de la participación comunitaria.¹¹⁰ Estos centros de salud están situados en el municipio cabecera de comarca o distrito y existen en el ámbito rural, numerosos consultorios locales equipados con los elementos necesarios para el desarrollo de las consultas médicas y de enfermería, y que dependen funcionalmente de ellos. El tamaño y la infraestructura de estos, de cara a dar una atención integral, es variable y en relación con el volumen de población adscrita y aunque, son de características bastante similares casi todos, los de mayor tamaño cuentan, además de con los médicos de familia y las enfermeras/os que atienden las consultas y la atención continuada, con especialistas en Pediatría, Unidad de Salud Mental y Odontología (formada por un médico odontólogo).

Una vez que tuvimos en cuenta todos los detalles que acabamos de comentar, teníamos delimitada ya nuestra población de estudio, formada sólo por profesionales sanitarios y comprobamos, tras consultar con un experto en bioestadística, que ésta era una muestra suficiente, la habíamos definido claro está, no por el dato numérico, sino por la calidad y cantidad de información que podríamos obtener de ella que era bastante completo para los objetivos que nos habíamos marcado.

Y por último, queremos insistir de nuevo en nuestra clara decisión, tomada ya desde el principio, de excluir del estudio a otros profesionales relacionados con la sanidad pero no sanitarios porque queríamos delimitar la investigación y nos pareció más correcto, en todo momento, estudiar sólo la experiencia y opiniones de los sanitarios ya que son los primeros y más directamente implicados con la objeción en la práctica clínica diaria. Ahora bien, no

hemos olvidado en ningún momento, que la objeción implica también a otros profesionales (farmacéuticos, psicólogos, personal auxiliar de enfermería, administrativos, etc.) indirectamente y, como ya hemos dicho en otra ocasión, nos gustaría e intentaremos que nuestras aportaciones después de esta investigación, les ayuden a resolver aquellas situaciones de objeción de conciencia que a ellos también se les pueden plantear en su actividad laboral, también a ellos les ocurre que en ocasiones existe una conciencia violentada por que se les está haciendo realizar algo que no desean. Si existiera una ley que previese la objeción de conciencia sólo para médicos y enfermeras/os, no tendría mucho sentido en esta cuestión cuyo fondo como sabemos es el mismo para todos los profesionales, negarse a hacer algo que su conciencia rechaza absolutamente, independientemente de una participación directa o más lejana en la situación concreta. Ahora bien, no podemos dejar de reconocer la dificultad de llevar esto a la práctica y no sólo por reconocer el grado de participación o de implicación en cada caso sino también por la necesidad, que puede llevar consigo, de comprobar la sinceridad de las convicciones de conciencia, importante tanto para salvar el principio constitucional de seguridad jurídica como el de igualdad.

5.1.4 Del procedimiento de entrega de cuestionarios

Entre mayo de 2003 y marzo de 2004, se realizó la entrega, cumplimentación y recogida de datos, pero esta fase tenía la dificultad de la dispersión geográfica existente entre los diferentes centros de salud, pues este sector abarca todo el Pirineo Oriental de la provincia de Huesca, que se alivió con una exhaustiva revisión de la localización y distancia en kilómetros hasta los centros de salud intentando coordinar al mismo tiempo, si era posible, la entrega en al menos dos centros en un sólo día, avisando previamente y adaptándonos por supuesto a la hora y día de la reunión de equipo, momento en que habíamos pensado como ideal para encontrar al mayor número de profesionales y así fue. Otra dificultad fueron los períodos de vacaciones (estivales, Navidad y Semana Santa) que existieron a lo largo de esta fase de la investigación, nos alargaron los plazos previstos inicialmente pero vimos que debíamos respetarlos interrumpiendo la entrega durante unos días, si queríamos conseguir el mayor número posible de respuestas.

La entrega se hizo de modo organizado, según lo que acabamos de comentar, pero progresivamente en el tiempo, pues como se sabe, este trabajo de investigación se ha realizado fuera de la actividad laboral de los investigadores.

Cumplimentaron finalmente el cuestionario 386 profesionales sanitarios del Sector Barbastro lo que supuso un porcentaje de respuestas que superaba el 50% previsto de partida. Ha sido en los centros de salud donde el porcentaje de respuestas de todo el personal que allí trabaja fue mayor, frente a los del hospital. En este resultado pudo influir el procedimiento de entrega de los cuestionarios, se accedió más fácilmente a los sanitarios de los centros de salud porque se entregaba personalmente a cada componente del EAP el día de la reunión de equipo existiendo poca diferencia de participación entre médicos y enfermeras/os, siendo en estas últimas incluso mayor pese a ser menor número. Mientras que en el hospital, el jefe de servicio probablemente pudo acceder más fácilmente al personal médico los días de sesión clínica en cada servicio o en otros momentos de encuentro a lo largo de la mañana de actividad laboral, dado que el número de facultativos era menor y por eso creemos respondieron más de la mitad del total de médicos, pero creemos no ocurrió lo mismo con las supervisoras y el personal de enfermería que sólo respondieron una tercera parte del total de las que trabajan en el hospital influido esto, casi con toda seguridad, por la turnicidad en el horario laboral que dificultaba a las supervisoras el acceso a todo el personal de enfermería y por tanto más desconocimiento del estudio. No debemos dejar de nombrar otra posibilidad muy importante como causa de menor índice de respuesta y es que, a pesar de conocer el estudio, enfermería se ve con relativa frecuencia en un nivel diferente de responsabilidad ante la objeción de conciencia sanitaria y por esta apreciación podría ser que le quiten importancia al tema e incluso a su planteamiento. De hecho en varias ocasiones hemos encontrado, como sugerencia en el cuestionario, el sentimiento de este personal sanitario de subordinación en su trabajo a las órdenes del médico, y refieren no tener capacidad de decisión, lo que es una actitud errónea que tendremos en cuenta e intentaremos aclarar en las conclusiones de nuestro estudio pues, como se ha dicho anteriormente, la motivación de la objeción de conciencia es algo individual e íntimo.

En la recogida de los cuestionarios se intentó cumplir con rigor los plazos previstos, máximo 30 días a partir de la entrega, pues en general, los responsables con los que

contactábamos coincidían en decir que no demorásemos la recogida para evitar el desinterés en responder y la pérdida de los cuestionarios entre los múltiples papeles del centro.

En los centros de salud los cuestionarios pendientes de recoger, que correspondían a los sanitarios ausentes el día de la entrega o a otros que después de conocer el tema prefirieron responderlo en casa de forma más tranquila para reflexionar sobre él, destacamos la colaboración de antiguos compañeros o de los coordinadores que se ofrecieron a entregártelos o remitirlos a mi centro de salud lo cual nos evitó viajes y además se pudo comprobar que, excepto en un centro donde el coordinador acortó demasiado el tiempo de respuesta, en el resto al responsabilizarse alguien de la recogida y entrega vimos que esta persona probablemente insistía más en la cumplimentación y conseguía un alto índice de respuesta en estos cuestionarios pendientes.

En el hospital la recogida se realizó en general, contactando directamente con los jefes de servicio o supervisoras, fue un poco más irregular en plazos, buscando dar más tiempo para obtener una mayor respuesta, pero no sobrepasó los dos meses, al final pensamos que quien no lo había respondido no lo iba a hacer ya.

A finales de marzo dimos por concluida la recogida de todos los datos necesarios y por tanto el trabajo de campo de nuestra investigación.

5.1.5 Del análisis de los datos y del tratamiento estadístico

Este tipo de estudio, por sus características, entraría dentro un tipo de investigación cualitativo y es importante destacar, que en estos estudios el diseño es flexible, abierto y cambiante. Los objetivos, el método, la muestra, la técnica de recogida de información y el análisis están proyectados, pero abiertos a incorporar nuevas visiones e informaciones que pueden matizar y reorientar aspectos del diseño.

En este proceso de análisis debíamos ordenar, estructurar y dar significado a la información obtenida. Y debemos distinguir dos momentos importantes el analítico y el explicativo e interpretativo.¹¹⁰

Para todo lo anterior, fue necesario consultar en esta fase de la investigación con un experto en bioestadística que nos orientó y supervisó el trabajo.

La fase de análisis de las respuestas duró cuatro meses y se llevó a cabo tras haber creado una base informatizada de datos en Access donde estaban introducidos los resultados de cada cuestionario cumplimentado y posteriormente, exportada ésta a Excel para realizar el tratamiento estadístico de estos mediante el programa informático SPSS 11.0.

En primer lugar vimos que debíamos realizar un análisis descriptivo para conocer el perfil de los participantes, qué saben y opinan sobre el tema y por último, qué experiencia y hasta donde les gustaría llegar en su puesta en práctica. Pero quedarnos sólo con este análisis habría sido insuficiente ya que ante lo innovador de nuestra investigación queríamos que nuestros resultados reflejaran realmente las opiniones de los participantes en el estudio y pudiesen ser aplicados a otros contextos. Los estudios cualitativos niegan la repetibilidad exacta de un estudio en otros contextos al afirmar que cada contexto es único e irrepetible y que la realidad social está en continuo cambio por eso debíamos dotarnos de una serie de procedimientos para conseguir la menor inestabilidad posible y asegurar que un segundo investigador pudiera auditar y replicar el estudio, y si lo hiciera en el mismo contexto obtendría resultados similares y nunca contradictorios. Queríamos garantizar el rigor y minimizar los sesgos en una investigación cualitativa, para ello había que aplicar simultáneamente diferentes análisis o metodologías para estudiar un mismo fenómeno y obtener una visión más amplia y rica del objeto de estudio.¹¹⁰

Teniendo en cuenta lo anterior, era necesario realizar un análisis bivariante en dos casos diferentes, uno en que buscábamos la asociación entre las variables predictoras con las dependientes (o respuestas a los distintos aspectos éticos). Y otro posible análisis bivariante para evaluar la posible asociación entre las variables predictoras entre sí y comprobar, si estas estaban asociadas ya que en ese caso podían comportarse como posibles factores de confusión (sesgos).

Las variables predictoras son aquellas que se utilizan para predecir los valores de otra variable dentro de un modelo; en un modelo de regresión las variables predictoras se llaman también independientes. En nuestro estudio son la edad, el sexo, la categoría profesional, el lugar de trabajo y la práctica religiosa y, como veremos más adelante, a partir de estas predeciremos los resultados de los distintos aspectos éticos estudiados.

La prueba estadística utilizada para este análisis ha sido el Chi cuadrado medida para saber como de bien se ajusta el modelo seleccionado a los datos y que contrasta la hipótesis de que las variables de fila y de columna son independientes, sin indicar la magnitud o dirección de la relación. A efectos prácticos, el valor de significación es más importante que el valor real del estadístico. En las tablas 2x2, se ha calculado el estadístico exacto de Fisher cuando una tabla que no sea resultado de columnas o filas perdidas de una tabla mayor presente una casilla con una frecuencia esperada menor que 5 y para todas las restantes tablas 2x2 se ha calculado el chi-cuadrado corregido de Yates (o corrección por continuidad). Se han considerado resultados no significativos aquellos cuyo valor de la p de la prueba de significación es mayor o igual a 0,050 ($p \geq 0,050$) y significativo si menor a 0,050 ($p < 0,050$).

Al observar los resultados de ambos análisis, que comentaremos más adelante, vimos que había relaciones significativas entre las variables, y por tanto se cumplían las sospechas de que probablemente existían factores de confusión -o sesgos- entre estas variables y sobre los que debíamos intervenir y minimizar al máximo. Para conseguir esto era necesario realizar por último, un análisis multivariante mediante un modelo de regresión logística binaria que se aplicó a los 22 items o aspectos éticos a investigar, extraídos de las preguntas del cuestionario, tras suprimir aquellos con escaso número de respuestas. Así conocemos la estimación del efecto de cada una de las variables predictoras, ajustado por todas las demás, cuantificando la magnitud de dicho efecto en forma de Razón de Prevalencia (RP) ó exponente (β). Esto hace disminuir con bastante seguridad la posibilidad de existencia de aquellos sesgos que eran difíciles de evitar hasta este momento, al mismo tiempo que cuantifica la magnitud de los resultados.

5.2 Discusión de los resultados

5.2.1 De la estadística descriptiva

La edad de los participantes que inicialmente se distribuía en cinco intervalos con 10 años de diferencia, entre cada uno, desde los 20 a los 69 años fue necesario reducirlos a cuatro debido al escaso número de participantes en los dos intervalos de mayor edad y a la influencia que esto podía suponer en los resultados así, se agruparon los dos de mayor edad creando un nuevo intervalo de 50 a 69 años, a partir de ahora es la nueva variable edad que hemos utilizado en todo el estudio. El mayor número de participantes tenían entre 40 y 49 años, seguían los de 30 a 39 años, a continuación los de 20 a 29 años y por último los de mayor edad 50 a 69 años, predominando el sexo femenino.

