

CAPÍTULO VIII. OTROS CASOS DE OBJECCIÓN DE CONCIENCIA FARMACÉUTICA

Hasta ahora hemos estado viendo los distintos supuestos que pueden suscitar en el farmacéutico la necesidad de acudir a la objeción de conciencia, sea en medio hospitalario, en la industria o en una oficina de farmacia. Hemos tratado de englobarlos en la situación real del farmacéutico en España, teniendo en cuenta el ordenamiento jurídico referente a su actividad profesional, a la regulación del medicamento y a la reglamentación del fenómeno mismo de la objeción de conciencia sanitaria.

No obstante, queremos señalar que la objeción de conciencia sanitaria, y por lo tanto la del farmacéutico, no se restringe a una serie de situaciones concretas, en la medida en que se presentan en la práctica y luego se contemplan especulativamente, sino que, tal como hemos visto al tratar la naturaleza de este instituto, se extiende como un abanico y abarca toda acción que de alguna manera sea legal o contractualmente impuesta a un profesional, y éste se vea llamado a rehusar llevarla a cabo por motivos de conciencia.

Así, no queremos terminar nuestro trabajo sin contemplar una serie de acciones que, acaso con el paso del tiempo, podrían ser exigidas al farmacéutico, y por su contraste con la norma moral podrían o deberían ser objeto de objeción de conciencia. Vamos a tratarlas brevemente en este capítulo,

siempre conscientes de que son temas amplios, sobre los que cabrían ulteriores profundizaciones.

A. OBJECCIÓN DE CONCIENCIA FARMACÉUTICA A LA EUTANASIA

Los cuidados médicos en pacientes en estado terminal son uno de los temas más discutidos, no sólo en la literatura sanitaria reciente, sino también en el campo jurídico, político, ético y en los medios de comunicación social.

En la actualidad, la mayoría de las personas no mueren de una manera brusca e inesperada, sino que lo hacen en las camas de los hospitales o en su domicilio, siendo tratadas por profesionales de la salud. Hasta finales del siglo pasado, poco podía hacer el médico por su paciente cuando éste se enfrentaba con una probable muerte, y la mayoría de las personas morían por infecciones intratables: neumonía, tuberculosis, etc. Pero desde hace unas décadas la situación ha cambiado de modo radical: aquellas enfermedades han sido controladas y ahora las causas de muerte son principalmente enfermedades crónicas, degenerativas y tumorales –como las enfermedades del corazón, cerebro-vasculares o cáncer–, que se presentan en personas de edad avanzada, suelen ser progresivas durante varios años antes de la muerte y son susceptibles de diversos tratamientos que prolongan a veces la vida por largos periodos.

Hoy día el personal sanitario puede ejercer un control más eficaz en las situaciones límite, pero también a veces puede prolongar inútilmente la vida de estos pacientes. Estos hechos han ocasionado una serie de problemas hasta hace unos años impensables, como el afán por alargar la vida del

enfermo hasta límites inmorales –*ensañamiento terapéutico*– o acortarla voluntaria e inhumana –*eutanasia*¹–.

Siendo pues un hecho frecuente la atención sanitaria de los pacientes terminales, y generalmente en centros hospitalarios, sorprende la incomodidad del personal sanitario en general y del médico en particular ante este tipo de pacientes. Cuando su actuación no está orientada a curar la enfermedad o prolongar la vida, la profesión sanitaria parece encontrarse sin contenido. Se invocan entonces diversas razones para explicar la actitud hostil que a menudo encontramos frente al enfermo terminal: ausencia de preparación, reacciones personales –ansiedad, sentimiento de culpa, rechazo personal, incapacidad vocacional– y dedicación preferente a otros enfermos con mejores perspectivas. También contribuyen factores institucionales como la relación coste-resultados, la planificación social, etc. De esta manera se produce un vacío asistencial en la atención a estos enfermos, originándose un grave problema para la Medicina actual, no siempre bien resuelto.

Por definición la enfermedad terminal está irreversiblemente unida a la muerte. Esto implica que los agentes de la salud, además de administrar los cuidados físicos y psicológicos necesarios, han de esmerarse en evitar el

¹ Sobre estos apartados y para profundizar en el tema se pueden consultar: MARTÍNEZ, P., VEGA GUTIÉRREZ, J., *Eutanasia y Distanasia*, en AAVV, *Manual de Medicina Legal*, Colex, Madrid 2000, pp. 415-438; CICCONE, L., *La vita umana*, cit., pp. 127-133; PORTERO SÁNCHEZ, L., *Eutanasia y objeción de conciencia*, en GUITARTE, V., ESCRIVÁ, J., “*La objeción de conciencia*”, *Actas del IV Congreso Internacional de Derecho Eclesiástico del Estado (Valencia 18-30.5.1992)*, cit., pp. 147-203; LÓPEZ GUZMÁN, J., *Objeción de conciencia farmacéutica*, cit., p. 154; SGRECCIA, E., *Manuale di Bioetica*, cit., vol. 1, pp. 715-770; CONFERENCIA EPISCOPAL ESPAÑOLA, *La eutanasia, 100 cuestiones y respuestas. La eutanasia es inmoral y antisocial (2ª)*, Palabra, Madrid 1998; POLLARD, B., *Eutanasia*, Rialp, Madrid 1991; TETTAMANZI, D., *Eutanasia. L'illusione della buona morte*, Piemme, Casale Monferrato 1985; CONCETTI, G., *L'eutanasia. Aspetti giuridici, teologici, morali*, Ave, Roma 1987.

sufrimiento y la inseguridad, acompañando hasta el final al enfermo agonizante. Pero parece que últimamente el enfoque del problema está tomando cauces muy diversos, y se opta por esquivar el coste económico, social y personal que implica la ayuda a bien morir del enfermo terminal. Y así muchos proponen la realización de la eutanasia.