A pesar de la diferente respuesta entre categorías en cada lugar de trabajo, en el resultado final hay muy poca diferencia de participación por categoría profesional siendo un 4,6% más a favor de los médicos, quizá porque ha llegado mejor a todos ellos en general al pedir colaboración y probablemente están más sensibilizados con el tema.

Un alto porcentaje de todos los sanitarios conocían su derecho a la objeción de conciencia y más de la mitad habían pensado *alguna vez* en la OCS quedando en la otra mitad el resto de las opciones planteadas y de éstas, las opciones *bastantes veces y muchas veces* suman el 29%, lo que nos lleva a decir que hay un porcentaje alto de sanitarios, más del 80%, que además de conocer el derecho a la OCS han pensado en ella por diferentes motivos en algún momento de su práctica clínica.

Sobre los temas o situaciones en las que hacer OCS, las veces desde *nunca* a *siempre* y el número de sanitarios que se plantearían en cada caso hacer objeción, queremos destacar los extremos. Casi todos (91.5%) se plantearían *siempre* la OCS a la ablación de clítoris debido probablemente al gran impacto que su práctica supone en nuestra cultura y por el contrario sólo el 51.2% objetarían *siempre* a la circuncisión, al ser menos una intervención menos mutilante aunque también tenga connotaciones de otra cultura. A la

clonación reproductiva objetarían *siempre* sólo la mitad, pese a que pueda pensarse que se cae definitivamente en la llamada "pendiente resbaladiza" considerada peligrosa para el futuro de la humanidad.

En el lado contrario está la opción de no hacer objeción de conciencia *nunca* y los sanitarios de nuestro estudio se lo plantean mayoritariamente así (86.5%) en la hemoterapia/transfusiones -como esperábamos-, porque como ya es sabido, de no ser por motivos religiosos muy concretos, esta situación se considera en la práctica clínica diaria como un método terapéutico sin mayores problemas éticos. Le siguen los diferentes métodos de planificación familiar (prescripción de anticonceptivos (82.3%), prescripción o colocación de DIU 88.5%) y vasectomía/ligadura (79.6%)) cuya práctica parece estar mayoritariamente aceptada por los sanitarios, aunque pueda considerarse un claro motivo de objeción para otros (ver tabla 4.1). Por último, con un razonamiento similar (no hacer objeción *nunca*) y con un porcentaje de respuesta mayor de la mitad sin sobrepasar el 70%, están la fecundación in vitro y la píldora del día después.

En la investigación con embriones, en la clonación terapéutica, en los estudios con animales y en el suicidio asistido, el porcentaje de respuestas se reparte entre las 5 posibles opciones desde *siempre* a *nunca*, predominando en las tres primeras el *nunca*, creemos que por ver en ellas camino a posibilidades terapéuticas, y en la última el *siempre* debido al fin (la muerte provocada) a que lleva esta situación.

En el resto de situaciones, en los resultados predomina la opción intermedia de *algunas veces* como respuesta con un porcentaje entre el 20 y 30%.

Si en la eutanasia y en el aborto, vemos que la respuesta mayoritaria de los sanitarios ha sido *algunas veces* tenemos una muestra por un lado de la variedad casuística y de opiniones de la que los profesionales sanitarios son conscientes y por otro en la dificultad para delimitar los problemas del inicio y fin de la vida, temas de actualidad en nuestra sociedad hoy.

Por tanto es muy importante y de gran dignidad ética, cuando las razones aducidas son serias, sinceras y constantes y se refieren además a cuestiones graves y fundamentales, considerar y respetar la opción de objetar en conciencia del profesional sanitario ante la negativa a realizar actos o servicios sanitarios a los que está por norma obligado, invocando

motivos de conciencia procedentes tanto de razones religiosas como de razones simplemente deontológicas o bioéticas.

Además de las situaciones planteadas en el cuestionario, algunos profesionales sanitarios consideraron alguna otra que probablemente se les presentó en la práctica clínica diaria y que también podría ser motivo de objeción de conciencia que nos ayuda a tenerlas en consideración para futuros estudios.

En primer lugar destaca la donación y trasplante de órganos que deberíamos haber incluido en nuestro cuestionario por la importancia del tema y que omitimos quizá por la escasez de puntos de referencia deontológicos y jurídicos sobre materias objetables. En segundo lugar, la asistencia sanitaria en situaciones o a personas conflictivas como serían el intervencionismo innecesario en el parto o la confirmación de la virginidad en mujeres musulmanas y los tratamientos a pacientes psiquiátricos, disminuidos psíquicos, terroristas, asesinos, violadores y otros que pueden suponer un conflicto a los sanitarios en un momento determinado de la atención.

Otras situaciones consideradas por unos pocos, que se refieren a temas delicados y nuevamente conflictivos, con una especial dificultad en su resolución y que por ello es importante no dejar de nombrarlos, son las intervenciones de cambio de sexo, la información de infección por VIH a la familia o pareja del afectado, la alimentación forzada de huelguistas de hambre, los experimentos y estudios de medicamentos con seres humanos. La objeción a la política sanitaria existente y el desacuerdo con la prescripción terapéutica médica en algún momento de la asistencia, que afecta al personal de enfermería guardaría relación con la subordinación en el trabajo del personal de enfermería a las órdenes del médico y que sólo podría ser admisible desde el punto de vista técnico pero no desde el punto de vista ético, como ya se ha comentado.

Los sanitarios también citaron 24 situaciones más que no se comentan porque hemos considerado tras analizarlas que están incluidas en los temas planteados inicialmente en el cuestionario.

Los resultados obtenidos en este estudio sobre la puesta en práctica, referida a la actividad clínica diaria, de la objeción de conciencia nos revelan que poco más de la mitad

de los sanitarios *nunca* se han visto en situaciones de hacer objeción de conciencia y este dato, pese a que casi con toda seguridad han vivido situaciones objetables, indica que las actuaciones que promueve la sanidad pública son aceptadas sin especiales problemas por sólo la mitad de los profesionales sanitarios.

En la pregunta seis creada para conocer aquellas situaciones concretas de la práctica clínica diaria en las que nuestros sanitarios habían hecho OCS alguna vez, al analizar los resultados hemos visto que es pequeño el porcentaje de sanitarios que habían hecho objeción en cada una de las situaciones planteadas (figura 4.8), con un alto porcentaje tanto del no como respuesta como de la opción no sabe/no contesta, lo que ha impedido utilizar estos resultados en el análisis multivariante. A pesar de lo que acabamos de comentar, la pregunta seis fue respondida por algunos sanitarios y de su contenido hemos sacado conclusiones útiles sobre la experiencia y actuación de estos ante situaciones concretas de objeción de conciencia sanitaria.

En primer lugar ha sido la píldora del día después la situación en que más sanitarios han hecho objeción de conciencia alguna vez influido esto probablemente por el aumento de su demanda en la asistencia sanitaria de los últimos tiempos tanto en las consultas como en las urgencias de los centros de salud, siendo éste además el lugar de trabajo de los profesionales que han respondido mayoritariamente la encuesta.

En segundo lugar, estaría la interrupción del embarazo como situación más frecuente de objeción para nuestros sanitarios y, antes de nada queremos comentar que el Servicio de Obstetricia y Ginecología del Hospital de Barbastro no realiza las interrupciones voluntarias del embarazo en los supuestos legalizados por lo que las situaciones planteadas a nuestros sanitarios respecto a este tema son las de tramitación del proceso y para ello pueden estar implicados principalmente ginecólogos, médicos de familia, psiquiatras y matronas, que son los que atienden en primer lugar y según circunstancias diferentes a estas pacientes con el apoyo y colaboración de otro personal no sanitario como psicólogos y asistentes sociales.

A continuación en frecuencia siguen la limitación del esfuerzo terapéutico y la retirada de los tratamientos de soporte vital. En esta última situación están implicados con más frecuencia los profesionales hospitalarios pero en la limitación del esfuerzo terapéutico

no son sólo ellos sino también los profesionales de atención primaria los que se pueden plantear cuándo limitar el esfuerzo terapéutico y evitar acciones y traslados de determinados pacientes al hospital. La explicación a la escasa frecuencia de objeciones en esta situación está en algo apreciado durante toda la investigación y que sacaría a la luz un hecho importante que es el escaso reconocimiento de estas situaciones en la práctica clínica de los profesionales sanitarios de los EAP que incorrectamente las asocian más a la medicina hospitalaria (urgencias, hospitalización y reanimación) que a la atención primaria del enfermo donde también se presentan en muchas ocasiones y que puede llevar a actitudes o actuaciones erróneas. En nuestra opinión, esta idea debería desaparecer y posiblemente una solución sería facilitar a los profesionales sanitarios la formación en temas de cuidados paliativos y Bioética e impulsar al mismo tiempo la creación de Comités Asistenciales de Ética en los EAP que ayuden a ver, plantear y comentar los diferentes problemas que se presentan y sus posibles soluciones por lo que nos gustaría que en nuestro sector siguiese adelante el proyecto de creación de un Comité de Ética Asistencial del Sector Barbastro que incluyera los catorce centros de salud y el Hospital.

La eutanasia ha sido citada en quinto lugar como una de las situaciones más frecuentes en las que se ha hecho objeción de conciencia. A pesar de no estar legalizada vemos que a los sanitarios se les presenta en la práctica clínica diaria y en ocasiones, la complejidad de actuaciones médicas en que se ven implicados puede hacer que, aún siendo ilegal, se vean presionados a ella. Estas respuestas suponen un desconocimiento de lo que realmente es la objeción de conciencia que sólo se puede ejercer en situaciones en las que una norma de alguna manera obligue a actuar contra la conciencia individual. Estas respuestas reflejan no obstante una intervención de la conciencia del médico ante solicitudes de los pacientes o sus familias aunque el médico todavía no esté obligado a satisfacer. Con la posible despenalización de la eutanasia se podrá ver realmente cuantos profesionales objetan a ella.¹¹¹

El porcentaje de sanitarios que han hecho alguna vez objeción a la prescripción de anticonceptivos orales, la vasectomía/ligadura de trompas y la hemoterapia/transfusiones es bastante similar y al mismo tiempo bajo. Estas situaciones si bien son frecuentes en la práctica clínica diaria, son pocos los sanitarios que se plantean hacer objeción de conciencia

alguna vez y casi con toda seguridad podemos decir que los motivos serán preferentemente religiosos en las dos primeras y éticos/técnicos en la hemoterapia/transfusiones al no haber ningún testigo de Jehová entre los encuestados .

Y por último, con un porcentaje todavía menor de objeción de conciencia, están la prescripción del DIU, el suicidio asistido, la circuncisión de niños, la ablación de clítoris y la fecundación in vitro. Este resultado nos muestra, la existencia de una limitada frecuencia de objeción de conciencia de los sanitarios a estas prácticas probablemente relacionado tanto, con el conflicto a que llevaría la práctica de algunas como la circuncisión de niños en nuestra cultura, como por la ilegalidad que supondrían en estos momentos otras como el suicidio asistido y la ablación del clítoris. En cambio, la fecundación in vitro y la prescripción del DIU que si se practican más lo es a nivel de la atención especializada, por lo que también se limita la frecuencia de objeción y favorece un bajo resultado.

Llegados a este punto, debemos destacar que, encontrar en los resultados de nuestro cuestionario situaciones en las que algunos sanitarios han hecho objeción de conciencia alguna vez como en el suicidio asistido, la ablación de clítoris, la circuncisión de niños y la eutanasia, nos muestra que en algún momento de la asistencia éstas les han sido demandadas y por tanto aunque no haya nada legislado sobre ellas, estas situaciones se plantean en la praxis médica, los pacientes y la sociedad las demandan y los sanitarios deben tener una adecuada y completa formación en bioética para afrontar estas cuestiones conflictivas y poder resolverlas mediante el conocimiento de un mínimo de criterios éticos establecidos, incluida la posibilidad de hacer objeción de conciencia.

Hay situaciones de las planteadas como posibles temas donde hacer objeción de conciencia en las que nunca se han visto ningún sanitario del estudio y son la investigación con embriones, las clonaciones terapéutica y reproductiva y los estudios con animales por estar muy alejados de la práctica médica habitual en nuestro sector sanitario en estudio.

Desde el inicio de este estudio, nos ha parecido importante plantear la investigación de un modo que hiciese reflexionar a los sanitarios sobre estos temas para huir de posturas tajantes e indiscriminadas y con la idea de que hay una gran diversidad de situaciones, opiniones y creencias respetables a las que debemos ser sensibles posibilitando así un dialogo sereno sobre estos problemas.