1. Definición de eutanasia y terminología asociada

Como sugiere su etimología del griego *εὐ-θανάτος*, *eutanasia* significa “buena muerte” o “muerte dulce”, en el sentido de muerte apacible, sin dolores, y con esta acepción la introdujo en el vocabulario científico Francis Bacon en 1623. Sin embargo, actualmente se entiende por eutanasia aquella acción *–eutanasia activa–*, u omisión *–eutanasia pasiva–*, encaminada a dar la muerte, de una manera indolora, a los enfermos incurables. Son características esenciales de la eutanasia el ser provocada por personal sanitario y la existencia de una intencionalidad supuestamente compasiva o eugenésica, económica o social. El Magisterio define la eutanasia como “toda acción u omisión que por su naturaleza, o en la intención, causa la muerte, con el fin de eliminar cualquier dolor. La eutanasia se sitúa, pues, en el nivel de las intenciones o de los métodos usados”².

Por los medios empleados, tal como veíamos, se divide en *eutanasia activa* –acción deliberada encaminada positivamente a dar muerte al enfermo– y *eutanasia pasiva* –se causa la muerte omitiendo los medios proporcionados necesarios para sostener la vida, con el fin de provocar la muerte–. Se estima que los cuidados proporcionados básicos o mínimos para mantener la vida humana son la hidratación y la alimentación. Desde otro punto de

² CONGREGACIÓN PARA LA DOCTRINA DE LA FE, *Declaración “Iura et bona” sobre la eutanasia*, cit., p. 546. Se puede cfr. también *Evangelium vitae*, n. 65.

vista, se puede clasificar también la eutanasia en *voluntaria* e *involuntaria*, según lo pida o no el enfermo.

Aunque sea con el consentimiento de la víctima, la *eutanasia* es siempre provocada por otras personas; es un *homicidio* con unas características determinadas. Si es uno mismo el que se provoca intencionadamente la muerte se habla de *suicidio*, y se denomina *suicidio asistido* cuando es el médico quien proporciona un fármaco letal al enfermo, pero es éste quien se lo administra a sí mismo.

Otro tipo de terminología que puede ayudar es distinguir entre un enfermo incurable y uno terminal. El término *incurable* se refiere a la imposibilidad de mejorar o superar la enfermedad; *terminal*, en cambio, indica la cercanía de una muerte inevitable, aunque la enfermedad por su naturaleza pueda ser curable. Así, podemos encontrar enfermedades incurables terminales –como sería un cáncer avanzado con metástasis–, y enfermedades en principio curables pero que han llevado al paciente a un estado crítico terminal –por ejemplo, una grave neumonía asociada a inmunodepresión–. Los enfermos incurables terminales son los principales candidatos a la eutanasia; los enfermos curables en estado crítico no presentan mayores dificultades, ya que habitualmente se les dan los cuidados máximos.

2. Rol del farmacéutico en la eutanasia

Podemos empezar estudiando los orígenes de este fenómeno. En Holanda el debate sobre la eutanasia de los enfermos terminales comenzó en 1973, con una serie de casos que culminaron en la sentencia *Alkmaar* de 1984: según la Corte Suprema holandesa, el artículo 40 del Código penal, que garantiza la no perseguibilidad penal a quien ha cometido un homicidio en determinadas circunstancias definidas como estado de necesidad, podía ser aplicado al doctor que aplicaba la eutanasia. Así los médicos conseguían un privilegio en forma de licencia para provocar la eutanasia, mientras que para el resto de los ciudadanos seguía siendo un delito punible con 12 años de reclusión. La Real Asociación Médica holandesa estable-

ció cinco condiciones: 1) petición voluntaria por parte del interesado; 2) formulada sin dudas ni incertidumbres; 3) repetida en diversas ocasiones; 4) en circunstancias de sufrimiento insoportable y 5) acogida por el médico después de haber consultado con otros colegas.

La aplicación de estas indicaciones fue objeto de amplias discusiones y denuncias, aduciéndose pruebas de casos en los que la eutanasia se provocó sin el previo consentimiento por parte del interesado, o en cualquier caso, de que la normativa holandesa se prestaba fácilmente a abusos y usos ilegales, pero a pesar de todo el Parlamento holandés amplió en 1993 la discrecionalidad de los médicos. Para ello se cambió el procedimiento para la "certificación de la muerte sobrevenida". Si el médico, al rellenar un cuestionario al efecto, declara que ha intervenido para acortar la vida de un enfermo terminal, corresponderá al oficial judicial decidir si se archiva el expediente o bien se abre una investigación, que eventualmente podría dar lugar a un procedimiento penal.

Y podemos preguntarnos: ¿cuál puede ser el papel del farmacéutico en la eutanasia? Vamos a ver que se se puede ver relacionado con esta realidad en la oficina de farmacia, en el hospital o en la industria farmacéutica. En España de momento no está legalizada la eutanasia –de hecho, tal como veremos está fuertemente penada–, así que por el momento el farmacéutico puede vivir sin la carga moral de una legislación contraria a la vida en este sentido. Nuestro ordenamiento jurídico se ha mostrado prácticamente siempre cerrado al tema de la eutanasia. Posiblemente el Código de 1928, en su artículo 517,2, fue una de las pocas ocasiones en que el ordenamiento avanzó hacia una concepción benigna del homicidio por piedad, puesto que permitía a los tribunales imponer penas inferiores tomando en consideración las condiciones humanas del culpable, sus móviles y las circunstancias del hecho; sin embargo, hay que reconocer que si el móvil del "honor", de una u otra forma, siempre ha tenido cabida en nuestra legislación, no ha ocurrido igual con el simple deseo de evitar sufrimientos a quien espera la muerte en el lecho del dolor. En otros países, en cambio –como Holanda, Bélgica y algunos estados de los Estados Unidos de América–, sí que está permitida.