Los temas en que los sanitarios pueden hacer objeción están ahí, pero no hay constancia clara, en ningún documento escrito por ejemplo, de la opción e intención de cómo actuarían ante aspectos éticos importantes cada uno de los sanitarios que van incorporándose a las plantillas tanto del hospital como de atención primaria. No se está revisando ni contemplando dentro de la organización de los servicios sanitarios, la objeción de conciencia y su derecho, se está actuando de modo desordenado y puede esto originar verdaderos conflictos en situaciones límite. Quiero decir, que en la sanidad pública no se plantea la opinión de los profesionales sanitarios ante la objeción de conciencia y determinados temas y, por consiguiente, tampoco se revisa la situación periódicamente.

La posibilidad de que un sanitario se encuentre ante una situación de hacer objeción en la práctica clínica y haya dejado de hacerla también podía darse con frecuencia y ser por diferentes razones que incluimos en el cuestionario para ayudar en la reflexión sobre este aspecto, dejando también abierta la opción a que nos diesen nuevas o diferentes razones. Los resultados no han sido todo lo completos que nos hubiese gustado ya que ha habido también un alto porcentaje de no respuesta(67.6%), pero desde luego es cierta nuestra sospecha de que algunos sanitarios han dejado de objetar en situaciones que debían hacerlo y llama la atención que la razón más frecuente haya sido *por respetos humanos o cobardía* (15.3%). Está claro que las situaciones de objeción planteadas llevan consigo el sentimiento de estar ante un conflicto, no sólo individual sino también ante la sociedad que es donde se debe manifestar generando así miedo a enfrentarse con la presión social y miedo a la discriminación o a la pérdida del empleo -muchas veces precario- optando por tomar una actitud personal de cobardía unido probablemente al sentimiento de soledad experimentado en esos momentos por la no existencia de un reconocimiento o vía por la que libremente y sin coacciones poder manifestar aquello que verdaderamente se quiere hacer.

En segundo y tercer lugar, las razones para dejar de objetar han sido *por no saber como hacerlo* y *por no armar lío* respectivamente. Y nuevamente queda patente lo que acabamos de comentar, la dificultad existente, a pesar de que esté reconocido el derecho, para manifestar la intención y poder seguir un cauce común ante la opción de hacer objeción de conciencia en el ámbito sanitario sin necesidad de llamar la atención ni de utilizar medios extraordinarios.

Queda claro que, es frecuente la sensación de muchos sanitarios de ver la objeción de conciencia sanitaria como una actitud conflictiva en las diferentes situaciones de la práctica clínica diaria y que es común decidir personalmente por la opción de no crear o crearse más problemas

Existe también un porcentaje, alto, aunque menos que los anteriores, de sanitarios que reconocieron entre las razones para no hacer objeción la de *pensar que no tenían ese derecho*. Esperemos que después de este estudio dejen de pensarla y que cuando estén ante una situación de hacer objeción opten por aquello que de verdad quieran hacer en conciencia. Por último, la razón de dejar de objetar *por falta de tiempo* también propuesta en el cuestionario, afectó a un pequeño porcentaje de sanitarios y esto se debe evitar y nos parece que podría ser lo más adecuado, facilitar la formación y conocimientos sobre el tema, para que llegado el momento los sanitarios tengan unos planteamientos claros y previos a estas situaciones límite para no llegar a hacer, por falta de reflexión y de tiempo, aquello contrario a lo que piensen en conciencia y que es posible prevenir y corregir.

Dentro de la opción dada a los sanitarios de exponer otras razones para dejar de hacer objeción de conciencia no contempladas por nosotros en el cuestionario, destaca como más frecuente la “no presentación del caso”, que tampoco es extraño porque algunos sanitarios en su práctica clínica diaria se ven de entrada en pocos casos en los que objetar y unido esto a la no intención de hacer objeción ante ellos, da valor a esta razón. Le sigue, el sentimiento de algún sanitario de la existencia de “dudas legales” sobre la aplicación de la objeción de conciencia, esto se entiende por la incertidumbre existente en el plano legal, pero no debería ser motivo suficiente para dejar de hacer algo. La razón de “comprensión hacia la situación del afectado” dada por algún encuestado refleja que las circunstancias pueden matizar las decisiones de la conciencia individual que como ya dijimos es actual y para situaciones concretas, aunque se ha de tener en cuenta que ante cualquier situación existen diferentes puntos de vista pero quizás no podemos condicionar una actitud ante algo por el mal menor que podamos ocasionar teniendo en cuenta que con nuestra omisión podemos provocar un mal mayor. Algo similar ocurriría cuando la “presión viene por parte de la familia del paciente”, que de entrada no debe aceptarse y supone una actitud de cobardía.

Por último, del resto de razones de la tabla 4.3 aducidas por un solo sanitario queremos destacar el sentimiento del personal de enfermería, ya reseñado anteriormente en nuestro estudio que es, la “subordinación en el trabajo y la dificultad para opinar” que como vemos limita no sólo el reconocimiento de la objeción de conciencia ya comentado antes sino también el hecho de llevar ésta a la práctica. El resto de razones son sentimientos muy personales algunos, como el choque cultural o el estar implicado indirectamente, que no pueden ser considerados como razones para dejar de objetar y otros, como el miedo o no haberlo pensado, ya estaban incluidos dentro de otras.

Una vez recogida la opinión y experiencias sobre la objeción de conciencia sanitaria, tras haber intentado con las preguntas del cuestionario que los sanitarios participantes reflexionasen sobre el tema nos pareció, importante también conocer si veían necesario regular legalmente el derecho a la objeción de conciencia al igual que estaba regulada para el servicio militar. La respuesta a favor fue mayoritaria y sorprendente, una vez más vemos la importancia del tema, los sanitarios en algún momento de su práctica profesional se han planteado o por lo menos han estado ante situaciones de hacer objeción y están a favor de su regularización por ley, opinión fundada probablemente en la tolerancia y en la aceptación de la libertad de conciencia para aquellos que quieran hacer objeción.

Ante el planteamiento por parte de los sanitarios de cuestiones de conciencia al elegir o evitar una especialidad o servicio, sólo unos pocos lo habían tenido en cuenta y no hemos podido concretar de qué especialidad o servicio se trataba porque se planteó como una pregunta cerrada.

Y para concluir la descripción de nuestro estudio y como ya hemos dicho anteriormente, uno de los motivos que pueden llevar a los sanitarios a hacer objeción de conciencia son los religiosos y por esto pensamos al diseñar el cuestionario que también era importante conocer las creencias y nivel de práctica religiosa de nuestros sanitarios para luego estudiar su posible influencia en la práctica clínica diaria y en concreto en la objeción ante determinadas situaciones.

La religión a que pertenecen la mayor parte de los sanitarios es la Católica y destaca un pequeño porcentaje de otras religiones pero no especifican cual, excepto dos budistas que se reconocen como tal.

Y aún más importante que la religión a que pertenecen es, conocer el nivel de práctica religiosa pues creemos que no será lo mismo una actitud ante determinados temas de un ateo -aunque existen pocos en nuestro estudio-, que de un agnóstico o de un creyente practicante o no. La mayoría, más de la mitad de los sanitarios que han participado, se reconocen creyentes y no practicantes siguiendo en resultado mayoritario los creyentes y practicantes que son aproximadamente la cuarta parte y englobados en la otra cuarta parte el resto, agnósticos y ateos. Ésta, como veremos más adelante, será una variable predictora de bastante influencia en los resultados de análisis posteriores.

5.2.2 Del análisis bivariante

A continuación de esta descripción inicial de los resultados era necesario realizar, con todos los items o preguntas del cuestionario y aplicando el estadístico Chi-cuadrado, un análisis bivariante para investigar la existencia de asociación o relación estadísticamente significativa entre las variables predictoras o independientes y los distintos aspectos éticos estudiados o variables dependientes. Los datos obtenidos se recogieron en parte en una gran tabla que, ante la imposibilidad de presentarla en una sola hoja, ha sido necesario desglosarla y repetir los encabezamientos en cada parte (Tabla 4.4) y se complementan con otros presentes que en el CD que se adjunta en este trabajo y correspondientes a los cálculos del programa estadístico SPSS 11.0.

Vamos a discutir según las variables predictoras los distintos resultados:

- Práctica religiosa

La práctica religiosa es la variable con más asociaciones significativas a algunos de los aspectos éticos estudiados y se asocia al hecho de conocer el derecho a la OCS y en lo relativo a temas como el aborto, la píldora del día después, la fecundación in vitro, la investigación con embriones, la clonación terapéutica, la clonación reproductiva, la eutanasia, el suicidio asistido, la vasectomía / ligadura de trompas y la prescripción del

DIU, situaciones que en la realidad les plantean más conflicto y pueden llevar a los sanitarios a hacer objeción de conciencia por motivos religiosos.

Pero hemos visto además que en el aborto, han sido los creyentes y practicantes los que han hecho la objeción con más frecuencia, lo cual es lógico.

La relación del ítem religión con la práctica religiosa, es en concreto con la religión Católica, predominante en nuestros sanitarios, y con los creyentes, practicantes o no. En este caso la existencia de significación es tan evidente que hay pocas posibilidades de que este influido por ningún factor de confusión.

- Edad

La edad está asociada o relacionada de forma significativa con algún aspecto en los que plantearse OCS como la investigación con embriones donde, los sanitarios de mayor edad *nunca* se plantearían objeción respecto al resto que la harían *algunas veces*. Vemos que hay diferencia entre edades y no se nos ocurre una explicación que la justifique salvo la existencia de un sesgo.

En la clonación terapéutica, en la limitación del esfuerzo terapéutico (LET), en la hemoterapia/transfusiones y en la vasectomía/ligadura de trompas en todas las edades *nunca* se plantearían hacer objeción, y en la LET todos responden entre *nunca* y *algunas veces*, lo que no nos dice nada de la variable edad respecto a este tema.

Por último en la circuncisión de niños predomina hacer objeción *siempre* en los sanitarios de todas las edades, excepto en los de mayor edad que el mayor número de estos no harían objeción *nunca*, pues quizás tienen una visión de esta práctica como menos lesiva o incluso útil.

Respecto al hecho de haber objetado en alguna situación de las que se preguntaban existe asociación entre el aborto y la edad únicamente, la mayoría en todas las edades no han hecho objeción, pero en esta pregunta hubo un alto porcentaje tanto del no como respuesta como de la opción no sabe o no contesta, mayor que el sí y esto pudo ser, como ya hemos comentado anteriormente un posible factor de confusión tanto para este como para el resto de aspectos aunque no sean significativos.

Sobre los motivos para dejar de hacer objeción, hubo un alto porcentaje de no respuesta, pero los resultados dan asociación entre la edad intermedia (30-39 y 40-49 años)

y “pensar que no tenían ese derecho” o“no saber como hacerlo”. La ”cobardía” fue el motivo menos aducido por los de mayor edad para dejar de hacer objeción.

- Sexo

El sexo, esta relacionado con el planteamiento de la objeción de conciencia a la hemoterapia/transfusiones y es significativa pero dando a esta variable sólo tres categorías, y que resultan de agrupar las opciones de respuesta *muchas veces y siempre* por un lado, *nunca y raras veces* por otro y dejando *algunas veces* como estaba. El motivo de agrupar estas categorías estaba en función de la escasa representación de los resultados en alguna de ellas. La asociación es significativa con las mujeres que *nunca* o *raras veces* se han planteado la objeción a la hemoterapia. Puede existir un factor de confusión debido a que hay muchas más mujeres que hombres en el estudio.

En cambio la asociación o relación del sexo con el planteamiento de objeción ante la circuncisión de niños también es significativa y así como la mayoría de las mujeres objetarían *siempre* ante esta situación, los hombres en mayor número no objetarían *nunca*, quizás por ser hombre, al igual que los de mayor edad, ven esta práctica menos lesiva, la justifican por motivos culturales y le restan importancia desde el punto de vista de la objeción.

En la asociación del sexo y si los sanitarios se habían visto en alguna situación en que hubieran tenido que hacer objeción, las mujeres responden en mayor número *nunca* y *algunas veces* que los hombres mientras que, en situación de hacer objeción *muchas veces* se han visto más hombres que mujeres, de nuevo esto puede ser porque existan factores de confusión: 1) que la mayoría son mujeres en nuestro estudio y 2) que hayan participado más médicos hombres en el estudio que médicos mujeres, esto último lo confirmaremos más adelante con el análisis bivariante de las variables predictoras (sexo y categoría profesional) entre sí.

Respecto a la asociación entre el sexo y algunas situaciones en que los sanitarios han hecho objeción, destacamos que en el aborto, la eutanasia, el suicidio asistido, la hemoterapia/transfusiones y la prescripción del DIU la mayoría de los sanitarios que han objetado, aunque son muy pocos, son los hombres, excepto en la prescripción de DIU que no ha objetado ningún hombre.

Por último, la necesidad de regular la OCS, la influencia de razones de conciencia al elegir o evitar una especialidad y la religión también asociadas significativamente al sexo (mujeres), probablemente influido por el mayor número de sanitarios mujeres participantes en nuestro estudio que si bien sabemos es real le faltaría el ajuste estadístico para controlar otros factores, como veremos en el análisis multivariante.

- Categoría profesional

La categoría profesional está relacionada con el conocimiento del derecho a la OCS tanto por médicos como por enfermeras y con el planteamiento de algunas situaciones de objeción como el aborto donde la mayoría se plantearían la objeción *algunas veces*, pero entre los que objetarían *siempre* en mayor número son médicos y los que no se lo plantearían *nunca* enfermeras/os, quizás porque éstos no se ven tan directamente implicados; en la circuncisión de niños, la mayoría (médicos y enfermeras) se plantearían objetar *siempre* pues cuesta entender esta práctica sólo por motivos culturales o religiosos, pero entre los que no objetarían *nunca* predomina el número de médicos respecto al de enfermeras/os, de nuevo probablemente por quitarle importancia a este aspecto como problema ético; y en la prescripción de anovulatorios, situación aceptada mayoritariamente, no sólo por los profesionales sanitarios sino también en la sociedad como método reversible de planificación familiar, casi todos médicos y enfermeras/os han contestado en su mayoría que no objetarían *nunca*.

Sobre la asociación entre la categoría profesional y las veces que se han visto los sanitarios en situación de hacer objeción, la mayoría respondieron *nunca*, pero llama la atención que los que se habían visto en esa situación *muchas veces* eran sólo médicos.

También existe asociación entre la categoría profesional y algunas situaciones en que los sanitarios han hecho objeción y destacamos que, tanto en la píldora del día después, como en la retirada de tratamientos de soporte vital y en la limitación del esfuerzo terapéutico son predominantemente los médicos quienes han hecho objeción.

La asociación de la religión con la categoría profesional es con la religión Católica tanto para los médicos como para las enfermeras y son sobre todo enfermeras/os los que se reconocen de otras religiones (budista y otras).

- Lugar de trabajo

El lugar de trabajo, está relacionado con el planteamiento de la objeción de conciencia a la clonación reproductiva, el mayor número de sanitarios *siempre* harían objeción y de estos predominan los que trabajan en el centro de salud respecto de los del hospital.

Respecto al lugar de trabajo y las veces que se han visto en situaciones de hacer objeción, existe también asociación y si bien la mayoría no se han visto *nunca* o *alguna vez*, sobre todo referido a los que trabajan en el centro de salud.

El haber hecho objeción de conciencia a la administración de la píldora del día después está relacionada significativamente con los sanitarios que trabajan en el centro de salud, lo que es lógico ya que es en atención primaria donde se solicita este tratamiento en primer lugar.

Sobre los motivos para dejar de hacer objeción, hay asociación entre el lugar de trabajo y todos los motivos propuestos, que la mayoría rechaza, aunque en mayor medida por los profesionales del centro de salud respecto a los del hospital.

En todas estas asociaciones respecto al lugar de trabajo, probablemente existe un factor de confusión debido a la mayor participación en el estudio de profesionales que trabajan en el centro de salud y que cumplimentaron el cuestionario respecto a los del hospital.

5.2.3 Del estudio de la asociación entre las variables predictoras

En primer lugar vamos a recordar que las variables predictoras son aquellas que se utilizan para predecir los valores de otra variable dentro de un modelo; en un modelo de regresión son las variables independientes. En nuestro estudio como ya sabemos son la edad, el sexo, la categoría profesional, el lugar de trabajo y la práctica religiosa.

Ante la sospecha de la existencia en el análisis bivariante de factores de confusión ocasionados por la posible asociación o relación estadísticamente significativa entre las variables predictoras entre sí, pensamos que era conveniente realizar otro análisis bivariante de estas variables entre sí para confirmar o descartar la sospecha y, tras los cálculos

estadísticos, hemos visto claramente representadas en los gráficos varias asociaciones que ahora vamos comentar para obtener ideas o reflexiones que pueden ser interesantes.

La asociación con tendencia lineal entre la edad y el sexo, mostrada claramente en la figura 4.13 nos lleva a decir que a medida que aumenta la edad de los sanitarios de nuestro estudio, aumenta el número de los varones, mientras que en el intervalo de menor edad predominan las mujeres esto, en un análisis bivariante claramente puede ser un importante factor de confusión, ante una diferencia tan clara de porcentaje. Además, este resultado también nos sirve para comentar la relación de esta apreciación de nuestro estudio con otra tendencia en las profesiones sanitarias de los últimos años y que es el predominio de las mujeres en todos los ámbitos de la sanidad.

También hemos visto asociación con tendencia lineal entre la edad y la categoría profesional (figura 4.14) ya que a medida que aumenta la edad, el número de sanitarios médicos es mayor que el de enfermeras. Entre los sanitarios de mayor edad de nuestro estudio hay más médicos que enfermeras/os y sería interesante conocer a qué se debe esto y si lo podríamos aplicar también a la población general. Se nos plantean dos posibilidades 1) que las enfermeras dejan de trabajar o se retiran antes y 2) que estamos ante unas generaciones en las que eran muchos más los estudiantes de medicina en relación con el número de estudiantes de enfermería

Entre la edad y el lugar de trabajo, también hay asociación estadísticamente significativa pero sin tendencia lineal (fig 4.15) y lo destacable a comentar es que, en todos los intervalos de edad, excepto entre los sanitarios de 40 a 49 años que trabajan en el hospital, la mayoría de los profesionales trabajan en los centros de salud. Esto se podría explicar por la mayor participación en nuestro estudio de los sanitarios de atención primaria, pero también porque con la creación en 1984 del Hospital de Barbastro, se crearon numerosas plazas cubiertas en su mayoría por estos profesionales jóvenes entonces y que hoy forman parte de ese intervalo de edad.

Y ya por último nos encontramos además con una asociación entre el sexo y la categoría profesional (fig 4.16). Los varones del estudio son en su mayoría médicos, mientras que las mujeres son en su mayoría enfermeras. Este resultado no sorprende demasiado porque de todos es conocida tradicionalmente esta tendencia en ambas profesiones y se ha reflejado en nuestro estudio, pero en los últimos años esto va

cambiando y en las facultades es mayor o igual, a los varones, el número de mujeres estudiando medicina y ha aumentado el número de varones que estudian enfermería.

No se han encontrado otras asociaciones significativas entre las variables predictoras, pero las encontradas son suficientes para confirmar la existencia de factores de confusión o sesgos en el análisis bivariante ya discutido.

5.2.4 Del análisis multivariante

Nos interesaba tener en cuenta, en el análisis de nuestros resultados, las relaciones simultáneas entre más de dos variables. Para ello debíamos utilizar técnicas estadísticas basadas en modelos matemáticos, en su mayoría derivados del análisis de regresión múltiple, que se agrupan con la denominación genérica de análisis multivariante.¹¹⁰

Este análisis reconocemos que ha sido obligado realizarlo en nuestra investigación puesto que acabamos de comprobar la existencia de asociación entre las variables predictoras entre sí y cabe la posibilidad de que estas asociaciones hayan actuado como factores de confusión en el análisis bivariante previo de todas las variables. Debíamos por esto, someter nuestros resultados a un nuevo análisis y explorar cuales, de entre un conjunto de variables potencialmente explicativas, independientes o predictoras (edad, sexo, categoría profesional, lugar de trabajo y práctica religiosa), están asociadas a una variable dependiente (aspectos éticos que estamos estudiando) y al mismo tiempo, estimar el efecto de una variable independiente principal sobre una variable dependiente, controlando los efectos de un conjunto de variables incluidas en la ecuación y que pueden actuar como factores de confusión, lo que se denomina ajuste estadístico.¹¹⁰

Antes de pasar a discutir los resultados, debemos comentar dos hechos importantes previos a la realización de este análisis y que son, 1) la necesidad que hemos tenido de reducir el número de variables dependientes (o aspectos éticos a estudiar) debido al alto porcentaje tanto del *no* como respuesta como de la opción *no sabe/no contesta* en las preguntas 6 y 7 del cuestionario, ya comentado anteriormente. Y 2) que para aplicar una

regresión logística en nuestra investigación era necesario, recodificar las variables dependientes dicotomizando las categorías como ya hemos explicado.

A partir de aquí, mediante el programa informático SPSS 11.0 se realizaron ya los cálculos necesarios para el análisis multivariante cuyos resultados hemos visto y que discutimos a continuación valorando la influencia simultánea de un conjunto de variables sobre un resultado mediante los coeficientes de regresión ajustados.

5.2.4.1 Discusión de las relaciones significativas obtenidas con el análisis multivariante

Llama la atención, respecto a los temas en que los sanitarios se plantearían la objeción de conciencia, que en el aborto, la píldora del día después, la investigación con embriones, la eutanasia y el suicidio asistido, la variable predictora más relacionada con ellos es la práctica religiosa, en concreto son los que se reconocen *creyentes*, que según el cuestionario suponen las $\frac{3}{4}$ partes de los sanitarios de nuestro estudio, quienes se plantearían en mayor medida objetar en estos temas respecto a los ateos. Pero además, a mayor grado de implicación o práctica religiosa -como es el caso de los creyentes y practicantes-, mayor es la razón de prevalencia y por tanto la asociación o relación, destacando que la razón de prevalencia de los creyentes y practicantes respecto al aborto es mayor de 10 y de estos respecto a la eutanasia mayor de 12 comparado con los que se definen ateos.

En el suicidio asistido destaca también que la relación es muy significativa, creciente y lineal con la práctica religiosa, así desde una razón de prevalencia de 3 para los agnósticos pasamos a más de 10 para los creyentes y practicantes. A medida que aumenta el nivel de práctica religiosa aumenta la significación estadística. Todos estos resultados nos confirman la importancia de los motivos religiosos a la hora de hacer objeción en algunos temas, especialmente aquellos relacionados con el valor de la vida humana. Este hallazgo de nuestro estudio nos parece de gran interés y afianza la idea de que el derecho a la libertad religiosa y sus manifestaciones, como derecho fundamental, es a su vez fundamento del derecho a la objeción de conciencia.

El planteamiento de la objeción a la clonación terapéutica está relacionada con la edad y con el lugar de trabajo. Son los sanitarios de mayor edad (50 a 69 años) quienes se plantearían objetar 3 veces más que los de 20 a 29 años. Respecto al lugar de trabajo, se plantearían objetar 2 veces más los sanitarios del centro de salud que los del hospital. Estos resultados nos parecen que reflejan la prudencia que caracteriza a las personas más mayores, que pueden ver peligros que los jóvenes pasan por alto y tienen una actitud más conservadora ante la producción y uso científico y terapéutico de las células estaminales embrionarias humanas. Además los profesionales de atención primaria quizás ven en su quehacer habitual muchas necesidades básicas no cubiertas y quizás tengan una visión más comunitaria y equitativa de la sanidad y desconfian de los avances que, pudiendo ser valiosos, sólo llegarían a unos pocos con cierto riesgo añadido para el conjunto de la especie.

En el planteamiento de la objeción a la circuncisión de niños o a la prescripción de anovulatorios también se ha encontrado relación con la edad. Así los de 20 a 29 años objetarían 3 veces más a la circuncisión y podemos pensar que es porque los jóvenes están más sensibilizados con esa práctica y pueden ser menos respetuosos a las motivaciones religiosas y culturales. En cambio llama la atención, la elevada razón de prevalencia encontrada en este grupo de edad respecto a la prescripción de anovulatorios -21 veces mayor que los sanitarios del siguiente grupo de edad (30-39 años)-, quizás porque los jóvenes vean más adecuados otros métodos anticonceptivos y dudamos que esto refleje una objeción de conciencia sino más bien creemos que pueda estar motivada por causas técnicas y se trate de un problema de objeción de ciencia. El plantearse la OCS a la circuncisión de niños está relacionada también con el sexo -las mujeres harían objeción 2 veces más que los hombres-, y podría ser porque quizás las mujeres vean más lesiva, y al mismo tiempo, más injustificada esta práctica por motivos religiosos o culturales.

Han pensado 2 veces más en la OCS las mujeres que los hombres. Podría explicarse porque las diferentes formas de ver, sentir, pensar y actuar femeninas influyen sin duda alguna en la apreciación de la objeción de conciencia sanitaria de un modo diferente al de los hombres.