El primer modo de contribución del farmacéutico a la eutanasia que vamos a contemplar se encuadra en el trabajo en la *oficina de farmacia*. Lo vamos a enmarcar en el caso de la ley en Bélgica³, que siguiendo el ejemplo de la vecina Holanda, despenalizó el 23.9.2002 la eutanasia para los adultos bajo estrictas condiciones. La ley creó una demanda y lanzó al mercado una serie de productos para causar la muerte indolora. Los laboratorios *Multipharma* han respondido a tal demanda comercializando en abril un *kit* con el que los médicos pueden aplicar la eutanasia. La iniciativa ha suscitado grandes polémicas, entre las que destaca la venta en farmacias de este *kit*, que cuesta sólo 45 € y contiene una decena de medicinas y medios auxiliares, como suero de disolución, jeringuillas, agujas normales y otra adaptada para la perfusión. Los dos medicamentos más importantes de la caja son el *pentotal*, un anestésico general para que el enfermo no sienta dolor, y *norcuron*, un relajante muscular curarizante, que provoca la muerte por paro pulmonar.

Muchos médicos habían manifestado encontrar dificultades para obtener los productos necesarios para producir la eutanasia, ante la cual el *Partido Liberal Flamenco (VLD)* presentó una propuesta en septiembre de 2004 ante el Senado para ampliar la ley de eutanasia, en la que se pide entre otras cosas que los productos necesarios se puedan adquirir fácilmente en farmacias. Esta propuesta contó con el respaldo de los *Médicos-LEIF* (de las iniciales en flamenco *Foro de Información para poner Fin a la Vida*), que llevaban tiempo pidiendo esta reforma.

Pero, aunque el dato es moralmente irrelevante, el *kit* de *Multipharma* era ilegal: según el reglamento vigente, está prohibido dispensar en farmacias los productos para practicar la eutanasia en paquetes de menos de diez unidades, y el nuevo *kit* contenía sólo tres, los suficientes para matar a dos

³ Cfr. <http://www.actualidad.terra.es/articulo/html/av2250482.htm>; <http://www.condignidad.org>; <http://www.20minutos.es/noticia/17275/0/eutanasia/belgica/kit>; <http://www.eticaarguments.blogspot.com/2005/05/cuando-se-legaliza-la-eutanasia-se.htm>.

personas, más una dosis de reserva. La comisión oficial de control creada por la ley ha pedido reiteradamente que se facilite el acceso a tales productos suprimiendo el mínimo, pero el Parlamento ha venido demorando el cambio. *Multipharma* ha tenido que retirar los *kits* de tres dosis y los ha sustituido por otros de diez, con la consiguiente subida del precio hasta el doble del original. En el cambio de política ha influido la reacción de una asociación de farmacéuticos, la *APB*, que ha hecho presión ante las autoridades para que parasen la iniciativa de *Multipharma*, entre otras cosas porque planeaban entrar por su cuenta en el mercado de la eutanasia con un *kit* propio de diez dosis.

La ley belga contempla la posibilidad de realizar la eutanasia tanto en el hospital como en el domicilio del paciente, siempre que el interesado padezca un sufrimiento físico o psíquico constante e insoportable, a consecuencia de una afección accidental o patológica incurable, y se encuentre en una situación médica sin salida. El paciente debe haberlo pedido reiteradamente. De esta forma un médico generalista puede dirigirse a una farmacia para comprar los productos y material necesarios.

Las condiciones para comprar un *kit* pretenden ser estrictas, de acuerdo con la ley: los médicos –que son los únicos que pueden adquirirlo– deben hacer el pedido por escrito con 24 horas de antelación; y una vez utilizado, tienen que devolver a la farmacia las dosis sobrantes, para que sean destruidas. Así se pretende evitar que circulen esos productos y los use personal no médico.

Al margen de las condiciones de comercialización de este *kit* –se usa sólo *dentro de la ley*, sólo lo puede administrar personal sanitario competente, etc.–, el hecho que nos interesa es que el farmacéutico es el que lo dispensa. De momento ni siquiera en Bélgica está *obligado* a tenerlo en su farmacia, pero, debido a la fuerte demanda –que causa presión en la autoridad–, podría llegar a estarlo. Y como la legislación de un país influye sobre la de los demás, podría darse que en nuestro país se terminara por legalizar la *eutanasia a domicilio, de venta en farmacias a módico precio*.

El segundo modo de cooperación del farmacéutico a la eutanasia se engloba en el trabajo de éste en un hospital donde se practique tal actividad, mediante almacenamiento, dispensación o producción de fármacos dirigidos a ella. Y el tercero mediante el trabajo en una empresa farmacéutica que se dedica al desarrollo de preparados eutanásicos.

3. Valoración moral: eutanasia y objeción de conciencia farmacéutica

La Declaración Universal de los Derechos Humanos⁴ señala como primero y primario de los Derechos que todo individuo tiene derecho a la vida. Es el primero de ellos, tal como hemos dicho, por su carácter básico, fundamental y condicional respecto a los restantes. Respetar, defender y promover la vida es el primer deber ético del ser humano para consigo mismo y para con los demás, más aún tratándose de la persona que tiene el rol profesional, asignado por la sociedad y asumido como tal, de cuidar este valor. El respeto a la vida humana es uno de los ejes primarios sobre los que se ha desarrollado la conciencia ética de la sociedad, y tiene una validez racional y universal propia. Al tratarse de un valor esencial, el peso ético de la vida humana es captado en primera instancia ya con la intuición. Tan sólo poner unos límites firmes contra la violación de la vida humana hace posible que las relaciones con nuestros semejantes sean dignas, sobre todo cuando su estado de necesidad o incapacidad ponen a prueba la consideración que damos a la vida: no podríamos tener una relación auténtica con una persona si tuviéramos la potestad de acabar con su vida.

El Magisterio pontificio ha hablado repetidas veces de este asunto. Ya Pío XII, en un discurso pronunciado el 12.9.1947, como ejemplo de algunas tesis monstruosas que exaltan prácticas inmorales y nefastas, menciona

⁴ Cfr. ONU, *Declaración Universal de los Derechos Humanos*, cit.