En situaciones de hacer objeción de conciencia se han visto 2 veces más los médicos que las enfermeras/os y podría estar relacionado con lo ya comentado sobre el sentimiento de subordinación en el trabajo del personal de enfermería a las órdenes del médico, que sólo debería ser admisible desde el punto de vista técnico pero no desde el ético. Esto ha podido dificultar el reconocimiento de la posibilidad de objeción por parte del personal de enfermería. Además, lógicamente, es el médico el que recibe la solicitud de actuación por parte del paciente en primer lugar, y el personal de enfermería, en muchos casos, puede no verse implicado.

En cambio, respecto al lugar de trabajo, han sido los sanitarios del centro de salud, quienes se han visto 2 veces más en situaciones de hacer objeción que los del hospital, probablemente porque en los temas que más frecuentemente han objetado, como es la píldora del día después, se solicita posiblemente con más frecuencia a los profesionales de los centros de salud.

Sobre si cuestiones de conciencia han influido a la hora de elegir o evitar una especialidad o servicio sanitario son los de 20 a 29 años los que se refieren que sí con una razón de prevalencia de más de 3, quizás por verse ahora los jóvenes que se incorporan al mundo laboral con más problemas éticos dado el avance de la medicina y el mayor pluralismo ético y social que lo que encontraron los sanitarios de mayor edad. Asimismo son los médicos, que generalmente son los primeros implicados ante situaciones en que se debe obrar, a los que más les han influído las cuestiones de conciencia para elegir o evitar una especialidad. Estos resultados al igual que todos los obtenidos hasta ahora afianzan una vez más, la importancia de la relación existente entre ciencia y ética en el ejercicio profesional del personal sanitario para el siglo XXI y la necesidad del reconocimiento del derecho a la objeción ante la negativa a realizar actos o servicios a los que nos podemos sentir en algún momento por norma obligados.

Estas asociaciones o relaciones entre variables que acabamos de comentar, si las contrastamos con los resultados del análisis bivariante vemos que coinciden en la significación casi todas, excepto en cuatro aspectos éticos concretos correspondientes:

- al hecho de haber pensado en la objeción de conciencia sanitaria relacionado con el sexo(mujer),
- a la objeción de conciencia a la clonación terapéutica y su relación con el lugar de trabajo (centro de salud),
- a la objeción a la prescripción de anovulatorios relacionado con la edad (20 a 29 años)
- y a la influencia de cuestiones de conciencia al elegir o evitar una especialidad y su relación con la edad (20 a 29 años) y la categoría profesional (médicos).

Es evidente que con este análisis multivariante hemos obtenido más resultados significativos y al mismo tiempo más útiles porque intenta predecir la presencia o ausencia de una característica o resultado según los valores de un conjunto de variables predictoras.

5.2.4.2 Discusión de las tendencias obtenidas en el análisis multivariante

En algunos aspectos éticos existe en cambio una tendencia a la asociación o relación de estos con las variables a estudio por tener “p” un valor próximo a la significación. Pero con el tamaño de la muestra que hemos trabajado y al hacer numerosos análisis de subgrupos, no se han podido constatar diferencias, sólo tendencias, porque no hay suficiente potencia al hacer el análisis en esos grupos de población poco representados.

Tendencias respecto a la categoría profesional

Destacan dentro de estas tendencias, que respecto a la categoría profesional los médicos tienden a conocer más el derecho a la objeción de conciencia sanitaria que los diplomados en enfermería, relación que ya existía en el análisis bivariante pero con gran posibilidad de sesgo en sus resultados como ya comentábamos, aunque creemos que no tendría por qué influir en el conocimiento de un tema cuya puesta en práctica es una opción que puede tomar cualquier persona independientemente de su categoría profesional y no sólo por motivos religiosos.

También los médicos tienden a pensar más veces en la OCS que las enfermeras/os, y los motivos pueden ser los ya comentados anteriormente. Probablemente estas tendencias hubieran tenido significación estadística si el índice de respuestas por parte de las enfermeras del hospital hubiese sido mayor, ya que estas parecen que en general tienen una visión ante la objeción diferente a los médicos, más indirecto.

La tendencia de la objeción de conciencia al aborto a estar relacionada con la categoría profesional, se refiere a que los médicos se plantearían más la OCS al aborto y este resultado tiende a confirmar la relación significativa obtenida en el análisis bivariante.

Tendencias respecto a la práctica religiosa

La tendencia apreciada del nivel de práctica religiosa de los agnósticos respecto a los ateos en el planteamiento a la objeción de conciencia a la eutanasia supone el inicio de un crecimiento lineal, hasta llegar a la significación estadística, comentada ya para los creyentes no practicantes y sobre todo para los creyentes y practicantes (tabla 4.10).

Respecto la tendencia entre la práctica religiosa y el planteamiento de la objeción a la retirada de los tratamientos de soporte vital, existen también tendencias a tener en cuenta con el nivel más alto de práctica religiosa (creyentes y practicantes). La retirada de tratamientos de soporte vital y la eutanasia son problemas éticos relacionados con el fin de la vida en los que forzosamente los motivos religiosos tienen una influencia. Si el tamaño de la muestra fuese un poco mayor estos resultados posiblemente habrían sido significativos.

Tendencias respecto a la edad

La edad tiene tendencia a estar relacionada, a partir de los 40 años, con el hecho de haber pensado en la objeción de conciencia sanitaria. Esto es explicable al ser sanitarios con mayor experiencia profesional y por tanto haber tenido la oportunidad de pensar más veces en este tema que los más jóvenes.

El plantearse la objeción a la clonación terapéutica, que ya estaba relacionada en el análisis bivariante con la edad pero sin ver claramente con qué intervalo de edad, ahora tiende a ser significativo para los sanitarios de 40 a 49 años, que podemos decir son los más

conocedores de la evolución a lo largo de los años de este aspecto ético en conflicto permanente.

En cambio en la objeción a la ablación de clítoris, tener mayor edad implica menos a los sanitarios maduros en este aspecto y son los jóvenes de 20 a 29 años en los que existe tendencia a plantearse hacer objeción. Los sanitarios de menor edad parecen más sensibles una práctica rechazada por más del 90% de los participantes en el estudio.

Tendencias respecto al sexo

Las tendencias encontradas que relacionan el sexo con el planteamiento de la objeción de conciencia a la prescripción de anovulatorios y a los estudios con animales son difíciles de interpretar. Quizá las mujeres, cuya sensibilidad es posiblemente más concreta, tienden a rechazar la investigación con animales antes que los hombres. Pero el que sean los hombres los que tiendan a plantearse la objeción a la prescripción de anovulatorios quizás sea debido a que ellos lo ven como algo lesivo para la salud de la mujer, a lo que las propias mujeres parece que no den importancia.

Tendencias respecto al lugar de trabajo

Algo parecido ocurre con el lugar de trabajo en relación a los profesionales del centro de salud que tienen una tendencia a haber pensado más en la OCS y a haberse planteado hacer objeción de conciencia a la prescripción de anovulatorios y a la limitación del esfuerzo terapéutico. Esto puede reflejar que el personal de atención primaria se ve ante más situaciones éticamente conflictivas que lo que sucede en el hospital, pues es en los centros de Salud donde se prescriben mayoritariamente los anovulatorios y también donde se decide enviar o no al paciente al hospital y por tanto seguir o limitar el esfuerzo terapéutico.

El haber hecho objeción de conciencia a la limitación del esfuerzo terapéutico, que era la tercera situación en frecuencia, no se ha analizado con el análisis multivariante por lo que no podemos decir si los que efectivamente han objetado son los profesionales de atención primaria o los de especializada, pero la tendencia a planteárselo es mayor en el centro de salud. Esto no debe sorprender, puesto que los pacientes que han pasado ya por filtro de la atención primaria, donde el criterio médico y las circunstancias sociofamiliares

han hecho que se derivara al hospital, cuando ya están allí parece entenderse que hay que poner todos los medios hospitalarios a su servicio y raras veces se plantea otra posibilidad que ya parece descartada. Quizá falla la comunicación entre los diferentes niveles asistenciales en este como en otros muchos aspectos.

5.2.4.3 Discusión de las variables sin relación ni tendencia

Además de existir en los resultados de este análisis multivariante la relación o asociación entre algunas de las variables a estudio y tendencias a ello que han sido ahora comentadas, hemos visto también variables con ausencia de relación o tendencia de ningún tipo como ocurre con la opinión sobre la necesidad de regulación legal de la objeción de conciencia que no está relacionada con ninguna variable y tampoco tiene porque estarlo especialmente con el sexo como lo estaba en el análisis bivariante, ni con la edad, ni el lugar de trabajo, ni la categoría profesional, ni con la práctica religiosa, aunque los creyentes puede ser que vean más necesaria su regulación que el resto, a todos en general beneficiará la regulación legal de la objeción de conciencia, para proteger este derecho fundamental y en beneficio de la tolerancia que como se ha dicho ya en algún momento debe ser connatural a la sociedad de hoy.

Hemos visto también que algunos de los temas planteados como posibles situaciones en las que hacer objeción, no están relacionados con ninguna de las variables a estudio, entre ellos la fecundación in vitro, la vasectomía/ligadura de trompas y la prescripción o colocación de DIU, probablemente por ser métodos de planificación familiar y estar ampliamente aceptados, como se ha comentado en otra ocasión, no aportan diferencias significativas. En cambio, en la objeción a la clonación reproductiva la ausencia de relación podría ser por desconocimiento del tema y por estar todavía pendiente su aprobación llevando esto a una menor implicación de los sanitarios en este aspecto. Todos estos aspectos estaban asociados en el análisis bivariante a la práctica religiosa en cambio ahora al realizar el ajuste estadístico desaparece esta relación e incluso la tendencia por lo que esto nos confirma la existencia de factores de confusión como ya se sospechaba.

Y finalmente queremos comentar que la objeción de conciencia a la hemoterapia / transfusiones tampoco está relacionada con ninguna variable, y probablemente es así porque

al ser reconocida su finalidad terapéutica en la población general y estar por tanto ampliamente aceptada, excepto en contadas ocasiones y por motivos religiosos, no implica diferencias por edad, sexo, categoría profesional, lugar de trabajo o práctica religiosa puesto que además en nuestro estudio más del 70% eran católicos y no existía ningún sanitario que se reconociese como testigo de Jehová.

Realizar el análisis multivariante, con el consiguiente ajuste estadístico, nos ha ayudado a evitar los factores de confusión y por consiguiente a mejorar los resultados obtenidos dando mayor validez al estudio.

6. Conclusiones

Del análisis de los resultados de nuestro estudio entre profesionales sanitarios del sector oriental de la provincia de Huesca concluimos:

1. La mitad de los encuestados no se ha visto nunca en situación de hacer objeción de conciencia. Los médicos se han visto en situaciones de hacer objeción de conciencia sanitaria dos veces más que los diplomados en enfermería, al igual que sucede con los profesionales de atención primaria respecto a los del hospital.
2. La mayoría de los sanitarios han pensado alguna vez en la objeción de conciencia sanitaria. Las mujeres piensan dos veces más en ella que los hombres.
3. El nivel de práctica religiosa demuestra la importancia que en la objeción de conciencia sanitaria tiene la religión de tal manera que, de forma significativa, sólo los que se declaran creyentes y practicantes plantean objeción de conciencia a la píldora del día después. La objeción de conciencia al aborto y a la investigación con embriones son cuestiones que se plantean, con significación estadística, todos los que se reconocen como creyentes, que son la mayoría de nuestro estudio.
4. El planteamiento de la objeción de conciencia a la eutanasia y al suicidio asistido, tiene una tendencia lineal en su significación estadística con la práctica religiosa, y a medida que aumenta esta, aumenta el nivel de significación, siendo hasta más de 10 veces mayor el planteamiento de la objeción en los creyentes y practicantes respecto a los ateos.
5. Con significación estadística respecto a la edad resulta que la objeción de conciencia a la clonación terapéutica se la plantearían tres veces más los sanitarios de más edad respecto a los más jóvenes, y a la circuncisión de niños 3 veces más los profesionales más jóvenes respecto a los más mayores.