“aquella falsa piedad que pretende justificar la eutanasia y quitar al hombre el sufrimiento purificador y meritorio, no con un consuelo caritativo y digno de alabanza, sino con una muerte igual a la que se da a un animal sin razón y sin inmortalidad”⁵. Dejando de lado otras intervenciones, en las que se alude al tema de la eutanasia sólo de modo colateral, podemos referirnos ahora a un texto al que se han dirigido posteriormente muchos documentos magisteriales, incluida la *Evangelium vitae*: se trata del discurso del 24.2.1957 a un Simposio internacional de anestesiólogos, en el que se da respuesta a algunas cuestiones concretas que se sometieron al parecer del Papa con ocasión del IX Congreso de la *Società italiana di Anestesiologia* celebrado en Roma en octubre de 1956. Citemos sólo la afirmación central: “cualquier forma de eutanasia directa (...) es ilícita”, por lo que constituye de violación de “uno de los principios fundamentales de la moral natural y cristiana”⁶.

La exposición orgánica de la doctrina de la Iglesia sobre este tema tuvo lugar con la Declaración de la Congregación para la Doctrina de la Fe “*Iura et bona*” sobre la eutanasia, del 5 de mayo de 1980⁷. Empieza, a modo de acertado fundamento, trayendo a colación algunos principios morales generales (par. I), a lo que sigue la parte central con la definición de eutanasia que hemos reseñado anteriormente, y una atenta valoración de su moralidad objetiva, desde diversos puntos de vista, y de responsabilidades subjetivas (par. II); en las dos secciones sucesivas encuentran solución los problemas

⁵ PÍO XII, *Discorso alle Congressiste della “Unione internazionale delle Leghe Femminili Cattoliche”*, 12.9.1947, en *Discorsi e radiomessaggi di Sua Santità Pio XII*, vol. IX, Tipografia Poliglotta Vaticana, Città del Vaticano 1948, p. 226. La traducción es nuestra.

⁶ IDEM., *Discorso ai partecipanti al Simposio internazionale su “Anestesia e persona umana”*, 24.2.1957, en *Discorsi e radiomessaggi di Sua Santità Pio XII*, cit., vol. XVIII, p. 797.

⁷ Cfr. CONGREGACIÓN PARA LA DOCTRINA DE LA FE, *Declaración “Iura et bona” sobre la eutanasia*, cit.

relacionados con el uso de analgésicos para sedar dolores fuertes y prolongados en enfermos terminales (par. III), y los límites legítimos en las terapias (par. IV).

Esta doctrina fue recogida más adelante, y de modo particularmente autorizado, por la Encíclica de Juan Pablo II *Evangelium vitae*, del año 1995⁸, que confirma con singular fuerza y solemnidad la condena moral de la eutanasia: “de acuerdo con el Magisterio de mis Predecesores y en comunión con los Obispos de la Iglesia católica, confirmo que la eutanasia es una grave violación de la Ley de Dios, en cuanto eliminación deliberada y moralmente inaceptable de una persona humana. Esta doctrina se fundamenta en la ley natural y en la Palabra de Dios escrita; es transmitida por la Tradición de la Iglesia y enseñada por el Magisterio ordinario y universal. Semejante práctica conlleva, según las circunstancias, la malicia propia del suicidio o del homicidio”⁹.

Con esta distinción entre la eutanasia y el suicidio –que “bajo el punto de vista objetivo, es un acto gravemente inmoral, porque comporta el rechazo del amor a sí mismo y la renuncia a los deberes de justicia y de caridad para con el prójimo, para con las distintas comunidades de las que se forma parte y para la sociedad en general”¹⁰–, la Encíclica dedica un párrafo entero al tema del suicidio asistido, que responde a una “falsa piedad, más aún, como una preocupante «perversión» de la misma. En efecto, la verdadera «compasión» hace [a los hombres] solidarios con el dolor de los demás, y no elimina a la persona cuyo sufrimiento no se puede soportar”¹¹. Se trata de una perversión que es máxima cuando los que actúan así son los familiares o los agentes de la salud, que tienen mayor responsabilidad de

⁸ Cfr. JUAN PABLO II, Encíclica *Evangelium vitae*, cit.

⁹ *Evangelium vitae*, n. 65.

¹⁰ *Ibid.*, n. 66.

¹¹ *Ibidem*.

amar y acoger o cuidar al paciente. También se valora la eutanasia como moralmente más grave “cuando se configura como un homicidio que otros practican en una persona que no la pidió de ningún modo y que nunca dio su consentimiento”, gravedad que llega “al colmo del arbitrio y de la injusticia cuando algunos, médicos o legisladores, se arrojan el poder de decidir sobre quién debe vivir o morir”¹². Éste es precisamente el caso de una legislación que permita la eutanasia, puesto que la sólo posibilidad de ejercerla ya genera una presión social equiparable a la imposición.

Pasando al Magisterio conciliar, sólo diremos que la eutanasia es uno de los delitos enumerados en la *Gaudium et spes* sobre los que el Concilio ha confirmado solemnemente la tradicional condena moral¹³, en los mismos términos durísimos que ya hemos mostrado. En cuanto al Magisterio episcopal, la voz de las Conferencias episcopales comienza a hacerse oír desde el 1974, momento en el que el problema entra en una fase de encendidas discusiones en la opinión pública y aparecen en distintos países propuestas concretas de leyes favorables a la eutanasia, tras algunas iniciativas con vasta resonancia mundial, como el conocido *Manifiesto* a favor de la eutanasia lanzado por algunos premios Nóbel. Ahora se trata el tema desde el punto de vista de la legalización de este fenómeno. Por lo que se refiere al contenido doctrinal, nada cambia respecto a lo que nos ha ofrecido el Magisterio pontificio. Entre las primeras Conferencias episcopales que intervinieron en esta materia con documentos más o menos amplios, destacan las de Alemania Occidental, Inglaterra y Gales, Irlanda, Francia y España. En los años más recientes se han añadido la de Estados Unidos, la de Australia, la de Canadá y otras¹⁴.

¹² *Ibidem*.

¹³ Cfr. *Gaudium et spes*, n. 27.

¹⁴ El texto integral de varios documentos se puede encontrar en la obra monumental *Lettere Pastorali*, Edizioni Magistero Episcopale, Verona 1964-2001.

Creemos que ya hemos dado suficientes referencias para darnos cuenta cabal de la maldad intrínseca de un acto como la eutanasia. La cooperación del farmacéutico de oficina de farmacia a ella sigue siendo, por el mismo motivo que hemos reseñado en materia de aborto y anticoncepción, de tipo material, mediata y próxima. Constituye un caso análogo el del farmacéutico que trabaja en un hospital, tanto en el departamento de Galénica –producción de medicamentos para uso interno– como en el área de dispensación. Habitualmente, en ambos casos se trataría de cooperaciones *ocasionales*, a no ser que el hospital en el que trabajara se dedicara exclusivamente a practicar la eutanasia. Más grave sería la cooperación del farmacéutico que trabaja en la industria que se dedica al desarrollo de estos productos, ya que su libertad a la hora de buscar trabajo y su completa dedicación a esta materia harían de su cooperación algo *habitual*. La consecuencia lógica por lo que se refiere a la actuación del farmacéutico, por lo tanto, en caso de verse obligado por cualquier motivo profesional o legal a cooperar al acto eutanásico –bien dispensando en medio hospitalario o en la oficina de farmacia un *kit* que será usado con fines eutanásicos, bien produciendo industrialmente los dispositivos o fármacos dirigidos inmediatamente a esta finalidad–, no puede ser otra que la del recurso a la objeción de conciencia.

La eutanasia es un crimen equiparable al homicidio o al aborto, ya que genera una injusticia tan desproporcionada que ningún tipo de cooperación material *inmediata* a ella es justificable bajo ningún motivo. La del farmacéutico, siendo *mediata*, en general tampoco es justificable. Ya que en España la eutanasia no cuenta con ningún tipo de legalización, de momento no se dan las circunstancias que podrían hacer lícita la cooperación del farmacéutico a ella¹⁵.

Otros argumentos que ya hemos aducido cuando estudiábamos distintos supuestos de objeción de conciencia farmacéutica nos pueden servir

¹⁵ Cfr. cap. VI.

también en esta materia. Entre ellos destaca el hecho de que la muerte deliberada no puede considerarse como un remedio genuinamente médico de ninguna situación clínica: en el caso del profesional sanitario, “las acciones eutanásicas no son para él cuestiones de simple oportunidad, o ligadas a ideologías, sino que van contra el fin último de su profesión, que es defender la vida”¹⁶. La eutanasia es una actitud que no congenia con el ser propio de la medicina ni de la farmacia, que están al servicio de la vida. Esta idea podría reforzar la que hemos llamado *objección de ciencia*, y está también recogida en el artículo 10 del Código de Ética y Deontología farmacéutica, en el que se señala que “el farmacéutico se abstendrá de participar en todo tipo de actuaciones, estén o no relacionadas con su profesión, en que sus conocimientos y habilidades sean puestos al servicio de actos que atenten contra la vida, la dignidad humana o contra los derechos del hombre”¹⁷. En caso de que la norma le dicte lo contrario, ha de saber que “la responsabilidad y libertad personal del farmacéutico le faculta para ejercer su derecho a la objeción de conciencia respetando la libertad y el derecho a la vida y la salud del paciente”¹⁸, y “podrá comunicar al Colegio de Farmacéuticos su condición de objetor de conciencia a los efectos que se consideren procedentes. El Colegio le prestará el asesoramiento y la ayuda necesaria”¹⁹.

En relación al tema que nos ocupa, el *Código Penal* español actual es bastante claro, con lo que haría falta una reforma legal y penal muy honda para cambiar la valoración jurídica del delito de eutanasia. De momento, por lo tanto, podemos decir que el farmacéutico también cuenta con el respaldo de la *objección de legalidad*. En el artículo 143 señala lo siguiente:

¹⁶ PORTERO SÁNCHEZ, L., *Eutanasia y objeción de conciencia*, cit., p. 201.

¹⁷ CONSEJO GENERAL DE COLEGIOS FARMACÉUTICOS DE ESPAÑA, *Código de Ética Farmacéutica y Deontología de la Profesión Farmacéutica*, cit., art. 10.

¹⁸ *Ibid.*, art. 28.

¹⁹ *Ibid.*, art. 33.

“1. El que induzca al suicidio de otro será castigado con la pena de prisión de cuatro a ocho años.

2. Se impondrá la pena de prisión de dos a cinco años al que coopere con actos necesarios al suicidio de una persona.

3. Será castigado con la pena de prisión de seis a diez años si la cooperación llegara hasta el punto de ejecutar la muerte.

El que causare o cooperare activamente con actos necesarios y directos a la muerte de otro, por la petición expresa, seria e inequívoca de éste, en el caso de que la víctima sufriera una enfermedad grave que conduciría necesariamente a su muerte, o que produjera graves padecimientos permanentes y difíciles de soportar, será castigado con la pena inferior en uno o dos grados a las señaladas en los números 2 y 3 de este artículo”²⁰.

²⁰ *Código Penal*, art. 143.

B. OTRAS OBJECIONES DE CONCIENCIA FARMACÉUTICAS

1. *Dispensación de jeringuillas para toxicómanos*²¹

Melgar Riol comenta que “no es indiferente dispensar unas simples aspirinas si se sabe que se van a utilizar con una finalidad suicida, o la dispensación de jeringuillas o psicofármacos a toxicómanos; con ello estaremos contribuyendo en mayor o menor grado a que se atente contra la salud, contra la vida o la dignidad de una persona, y por tanto estamos cooperando al mal”²². Y también se pronunciaba al respecto el presidente del Colegio Oficial de Farmacéuticos de Vizcaya, cuando decía que “las causas de las toxicomanías son siempre multifactoriales, siendo la sanitaria una de sus consecuencias, pero nunca se resuelven los problemas encauzando su solución hacia las consecuencias, sino más bien hacia sus causas”²³.