6. El lugar de trabajo determina el planteamiento de la objeción de conciencia a la clonación terapéutica siendo 2 veces mayor para los profesionales del Centro de Salud respecto a los del Hospital.
7. La mayoría de los sanitarios de nuestro estudio conocen el derecho a la objeción de conciencia y se plantearían siempre la objeción a la ablación de clítoris.
8. La mayoría de los sanitarios nunca se plantearía objetar a la hemoterapia/transfusiones, vasectomía/ligadura, prescripción de anovulatorios o a la colocación de DIU.
9. La prescripción de la “píldora del día después” es la situación en la que más sanitarios han hecho objeción de conciencia en la práctica clínica. Le siguen en frecuencia el aborto y la limitación del esfuerzo terapéutico.
10. No hemos encontrado ninguna relación o tendencia significativa de la edad, el sexo la categoría profesional, el lugar de trabajo o el nivel de práctica religiosa de los sanitarios encuestados con el plantearse hacer objeción de conciencia a la fecundación in vitro, a la clonación reproductiva, a la hemoterapia/transfusiones, a la vasectomía/ligadura de trompas ni a la prescripción o colocación de DIU.
11. Cuestiones de conciencia han influido para elegir o evitar una especialidad o servicio a los profesionales médicos, de sexo femenino y a los más jóvenes.
12. Los profesionales sanitarios encuestados consideran mayoritariamente que es necesario regular legalmente el derecho a la objeción de conciencia sanitaria, independientemente de la edad, el sexo, la categoría profesional, el lugar de trabajo o el nivel de práctica religiosa que tengan. Los respetos humanos y la cobardía han sido las razones más frecuentemente reconocidas para dejar de hacer objeción de conciencia.

7.Bibliografía

1. Declaración de la Comisión Central de Deontología sobre Objeción de Conciencia del Médico. Aprobada por la Asamblea General del Consejo General de Colegios Oficiales de Médicos en sesión de 31 de Mayo de 1997. Elaborado por la Comisión Central de Deontología, Derecho Médico y Visado (Madrid, 3 de junio de 1997).
2. Constitución Española de 27 de diciembre de 1978. BOE nº 311/1978. Fecha de publicación 29/12/1978. Artículos 16, 14 y 30.
3. Vacaflor Barquet GG. La conciencia humana. Interpretaciones retrospectivas. Disponible en: URL: <http://www.filosofiayderecho.com/rtdf/numero4/conciencia.htm>.
4. 4a. Ferrater Mora J. Diccionario de Filosofía A-D. Barcelona: Ariel Referencia; 1994. p. 620-629.
4b. Moliner M. Diccionario de uso del Español. Madrid: Gredos; 1980. p. 708.
5. Kohlberg L. Desarrollo del juicio moral. Estudios sobre el desarrollo en los jóvenes. Disponible en: URL:
<http://www.geocities.com/CollegePark/Plaza/2239/carpetas/18.htm>.
6. La conciencia moral: parte 3^a, secc1^a, cap.1º, art.6; p. 404-408. Catecismo de la Iglesia Católica. 2 ed. Madrid: Asociación de editores del Catecismo; 1992.
7. Hervada J. Libertad de conciencia y error sobre la moralidad de una terapéutica. En Persona y Derecho 1984;11:13-53.
8. Spaemann R. El individuo o ¿hay que seguir siempre la conciencia?. En: Spaemann R. Etica: Cuestiones fundamentales. 5 ed. Pamplona: EUNSA; 1998.p. 85-97
9. Vial Larraín J de D. Obrar en conciencia. Disponible en: URL:
<http://humanitas.cl/revista/human28.htm>.
10. Servet M, autor. Alcalá A, editor. Obras Completas. I. Vida, muerte y obra. La lucha por la libertad de conciencia: Documentos. 1 ed. Zaragoza: Larumbe.Clásicos Aragoneses; 2003.
11. Kritik der Praktischen Vernunft, A 288-289
12. Objeción de conciencia. Acercamiento histórico a la objeción de conciencia. Guía de la objeción de conciencia y el servicio militar (noviembre1995). Disponible en: URL:<http://www.cipaj.org/moc21.htm>.

13. Sieira Mucientes S. La Objeción de Conciencia Sanitaria. 1 ed. Madrid: Dykinson; 2000.
14. Toranzos PJ. Sobre la objeción de conciencia. OFFARM Octubre 2001; p.27.
15. Escrivá Ivars J. La objeción de conciencia al uso de determinados medios terapéuticos. Actas del VI Congreso Internacional de Derecho Eclesiástico del Estado; 1993; Valencia, España; p.113-135.
16. Navarro Vals R. La objeción de conciencia farmacéutica. Diario Médico 2001 Jun 7.
17. Cañal García F. Perspectiva jurídica de la objeción de conciencia del personal sanitario. Cuadernos de Bioética 1994;19(3): 221-229.
18. Wicclair MR. Conscientious Objection in Medicine. Bioethics 2000 Jul; 14(3): 205-227.
19. Vasques MM. Right to the objection of conscience. Nouv Com Int Cathol Infirm Assist Med Soc, Jun 1986; (2-3): 99-103.
20. Dickens BM, Cook RJ. The scope and limits of conscientious objection. Int J Gynaecol Obstet. 2000 Oct;71(1):71-7.
21. Durany Pich I. Objeciones de conciencia. Cuadernos del Instituto Martín de Azpilcueta. 1 ed. Pamplona: Navarra Gráfica Ediciones;1998.
22. Childress JF. Conscience and conscientious actions in the context of MCOs. Kennedy Institute of Ethics Journal. 1997 Dc; 7(4): 403-411.
23. Weber L, Bissel MG. Employee conscientious objection. Clin Leadersh Manag Rev. 2001 Mar-Apr; 15(2): 114-5.
24. Arendt H. La condición humana. Barcelona: Paidos;1992; p.366.
25. Pardo Caballos A. Ética de la prescripción y la dispensación: ¿Buen obrar o estado de cosas deseable?. Cuadernos de bioética 1997; 30(2):875-888.
26. Gracia D. Religión y ética. En: Como arqueros al blanco. Estudios de Bioética. 1ed. Madrid: Triacastella; 2004.
27. Ley 22/1998, de 6 de julio, reguladora de la Objeción de Conciencia y de la Prestación Social Sustitutoria. Disponible en:
URL: http://www.noticias.juridicas.com/base_datos/Admin/122-1998.htm.
28. Declaración Universal de Derechos Humanos (Dc.10, 1948). Art. nº 18,19 y 29.
Disponible en: URL: <http://www.un.org/spanish/aboutun/rights.htm>.

29. Ley 23/313. Pacto Internacional de Derechos Civiles y Políticos. Art.18. Firmado: Nueva York; Dc.16, 1966. Disponible en: URL:
<http://www.derechos.org/nizkor/ley/pdcp.htm>.
30. Convenio Europeo para la protección de los derechos humanos y de las libertades fundamentales. Art.9. Hecho en: Roma; Nv. 4, 1950. Disponible en: URL:
<http://www.nc3m.es/nc3m/inst/MGP/JCI/02-tribunaleuropeodhumanos-cedh.htm>.
31. Motilla de la Calle A, editor. Tolerancia y objeción de conciencia en el estado democrático. Actas del V Congreso Interuniversitario de Derecho Eclesiástico para estudiantes; 1996 Abr 18-21; Alcalá de Henares (Guadalajara), España. Universidad de Alcalá: Servicio de Publicaciones; 1999.
32. Sentencia 53/1985 del Tribunal Constitucional. Fundamento jurídico 14. Aprobada, 11 de Abril de 1985. BOE nº 119/1985. Fecha de publicación: 18/05/1985.
33. Martínez Torró J, Navarro Valls R. Las objeciones de conciencia en el derecho español y comparado. Madrid: McGraw Hill; 1997.
34. Palomino Lozano, R. La objeción de conciencia. Madrid: Montecorvo;1994.
35. Aparisi Miralles A, López Cerón MR, López Guzmán J. Matronas y objeción de conciencia. El caso del hospital “SonDureta”,de Mallorca. Rev Enferm. 1999 Jun;22(6):438-40.
36. Prieto Sanchis L. La objeción de conciencia. En: Teoría del derecho y filosofía del derecho. Madrid: Portalderecho;2003.
37. Garzón E. Acerca de la desobediencia civil. Sistema 42; 1981.p.80.
38. Rawls J. Teoría de la justicia. 2ed. México: Fondo de cultura económica; 1995. p.306-355.
39. Cohen, C. Militant morality: civil disobedience and bioethics. Hastings Center Report 1989 Nov/Dc; 19(6): 23-25.
40. Gascón M. Obediencia al Derecho y Objeción de Conciencia. Madrid: Centro de Estudios Constitucionales; 1990.p.22 y s.
41. Bertolino R. L ‘obiezione di coscienza. Il diritto eclesiástico, 1983.
42. Daar JF. A clash at the bedside: patient autonomy v. a physician's professional conscience. Hastings Law J. 1993 Aug;44(6):1241-89.
43. González Vicén. La obediencia al derecho. Una anticrítica. Sistema 1985 Mar;65:104.

44. Benjamin M. Conscience. Encyclopedia of Bioethics. 1995 ed.
45. Adam Bedau H. Civil disobedience and health care. Encyclopedia of Bioethics. 1995 ed.
46. Childress JF. Civil disobedience, conscientious objection, and evasive non compliance: a framework for the analysis and assessment of illegal actions in health care. *Journal of Medicine and Philosophy*. 1985 Feb; 10(1): 63-83.
47. Pavone F. Objeción de conciencia.
Disponible en: URL: <http://www.priestsforlife.org/spanish/02-04-08conciencia.htm>.
48. Kissling F. The place for individual conscience. *J Med Ethics* 2001 Oct;27 Suppl 2:ii24-7.
49. Nietzsche F. *Ecce Homo*. Madrid: M.E. editores;1995.p.145.
50. Legaz y Lacambra L. *Filosofía del Derecho*. Barcelona: ed. Bosch;1961.
51. Laín Entralgo P. La medicina actual: Poderío y Perplejidad. En: Laín P. *Historia la Medicina*. 1^a ed. Barcelona: Salvat Editores, SA; 1998.
52. Cervera Soto S, Vines Rueda JJ. El ejercicio de la medicina en el contexto médico-social del año 2000. *Rev Esp Salud Publica*. 1999 Jan-Feb;73(1):13-24.
53. Escrihuela J. *El Derecho Sanitario (I)*. Jano nº643-H, 1985.
54. Serrat Moré D, Bernad Pérez L. Las profesiones sanitarias ante la objeción de conciencia. *Cuadernos de Bioética* 1997; 30(2):855-863.
55. Meyers C, Woods RD. An obligation to provide abortion services: what happens when physicians refuse?. *Journal of Medical Ethics*. 1996 Apr; 22(2): 115-120.
56. Organización Médica Colegial. *Código de Ética y Deontología Médica*. Ed. Consejo General de Colegios Médicos de España. Año 1990.
57. Organización Médica Colegial. *Código de Ética y Deontología Médica*. Madrid: Ed. Consejo General de Colegios Médicos de España 1999.
58. Organización Colegial de Enfermería. *Código Deontológico de la Enfermería Española*. Ed. Consejo General de Colegios de Diplomados de Enfermería España. Año 1989.
59. Vega Gutiérrez AM. Objeción de conciencia y bioderecho. En: *Derecho Canónico y Derecho Eclesiástico del Estado III: Eclesiástico*. Madrid: Portalderecho; 2002.

60. Reproducción. Respeto a la vida y a la dignidad de la persona. Cap.VI. Comentarios al Código de Ética y Deontología Médica. Disponible en:
URL: <http://www.unav.es/cdb/dhbcedmcapitulo06.htm>.
61. Herranz G. La objeción de conciencia de las profesiones sanitarias. *Scripta Theologica* 1995/2; 27: 545-563.
62. Comentarios al Código de Ética y Deontología Médica. Artículo 27.2. Disponible en: URL: <http://www.unav.es/humbiomedicas/cdb/dhbcedmarticu27.2.htm>.
63. Navarro Valls R. La objeción de conciencia a tratamientos médicos. En *Derecho Eclesiástico del Estado Español*. Eunsa; 1993. p.518.
64. Romeo Casabona CM. La objeción de conciencia en la praxis médica. En Maqueda Abreu M. L. (dir), *Libertad ideológica y derecho a no ser discriminado*. Madrid: Consejo General del poder Judicial;1996. p. 63-106.
65. Simón JM. La objeción de conciencia médica debe ser coherente y reiterada. *Diario médico* 2002 Oct 24; Sec. Normativa: 10.
66. Peppin JF. The Christian physician in the non-Christian institution: objections of conscience and physician value neutrality. *Christian Bioethics* 1997 Mar; 3(1): 39-54.
67. Cox JM. Conscientious objections to reform. *Health Prog.* 1994 Mar;75(2):47, 53.
68. Daly BJ, Berry D, Fitzpatrick JJ, Drew B, Montgomery K. Assisted suicide: implications for nurses and nursing. *Nursing Outlook* 1997 Sep-Oct; 45(5): 209-214.
69. Brushwood DB. Conscientious Objection and Abortifacient Drugs. *Clinical Therapeutics* 1993 January-February; 15(1): 204-212.
70. Altisent R. A propósito de la RU 486. FMC- Formación Médica Continuada en Atención Primaria 1994 Junio-Julio; 1(6): 384.
71. HerranzG. Ética médica y píldora del día después (pdd)(I). Disponible en: URL: <http://www.geaweb.org/03/006.htm>.
72. Dickens BM .Reproductive health services and the law and ethics of conscientious objection. *Med Law* 2001 Jan; 20(2): 283-93.

73. Briones Martínez I.. La objeción de conciencia a la fecundación in vitro. En: Objeción de conciencia. Actas del VI Congreso Internacional de Derecho Eclesiástico del Estado; 1993; Valencia. p. 379-388.
74. Portero Sánchez L. Eutanasia y objeción de conciencia. En: Objeción de conciencia. Actas del VI Congreso Internacional de Derecho Eclesiástico del Estado; 1993; Valencia. p. 147-203.
75. Van der Maas PJ, Van der Wal G, Haverkate I, De Graaff C, Kester J, Onwuteaka-Philipsen B, et al. Euthanasia, physician-assisted suicide, and other medical practices involving the end of life in the Netherlands, 1990-1995". N Engl J Med 1996; 335: 1699-705.
76. Wear S, Lagaipa S, LogueG. Toleration of moral diversity and the conscientious refusal by physicians to withdraw life-sustaining treatment. J Med Philos 1994 Apr;19(2):147-59.
77. Council on Ethical and Judicial Affairs, American Medical Association. Medical Futility in End-of-Life Care. Report of the Council on Ethical and Judicial Affairs. JAMA 1999; 281: 937-941.
78. Predergast TJ, Puntillo KA. Intensive Caring at the End of Life. JAMA 2002 Dec 4; 288 (21): 2732-40.
79. Ara Callizo JR. Limitaciones al tratamiento. Cuando un procedimiento deja de ser útil. Revista de Medicina. Hospital San Jorge de Huesca 2003 Semestre 2º; 4(2): 11-15.
80. Barbero Gutiérrez J, Romeo Casabona C, Gijón P, Júdez J. Limitación del esfuerzo terapéutico. Bioética para clínicos. Medicina Clínica 2001;117(15): 586-594.
81. Cabré Pericas L, Solsona Durán JF y Grupo de Trabajo de Bioética de la SEMICYUC. Limitación del esfuerzo terapéutico en medicina intensiva. Med Intensiva 2002; 26(6): 304-11.
82. Kass LR. La sabiduría de la repugnancia moral. Disponible en: URL: <http://www.unav.es/cdb/otkassclonacion.htm>.
83. Declaración de la Asociación Médica Mundial sobre el Uso de Animales en la Investigación Biomédica. Adoptada por la 41ª Asamblea Médica Mundial. Hong Kong Sept 1989. Disponible en: URL: <http://www.bioeticaweb.com>.

84. López Moratalla N, Herranz G. Experimentación en animales. Deontología Biológica. Disponible en: URL: <http://www.unav.es/cdb/dbcapo27a.htm>.
85. Armenteros Chaparro JC. La objeción de conciencia en los tratamientos médicos. La cuestión de la patria potestad. 1ed. Madrid: COLEX; 1997.
86. Tirapu, D. Algunas consideraciones sobre la objeción de conciencia y tratamientos sanitarios. En: Anuario del Seminario Permanente sobre Derechos Humanos, II;1994. p. 63-69.
87. Martín de Agar T. Los problemas jurídicos de la objeción de conciencia. En Scripta Theologica (1995/2); 27: 519-543.
88. Rojo Álvarez-Manzaneda L. Otros supuestos de objeción de conciencia. En: Derecho Canónico y Derecho Eclesiástico del Estado III: Eclesiástico. Madrid: Portalderecho; 2002.
89. López Guzmán J. Objeción de conciencia farmacéutica. 1ed. Barcelona: Ediciones Internacionales Universitarias; 1997.
90. López Guzmán J. Cinco argumentos a favor de la objeción de conciencia de los farmacéuticos". Diario Médico 2001 Jun 20.
91. Melgar Riol J. Objeción de conciencia y farmacia. Cuadernos de bioética 1993; 14(2):37-47.
92. Vergara F, Abel F, Martínez Pereda JM, Álvarez D, Coll C, González-Merlo J, et al. Bioética y reproducción asistida. Documento de bioética de la SEGO. Progresos de Obstetricia y Ginecología 2001; 44:397-415.
93. Vergara F, Abel F, Martínez Pereda JM, Álvarez D, Coll C, González-Merlo J, et al. Apéndice. Principales Normas Jurídicas sobre Bioética y Reproducción Asistida en España. Documento de bioética de la SEGO. Progresos de Obstetricia y Ginecología 2001; 44:416-419.
94. Convenio para la protección de los derechos humanos y la dignidad del ser humano con respecto a las aplicaciones de la biología y la medicina. Convenio relativo a los derechos humanos y la biomedicina (Aprobado por el Comité de Ministros el 19 de noviembre de 1996. Firmado el día 4 de abril de 1997). Cuadernos de bioética 1997; 30(2):984-1007.

95. Prieto Sanchís L. *Curso de Derecho Eclesiástico*. Facultad de Derecho. Madrid: Servicio de Publicaciones; 1991. p.379.
96. Sagardoy Bengoechea JA. Aborto: Objeción de conciencia y rescisión del contrato de trabajo. En :*Ciencias Humanas y Sociedad*. Madrid: Fundación Oriol-Urquijo (1953-1993);1993.p, 494 y s.
97. Contreras Mazario JM. El derecho a la objeción de conciencia en las relaciones de trabajo. En: *Objeción de conciencia. Actas del VI Congreso Internacional de Derecho Eclesiástico del Estado*; Valencia. 1993.p. 227-254.
98. Ruíz Miguel A. *El aborto: Problemas constitucionales*. Madrid: Centro de Estudios Constitucionales; 1990.p. 110 y s.
99. Martín-Retortillo Baquer L. *Derechos fundamentales en tensión (¿Puede el Juez ordenar una transfusión de sangre en peligro de muerte, aún en contra de la voluntad del paciente?)*. En: *Poder Judicial*;1984.p. 38.
100. May T. *Rights of conscience in health care*. *Soc Theory Pract* 2001 Jan; 27(1):111-28.
101. LópezGuzmán J. *Objeción de conciencia farmacéutica*. *Cuadernos de Bioética* 1997; 30(2):864-874.
102. Miller FG, Brodey H. *Professional Integrity and physician assisted death*. *Hastings Center Report* 1995; 25 (3):8-17.
103. Campbell CS, Hare J, Matthews P. *Conflicts of conscience. Hospice and assisted suicide*. *Hastings Center Report* 1995; 25 (3):36-43.
104. Parlamento de las religiones del mundo: *Principios de una ética mundial*. Disponible en: URL:
<http://www.mty.itesm.mx/dhcs/deptos/ri/ri95-801/lecturas/lec139.htm>.
105. Altisent R, Delgado MT, Jolín L, Martín MN, Ruiz R, Simón P, et al. Grupo de trabajo de la SEMFYC. *Sobre Bioética y Medicina de Familia*. Documento de la Sociedad Española de Medicina Familiar y Comunitaria. Palma de Mallorca 1996 May.
106. Petraglio R. *Objeción de conciencia*. 1ed. Bilbao: Desclée de Brouwer; 1991.

107. La tolerancia en una sociedad plural. Un repaso a la historia de la tolerancia.
Disponible en: URL:
<http://www.interrogantes.net/includes/documento.php?IdDoc=1251&IdSec=151>.
108. Casas Anguita J, Repullo Labrador JR, Donado Campos J. La encuesta como técnica de investigación. Elaboración de cuestionarios y tratamiento estadístico de los datos (I). *Atención Primaria* 2003 May 15; 31(8):527-538.
109. Casas Anguita J, Repullo Labrador JR, Donado Campos J. La encuesta como técnica de investigación. Elaboración de cuestionarios y tratamiento estadístico de los datos (II). *Atención Primaria* 2003 May 31; 31(9):592-560.
110. Martín Zurro A, Cano Pérez JF. *Atención Primaria. Conceptos , organización y práctica clínica.* 5 ed. Madrid: Elsevier España; 2003.
111. Gafo J (†), Martinez JL, editor. *Bioética teológica.* 1ed. Bilbao. Universidad Pontificia de Comillas: Desclée de Brouwer; 2003. de J. Gafo.

8.Anexos

8.1 Abreviaturas utilizadas

OCS: Objeción de conciencia sanitaria

art.: artículo

CE: Constitución Española

ONU: Organización de las Naciones Unidas

STC: Sentencia del Tribunal Constitucional

FJ: Fundamento Jurídico

RD: Real Decreto

CEM: Código de Ética y Deontología médica

CEE: Código de Ética de Enfermería

cfr.: confíérase

CDFUE: Carta de los Derechos Fundamentales de la Unión Europea

DIU: Dispositivo Intrauterino

EAP: Equipo de Atención Primaria

PAC: Punto de Atención Continuada

gl: grados de libertad

RP: Razón de Prevalencia

LET: Limitación del Esfuerzo Terapéutico

BOE: Boletín Oficial del estado

8.2 Cuestionario inicial

Encuesta sobre la objeción de conciencia sanitaria

En la práctica clínica diaria se nos plantean cada vez más situaciones en las que la demanda y las expectativas de los pacientes se enfrentan a lo que el profesional sanitario considera correcto o bueno. El choque entre lo que el paciente desea y lo que el médico considera bueno -considerado desde el punto de vista ético-, o correcto -desde el punto de vista técnico (y también ético)-, da lugar a las denominadas objeciones de conciencia y de ciencia, respectivamente.

La objeción de conciencia sanitaria se puede definir como la negativa a realizar actos o servicios sanitarios invocando motivos éticos o religiosos.

Según un pronunciamiento del Tribunal Constitucional: “El derecho a la objeción de conciencia, existe y puede ser ejercido con independencia de que se haya dictado o no tal regulación. La objeción de conciencia forma parte del contenido del derecho fundamental a la libertad ideológica y religiosa reconocido en el art. 16.1 de la Constitución y, la Constitución es directamente aplicable, especialmente en materia de derechos fundamentales.”

Se desconoce la opinión y la experiencia de los profesionales sanitarios españoles en el tema de la objeción de conciencia en temas sanitarios y por este motivo, hemos pensado hacer un estudio para conocer esta opinión que, con la creciente pluralidad social y el desarrollo de nuevas técnicas en Medicina, va a plantear situaciones de conflicto entre lo que se puede hacer técnica y legalmente y lo que, en conciencia, se debe hacer.

Esta encuesta se va a repartir entre el personal sanitario que trabaja en la sanidad pública (médicos y enfermeras) del sector 2 del área sanitaria I de Aragón, correspondiente a la mitad oriental de la provincia de Huesca y que comprende el Hospital de Barbastro y 14 centros de salud, para ser autocomplimentada y posteriormente introducida en un sobre cerrado que se adjunta y que recogeremos como se indique.

Las encuestas, los resultados obtenidos y el procesamiento de éstos será absolutamente confidencial y la información obtenida se utilizará únicamente con fines de investigación. En ningún caso se ligarán datos u opiniones a personas concretas y tras el estudio las encuestas serán destruidas.

Al que esté interesado y así nos lo haga saber, se le remitirán las conclusiones del estudio.

Le rogamos y agradecemos que cumplimente la encuesta. Va a ser interesante y puede hacer a nuestra provincia pionera en este tema.

Definiciones y aclaraciones de los términos empleados

- 1.- **Aborto voluntario:** Interrupción deliberada del embarazo
2. - **Píldora del día siguiente:** dirigida a evitar un embarazo no deseado tras una relación sexual “no planeada”, y por tanto fuera del contexto de la planificación familiar: En el caso de que se haya producido fecundación, su objetivo es prevenir la implantación del blastocisto (embrión de menos de 5 días) en el útero.
3. - **Fecundación in vitro:** Unir la célula reproductora masculina a la femenina para dar origen a un nuevo ser mediante técnicas de laboratorio
- 4.- **Investigación con embriones:** Utilización de embriones humanos con vistas a la investigación reproductiva y terapéutica. Embrión: Ser vivo en las primeras etapas de su desarrollo, desde la fecundación hasta que el organismo adquiere las características morfológicas de la especie, la organogénesis primaria que en el hombre son 8 semanas.
- 5.- **Clonación terapéutica:** Producción de un conjunto de células u organismos genéticamente idénticos, originados por reproducción asexual a partir de una única célula u organismo o por división artificial de estados embrionarios iniciales, con el fin de curar a otro individuo.
- 6.- **Clonación reproductiva:** Producción de un conjunto de células u organismos genéticamente idénticos, originado por reproducción asexual a partir de una única célula u organismo o por división artificial de estados embrionarios iniciales, con el fin de fabricar un organismo idéntico.
7. - **Eutanasia:** actuación directa realizada en el cuerpo de otra persona a petición explícita de ésta con intención de poner fin a su vida, para evitar sufrimientos.
8. - **Suicidio asistido:** Informar a otra persona y darle unos medios que si se administran de una cierta manera conducen a la muerte.
9. - **Retirada de tratamientos de soporte vital:** Retirada de procedimientos o fármacos que son necesarios para mantener la vida.
- 10.- **Limitación del esfuerzo terapéutico:** Actuación asistencial por la que se restringen determinados tratamientos o procedimientos a determinados pacientes por indicación médica selectiva o electiva del propio paciente, por considerarlo fútil.
- 11.- **Estudios con animales:** investigación con animales vivos, con el fin de hacer estudios fisiológicos o investigaciones patológicas.
- 12.- **Hemoterapia y Transfusiones:** Empleo de sangre humana y sus derivados como terapéutica.
- 13.- **Vasectomía/ligadura de trompas:** evidente
- 14.- **Circuncisión de niños:** cortar circularmente una porción del prepucio a niños por motivos religiosos.
- 15.- **Ablación de clítoris:** extirpación del clítoris a niñas por motivos culturales o religiosos.
- 16.- **Prescripción de anovulatorios:** Como método anticonceptivo.
- 17.- **Prescripción o colocación de DIU (Dispositivo intrauterino):** como método de control de natalidad.