La sanidad de nuestro país, consciente del problema social que suponen las drogodependencias, ha descargado gran parte de la responsabilidad sobre el farmacéutico, promocionando las famosas *campañas contra las drogodependencias y prevención del SIDA*, que han sido llevadas a cabo en varias Comunidades Autónomas –empezando por el País Vasco, y después en

²¹ Para este apartado véase: MELGAR RIOL, J., *Objeción de conciencia y Farmacia*, cit.; LÓPEZ GUZMÁN, J., *Objeción de conciencia farmacéutica*, cit., pp. 148-149; PARDO CABALLOS, A., *Ética de la prescripción y dispensación: ¿buen obrar o estado de cosas deseable?*, en “Cuadernos de Bioética” 30 (1997), pp. 875-888; RUIZ-CANELA LÓPEZ, M., *Nuevos retos profesionales para el farmacéutico: necesidad de una reflexión ética*, cit., pp. 268-269.

²² MELGAR RIOL, J., *Objeción de conciencia y Farmacia*, cit., p. 41.

²³ LINAZA PEÑA, I., *Farmacia y droga: su despenalización*, en “Deia”, 11.3.1991.

Cataluña, Galicia y otras-. Éstas consisten en animar al farmacéutico de oficina de farmacia a que, como agente de la salud, lleve a cabo campañas piloto para la prevención de las drogodependencias y del SIDA, previendo en concreto el intercambio gratuito de jeringuillas nuevas de un solo uso por las ya usadas, así como la distribución de *kits* con una jeringuilla, un preservativo y un díptico con información sanitaria sobre técnicas correctas de autovenopunción²⁴. Y con Melgar nos preguntamos: “¿es éste el modo de ayudar a la erradicación de una enfermedad mortal como el SIDA en los toxicómanos y en los grupos de riesgo, o por el contrario se les está animando a que continúen con sus hábitos, y con ello [incitando también] a ciudadanos normales, bajo el pretexto de que todo está bajo control sanitario, escudándose en el profesional farmacéutico?”²⁵.

Las jeringuillas son artículos de uso medicinal. Entre las existencias mínimas que deben tener las oficinas de farmacia y almacenes encontramos: 2 jeringas de cristal de 10 cc, 4 jeringas de cristal de 5 cc y menos y 3 jeringas de insulina²⁶. Si se incluyen entre las existencias mínimas ciertamente no es para el uso desviado que a veces se les da, dirigido a la autoinyección de drogas de abuso por parte de toxicómanos, sino para casos de necesidad –de hecho, a las existencias mínimas obligatorias también se le llama *stock de urgencia*-. Puede darse entonces que un farmacéutico no quiera participar en un camino que lleva indefectiblemente a la destrucción de la persona. Pero el conflicto moral suele llegar, a menudo, cuando se plantea que

²⁴ Cfr., entre otras, <http://www.defensor-and.es/informes/ftp/sida97.htm>, que es un estudio sobre la atención socio-sanitaria a los enfermos de SIDA en Andalucía que incluye el desarrollo de “programas de intercambio de jeringuillas en centros de salud, de urgencia, prisiones y otros relacionados con la atención de toxicómanos”.

²⁵ MELGAR RIOL, J., *Objeción de conciencia y Farmacia*, cit., p. 41.

²⁶ Cfr. *Orden* de 5.5.1965, por la que se establecen las existencias mínimas de las farmacias y almacenes farmacéuticos (*B.O.E.* de 28.5.1965).

las jeringas juegan un papel decisivo –constituyéndose en una de las principales causas– en la propagación del SIDA, de la hepatitis B, etc., entre este sector de la población. Entonces, ¿qué valor prevalece, el de salvar la vida de millares de drogadictos que, a causa de su toxicomanía, mueren cada año por contraer el SIDA y otras enfermedades mediante la utilización de jeringuillas usadas, o el de la vida digna, sin la autodestrucción lenta que supone la adicción, aun a costa de poder perderla en cualquier momento en que la ceguera haga que empleen una jeringa usada?

Ciertamente se convierte en un dilema de no fácil resolución. Cuando se facilita una jeringuilla para evitar que los toxicómanos se contagien de una enfermedad mortal como el SIDA, la intención es muy legítima, pero con ello estamos aceptando en cierta manera la drogadicción, ya que el camino más lógico para que el drogadicto salga de ese estado es no proporcionarle ayuda para continuar esa actividad autodestructiva. Así, algunos piensan que vale más la pena *ayudar radicalmente* a un drogadicto a que deje ese vicio, mediante la no transigencia, y no queriendo tener nada que ver con su mala vida, aun con el riesgo de que no logre reinsertarse y pierda la vida por una infección transmitida por sangre como el SIDA: el bien físico de vivir sin infecciones es menor que el mal moral de vivir indignamente desde el punto de vista humano. Porque “el adicto queda anulado como persona: todo lo que es capaz de concebir y desear gira en torno a la siguiente dosis de droga; sus relaciones laborales, familiares, etc., quedan deshechas en relativamente poco tiempo”²⁷.

Refuerza este argumento una consecuencia no poco frecuente de la dispensación de jeringuillas a través de las oficinas de farmacia: el drogadicto comienza a pensar que drogarse tampoco es tan negativo, y no encuentra estímulos para salir de su problema, ya que recibe el “respaldo” de la sanidad pública. Si tanto el médico como el farmacéutico se limitan a entregarle

²⁷ PARDO CABALLOS, A., *Ética de la prescripción y dispensación: ¿buen obrar o estado de cosas deseable?*, cit., p. 887.

los medios que le facilitan seguir adelante con su hábito, desaparecen muchas posibilidades de iniciar una rehabilitación. Esta situación se percibe con facilidad, pues hace unos años los drogadictos solicitaban con mucho reparo las jeringuillas y esperando a que no hubiera otros clientes en el local. Ahora, en cambio, no tienen ningún problema en pedir delante de todos “una de insulina”, ya que consideran que tienen todo el derecho del mundo a drogarse.

Otro problema que nos podríamos plantear es el desplazamiento y consiguiente acumulación de toxicómanos en la zona donde está la farmacia que les proporciona jeringuillas, alejándose de las zonas en que las oficinas de farmacia se niegan a dispensarlas. Esto da lugar a barrios con ambiente malsano, donde se multiplica la criminalidad, y en los que se forman *ghetos* de drogadicción y de degradación social que imposibilitan que se pueda influir sobre ellos de modo positivo²⁸. Así, López Guzmán señala que en una oficina de farmacia el farmacéutico se puede negar a la dispensación de jeringuillas a los drogadictos por dos razones fundamentales, las *morales* –por cooperar de alguna manera a la drogadicción– y las *amorales* –desviando ese mercado hacia otras farmacias para evitar una población conflictiva–. En realidad, tanto unas como otras están bien justificadas y muy relacionadas entre sí²⁹.

²⁸ Es un ejemplo gráfico el de la farmacia Lucea, en el barrio de Porta (Barcelona). Participa desde el 2000 en el programa de intercambio de jeringuillas que tiene como objetivo prevenir la transmisión de enfermedades como el SIDA y evitar que los drogodependientes que las usan en la vía pública las abandonen, lo que comporta riesgo de infección para otras personas. Pese a la bondad de estos objetivos, buena parte del vecindario de Porta incluye al programa de intercambio entre las principales causas del notable incremento del tráfico y consumo de drogas –y de la delincuencia que lleva aneja– en el entorno de ese barrio (Cfr. <http://www.msc.es/pnd/noticias/html/2sep2004.htm>).

²⁹ Cfr. LÓPEZ GUZMÁN, J., *Objeción de conciencia farmacéutica*, cit., p. 149.

A esto se añade que normalmente la eficacia de la dispensación para evitar que los adictos a drogas compartan las jeringuillas es muy parcial³⁰. Las campañas informativas ciertamente citan la disminución del número de contagios, pero no se menciona que, simultáneamente, los hábitos de adicción están cambiando, ya que se está pasando de la heroína inyectada a la cocaína y drogas de síntesis.

A pesar de todo, cabe la opinión –como la tienen los farmacéuticos que efectivamente llevan a cabo estos programas, o los que los promueven– de que es mejor establecer un plan gradual, dispensando las jeringuillas a la vez que acogen al drogadicto, lo ayudan y le animan a cambiar de vida, de tal manera que pueden estar salvando una vida –aun a costa de que durante todo ese tiempo se trate de una *mala vida*–. Esta postura es loable, pero difícilmente realizable, ya que con lo primero que hay que contar es con la voluntad de cambio del toxicómano, que suele ser escasa –porque escasa es su *voluntad* en general–. No hay más que confrontar el bajo número de toxicómanos que se han reinsertado como consecuencia directa de esta campaña.

Y es que para el problema de la drogodependencia se ha pensado una solución que actúa a nivel de las consecuencias de un acto malo, y no al nivel de las causas, percibiendo como mal a evitar la muerte por SIDA de los toxicómanos, y no su misma toxicomanía, causa de una muerte más lenta, pero igual de letal y más nociva para la sociedad. Hay una desproporción neta en el hecho de que la seguridad del mal que se origina es mucho mayor que la mera posibilidad del bien que se puede conseguir. De tal modo que encontramos totalmente lícita la actitud del farmacéutico que se niegue a colaborar en un programa de estas características, o que, en caso de que le sea impuesto ofrecer ese servicio, acuda a la objeción de conciencia.

³⁰ Cfr. PARDO CABALLOS, A., *Ética de la prescripción y dispensación: ¿buen obrar o estado de cosas deseable?*, cit., pp. 886-888.

2. Reproducción asistida y experimentación con embriones

Un alto porcentaje de parejas que desean procrear tienen dificultades para conseguir la concepción (15-20%). Para el 5% de ellos la farmacoterapia o la cirugía no resultan suficientes. Por ello, se han desarrollado las técnicas de reproducción asistida³¹. Aunque el fin de dar un hijo a una pareja es bueno, sabemos que los medios puestos en la reproducción artificial no lo son, siempre que sustituyan al acto conyugal que de modo natural pone las condiciones para que se suscite una nueva vida –constituyéndose en un acto que rompe la unión entre los aspectos unitivo y procreador del acto legítimamente matrimonial–³².

En efecto, el procedimiento reproductivo artificial conlleva la concepción del ser humano fuera del seno materno y la manipulación de embriones, con incontables pérdidas de vidas³³. El destino de los óvulos fecundados no usados en una implantación no puede ser indiferente para la conciencia del

³¹ Además de la bibliografía citada, se puede consultar: CAFFARRA, C., *La fecondazione in vitro: considerazioni antropologiche ed etiche*, en "Anthropotes" 1 (1985), pp. 109-118; BISHOPS' JOINT COMMITTEE, GREAT BRITAIN, *Comments on the Warnock Report on human fertilisation and embryology*, 11.12.1984, en "Medicina e Morale" 1 (1985), pp. 138-180; RODRÍGUEZ LUÑO, A., LÓPEZ MONDÉJAR, R., *La fecundación in vitro*, 2ª ed., Palabra, Madrid 1986; BOMPIANI, A., GARCEA, N., *La fecondazione in vitro: passato-presente-futuro*, en "Medicina e Morale" 1 (1986), pp. 79-102; SERRA, A., *La sperimentazione sull'embrione umano: una nuova esigenza della scienza e della medicina?*, en "Medicina e Morale" 1 (1993), pp. 97-116; BONNICKSEN, A.L., voz "In vitro fertilization and embryo transfer", en REICH, W.T., *Encyclopedia of Bioethics*, Schuster & Macmillan, New York 1995, pp. 2221-2225; VIAL CORREA, J., SGRECCIA, E., *La dignità della procreazione umana e le tecnologie riproduttive. Aspetti antropologici ed etici*, Libreria Editrice Vaticana, Città del Vaticano 2005.

³² Cfr. *Donum vitae*, parte II, n. 6; MONGE, M.Á. (Ed.), *Medicina pastoral*, cit., p. 115.

³³ Cfr. LÓPEZ GUZMÁN, J., *Objeción de conciencia farmacéutica*, cit., pp. 154-155.

investigador del área de la salud, sea en materia de reproducción artificial, sea en experimentación básica con embriones. No se nos escapa la confusión generalizada que existe acerca del estatuto del embrión: ¿es *persona*, exigiendo que se le trate como tal?, ¿es *sólo hombre*?, ¿y ésto justifica que se lo pueda destruir a libre arbitrio?³⁴.