DATOS DEL ENCUESTADO:

EDAD: 20 – 29 años MUJER HOMBRE
 30 – 39 años MEDICO ENFERMERA/O
 40 – 49 años 50 – 59 años HOSPITAL CENTRO DE SALUD
 60 – 69 años

1) ¿Sabía que existe el derecho a la objeción de conciencia sanitaria ?: Si No ns/nc

2) ¿Cómo personal sanitario ha pensado sobre este tema?

Nunca	Raras veces	Alguna vez	Bastantes veces	Muchas veces

3) ¿Y en cuál de estos temas se plantearía ud. ser objeto de conciencia?

	Nunca	Raras veces	Algunas veces	Muchas veces	Siempre
1.- Aborto					
2.- Píldora del día siguiente					
3.- Fecundación in vitro					
4.- Investigación con embriones					
5.- Clonación terapéutica					
6.- Clonación reproductiva					
7.- Eutanasia					
8.- Suicidio asistido					
9.- Retirada de tratamientos de soporte vital					
10.- Limitación del esfuerzo terapéutico					
11.- Estudios con animales					
12.- Hemoterapia Transfusiones					
13.- Vasectomía/ligadura de trompas					
14.- Circuncisión de niños					
15.- Ablación de clítoris					
16.- Prescripción de anovulatorios					
17.- Prescripción o colocación de DIU					

4.- ¿Considera algún otro asunto que pueda ser motivo de objeción de conciencia sanitaria? . Señale cual.....

5) ¿Se ha visto en alguna situación en la que hubiera tenido ud. que hacer objeción de conciencia?

Nunca	Alguna vez	Muchas veces

6) ¿En cual o cuales situaciones ha hecho ud. objeción de conciencia?

	Nunca	Algunas veces	Siempre
1.- Aborto			
2.- Píldora del día siguiente			
3.- Fecundación in vitro			
4.- Investigación con embriones			
5.- Clonación terapéutica			
6.- Clonación reproductiva			
7.- Eutanasia			
8.- Suicidio asistido			
9.- Retirada de tratamientos de soporte vital			
10.- Limitación del esfuerzo terapéutico			
11.- Estudios con animales			
12.- Hemoterapia Transfusiones			
13.- Vasectomía/ligadura de trompas			
14.- Circuncisión de niños			
15.- Ablación de clítoris			
16.- Prescripción de anovulatorios			
17.- Prescripción o colocación de DIU			
18.- Otros.....			
19.- Otros:.....			

7) Si cree que ha dejado de objetar alguna vez ¿por qué razones?

- a) Por pensar que no tengo ese derecho Si No ns/nc
- b) “Respetos humanos”/ cobardía. Si No ns/nc
- c) No saber cómo hacerlo Si No ns/nc
- d) Por no armar lío Si No ns/nc
- e) Falta de tiempo Si No ns/nc
- f) Otras

8) ¿Cree que es necesario regular legalmente la objeción de conciencia sanitaria ?

Si No ns/nc

9) ¿Cree que cuestiones de conciencia le han influido para elegir o evitar una especialidad o servicio? Si No ns/nc

10) Se considera usted.:

Creyente y practicante	Creyente y no practicante	Agnóstico	Ateo

11) ¿De qué religión se considera? Católica Otras:

MUCHAS GRACIAS POR SU COLABORACIÓN

Observaciones:.....

.....

8.3 Cuestionario definitivo

Encuesta sobre la objeción de conciencia sanitaria

En la práctica clínica diaria se nos plantean cada vez más situaciones en las que la demanda y las expectativas de los pacientes se enfrentan a lo que el profesional sanitario considera correcto o bueno. El choque entre lo que el paciente desea y lo que el médico considera bueno -considerado desde el punto de vista ético-, o correcto -desde el punto de vista técnico (y también ético)-, da lugar a las denominadas objeciones de conciencia y de ciencia, respectivamente.

La objeción de conciencia sanitaria se puede definir como la negativa a realizar actos o servicios sanitarios invocando motivos éticos o religiosos.

Según un pronunciamiento del Tribunal Constitucional: “El derecho a la objeción de conciencia, existe y puede ser ejercido con independencia de que se haya dictado o no tal regulación. La objeción de conciencia forma parte del contenido del derecho fundamental a la libertad ideológica y religiosa reconocido en el art. 16.1 de la Constitución y, la Constitución es directamente aplicable, especialmente en materia de derechos fundamentales.”

Se desconoce la opinión y la experiencia de los profesionales sanitarios españoles en el tema de la objeción de conciencia en temas sanitarios y por este motivo, hemos pensado hacer un estudio para conocer esta opinión que, con la creciente pluralidad social y el desarrollo de nuevas técnicas en Medicina, va a plantear situaciones de conflicto entre lo que se puede hacer técnica y legalmente y lo que, en conciencia, se debe hacer.

Esta encuesta se va a repartir entre el personal sanitario que trabaja en la sanidad pública (médicos y enfermeras) del sector 2 del área sanitaria I de Aragón, correspondiente a la mitad oriental de la provincia de Huesca y que comprende el Hospital de Barbastro y 14 centros de salud, para ser autocumplimentada y posteriormente introducida en un sobre cerrado que se adjunta y que recogeremos como se indique.

Para facilitarles la cumplimentación de la encuesta, en la última página disponen de definiciones y aclaraciones de los términos empleados.

Las encuestas, los resultados obtenidos y el procesamiento de éstos será absolutamente confidencial y la información obtenida se utilizará únicamente con fines de investigación. En ningún caso se ligarán datos u opiniones a personas concretas y tras el estudio las encuestas serán destruidas.

Al que esté interesado y así nos lo haga saber, se le remitirán las conclusiones del estudio.

Le rogamos y agradecemos que cumpla la encuesta. Va a ser interesante y puede hacer a nuestra provincia pionera en este tema.

Definiciones y aclaraciones de los términos empleados

- 1.- **Aborto voluntario:** Interrupción deliberada del embarazo
2. - **Píldora del día siguiente:** dirigida a evitar un embarazo no deseado tras una relación sexual “no planeada”, y por tanto fuera del contexto de la planificación familiar: En el caso de que se haya producido fecundación, su objetivo es prevenir la implantación del blastocisto (embrión de menos de 5 días) en el útero.
3. - **Fecundación in vitro:** Unir la célula reproductora masculina a la femenina para dar origen a un nuevo ser mediante técnicas de laboratorio
- 4.- **Investigación con embriones:** Utilización de embriones humanos con vistas a la investigación reproductiva y terapéutica. Embrión: Ser vivo en las primeras etapas de su desarrollo, desde la fecundación hasta que el organismo adquiere las características morfológicas de la especie, la organogénesis primaria que en el hombre son 8 semanas.
- 5.- **Clonación terapéutica:** Producción de un conjunto de células u organismos genéticamente idénticos, originados por reproducción asexual a partir de una única célula u organismo o por división artificial de estados embrionarios iniciales, con el fin de curar a otro individuo.
- 6.- **Clonación reproductiva:** Producción de un conjunto de células u organismos genéticamente idénticos, originado por reproducción asexual a partir de una única célula u organismo o por división artificial de estados embrionarios iniciales, con el fin de fabricar un organismo idéntico.
7. - **Eutanasia:** actuación directa realizada en el cuerpo de otra persona a petición explícita de ésta con intención de poner fin a su vida, para evitar sufrimientos.
8. - **Suicidio asistido:** Informar a otra persona y darle unos medios que si se administran de una cierta manera conducen a la muerte.
9. - **Retirada de tratamientos de soporte vital:** Retirada de procedimientos o fármacos que son necesarios para mantener la vida.
- 10.- **Limitación del esfuerzo terapéutico:** Actuación asistencial por la que se restringen determinados tratamientos o procedimientos a determinados pacientes por indicación médica selectiva o electiva del propio paciente, por considerarlo fútil.
- 11.- **Estudios con animales:** investigación con animales vivos, con el fin de hacer estudios fisiológicos o investigaciones patológicas.
- 12.- **Hemoterapia y Transfusiones:** Empleo de sangre humana y sus derivados como terapéutica.
- 13.- **Vasectomía/ligadura de trompas:** interrupción de los conductos deferentes del hombre o de las trompas de Falopio de la mujer con el fin de impedir la unión del óvulo con el espermatozoide. Son técnicas irreversibles.
- 14.- **Circuncisión de niños:** cortar circularmente una porción del prepucio a niños por motivos religiosos.
- 15.- **Ablación de clítoris:** extirpación del clítoris a niñas por motivos culturales o religiosos.
- 16.- **Prescripción de anovulatorios:** Como método anticonceptivo.
- 17.- **Prescripción o colocación de DIU (Dispositivo intrauterino):** como método de control de natalidad. Mediante dos mecanismos de acción: un efecto antiimplantatorio y un efecto contraceptivo.

DATOS DEL ENCUESTADO:

EDAD: 20 – 29 años MUJER HOMBRE
 30 – 39 años MÉDICO ENFERMERA/O
 40 – 49 años HOSPITAL CENTRO DE SALUD
 50 – 59 años
 60 – 69 años

1) ¿Sabía que existe el derecho a la objeción de conciencia sanitaria ?: Si No ns/nc

2) ¿Cómo personal sanitario ha pensado sobre este tema?

Nunca	Raras veces	Alguna vez	Bastantes veces	Muchas veces

3) ¿Y en cuál de estos temas se plantearía ud. ser objeto de conciencia?

	Nunca	Raras veces	Algunas veces	Muchas veces	Siempre
1.- Aborto					
2.- Píldora del día siguiente					
3.- Fecundación in vitro					
4.- Investigación con embriones					
5.- Clonación terapéutica					
6.- Clonación reproductiva					
7.- Eutanasia					
8.- Suicidio asistido					
9.- Retirada de tratamientos de soporte vital					
10.- Limitación del esfuerzo terapéutico					
11.- Estudios con animales					
12.- Hemoterapia Transfusiones					
13.- Vasectomía/ligadura de trompas					
14.- Circuncisión de niños					
15.- Ablación de clítoris					
16.- Prescripción de anovulatorios					
17.- Prescripción o colocación de DIU					

4.- ¿Considera algún otro asunto que pueda ser motivo de objeción de conciencia sanitaria? . Señale cual.....

5) ¿Se ha visto en alguna situación en la que hubiera tenido ud. que hacer objeción de conciencia?

Nunca	Alguna vez	Muchas veces

6) ¿En cual o cuales situaciones de las señaladas en la pregunta 3 recuerda usted haber hecho alguna vez objeción de conciencia?

.....
.....
.....

7) Si cree que ha dejado de objetar alguna vez ¿por qué razones?

- a)Por pensar que no tengo ese derecho Si No ns/nc
- b)“Respetos humanos”/ cobardía. Si No ns/nc
- c)No saber cómo hacerlo Si No ns/nc
- d)Por no armar lío Si No ns/nc
- e)Falta de tiempo Si No ns/nc
- f)Otras

8) ¿Cree que es necesario regular legalmente la objeción de conciencia sanitaria ?

Si No ns/nc

9) ¿Cree que cuestiones de conciencia le han influido para elegir o evitar una

especialidad o servicio? Si No ns/nc

10) Se considera usted.:.

Creyente y practicante	Creyente y no practicante	Agnóstico	Ateo

11) ¿De qué religión se considera? Católica Otras:

MUCHAS GRACIAS POR SU COLABORACIÓN

Observaciones:.....
.....
.....
.....
.....