En el ámbito del servicio de farmacia de un hospital, el farmacéutico está llamado a colaborar en el proceso de reproducción asistida facilitando, mediante dispensación, una serie de fármacos imprescindibles para llevarla a cabo, como son el *clomifeno*, el *estradiol 17B* o la *Gonadotropina Coriónica humana* (hCG). En materia de investigación –tanto empresarial como hospitalaria–, el farmacéutico puede tener cualquier tipo de encargo relacionado con el tema: desde el desarrollo de los medios de cultivo y farmacológicos que van a ser usados en la experimentación o reproducción, hasta la manipulación directa de estos embriones o gametos.

De momento no parece que haya graves problemas por parte del personal sanitario, ya que se configura como una prestación médica realizada en el ámbito sanitario privado –hospitalario e industrial– y, en todo caso, con carácter voluntario. Además, tenemos que afirmar como premisa previa que en nuestro ordenamiento jurídico no existe un *derecho al hijo*, ni dentro ni fuera del matrimonio, que justifique una obligación por parte de una *cuarta* persona de poner medios dirigidos a facilitar tal derecho por métodos artificiales; en otros ordenamientos, “para explicar una normativa aberrante (admisión de mujeres solas a la procreación asistida), se ha hecho valer un inexistente derecho *absoluto* al hijo, olvidando que el futuro ser no puede ser nunca objeto de derechos a favor de otra persona (ni siquiera

³⁴ Cfr. MONGE, M.Á. (Ed.), *Medicina pastoral*, cit., p. 113. Hemos dado respuesta a estas cuestiones en el epígrafe dedicado al estatuto del embrión humano (cfr. cap. VI.A.4).

aunque se trate de la persona que lo engendra)”³⁵. Bajo esta perspectiva, hoy por hoy y en nuestro Estado, la procreación asistida y la manipulación de embriones no parece que sean generadoras de un número apreciable de objeciones de conciencia, aunque cabe no descartarla, al menos en previsión de un posible futuro distinto, o en vista de una eventual objeción de conciencia enmarcada en el ámbito de la empresa privada.

Por lo tanto, la objeción de conciencia del farmacéutico a la reproducción asistida se actualizará en la medida en que considera que con esta técnica se sacrifican vidas humanas –como sabemos la práctica habitual consiste en fecundar muchos más ovocitos de los necesarios, seleccionar los que se desean y dejar morir el resto–, y además se instrumentaliza la sexualidad humana –por el modo de procrear, el modo de obtener el esperma³⁶, etc.–, apoyándose en todas las observaciones realizadas en el cuerpo de este epígrafe y en los capítulos dedicados a los medios abortivos y anticonceptivos.

Por su componente de manipulación de embriones –y por ende de vidas humanas–, siempre que no se trate de medios encaminados a una terapia embrionaria, y dentro del útero de la madre³⁷, hemos de decir que “en honor a la dignidad y la libertad humana la objeción de conciencia parece una exigencia justa. El embrión no está ligado a la madre cuando se experimenta con ellos en los laboratorios de ingeniería genética, pero es potencialmente vida humana, la que no constituye en modo alguno un hecho

³⁵ GARCÍA CANTERO, G., *Reflexiones sobre la objeción de conciencia en la procreación asistida*, en GUITARTE, V., ESCRIVÁ, J., “La objeción de conciencia”, *Actas del IV Congreso Internacional de Derecho Eclesiástico del Estado (Valencia 18-30.5.1992)*, cit., p. 376.

³⁶ Habitualmente por masturbación, moralmente reprobable (cfr. MONGE, M.Á. (Ed.), *Medicina pastoral*, cit., p. 114).

³⁷ Cfr. SGRECCIA, E., *Manuale di Bioetica*, cit., vol. 1, pp. 655-656.

disponible”³⁸. Por lo tanto, “a pesar de las dificultades que pueda acarrear, el personal sanitario puede declarar su objeción de conciencia a la experimentación e investigación sobre embriones humanos, es decir, a trabajar en laboratorios de ingeniería genética”³⁹. Y es que el ser humano debe ser respetado desde el primer instante de su existencia: “el fruto de la generación humana desde el primer momento de su existencia, es decir, desde la constitución del cigoto, exige el respeto incondicionado que es moralmente debido al ser humano en su totalidad corporal y espiritual”⁴⁰. Éste es el argumento más sólido en contra de la fecundación artificial y la manipulación de embriones: cuando la esterilidad de una pareja se resuelve por este sistema, no puede olvidarse que se ha conseguido a costa de sacrificar varios seres humanos, y por tanto de auténticos abortos, aunque ya de por sí sean fruto de verdaderas aberraciones –como que los gametos hayan sido unidos en una probeta, por un desconocido–. Y esto es moralmente inaceptable.

Por analogía con la objeción al aborto, podemos decir con la *Evangelium vitae* que “la misma condena moral [que al aborto] concierne también al procedimiento que utiliza los embriones y fetos humanos todavía vivos a veces «producidos» expresamente para este fin mediante la fecundación in vitro sea como «material biológico» para ser utilizado, sea como abastecedores de órganos o tejidos para trasplantar en el tratamiento de algunas enfermedades. En verdad, la eliminación de criaturas humanas inocentes, aun cuando beneficie a otras, constituye un acto absolutamente inaceptable”⁴¹.

³⁸ BRIONES MARTÍNEZ, I., *La objeción de conciencia a la fecundación in vitro*, cit., p. 388.

³⁹ *Ibidem*.

⁴⁰ *Donum vitae*, parte I, n. 1.

⁴¹ *Evangelium vitae*, n. 63.

Hay que tener también en cuenta que “lo que el médico y el personal sanitario objetan no es la ley general que prohíbe el aborto, ni siquiera la ley que excepcionalmente lo permite, sino los estatutos, reglamentos, principio de jerarquía y demás normativa que rige su actividad profesional, en la medida en que de su aplicación se derive una obligación de realizar o cooperar en prácticas abortivas”⁴² o destructivas de embriones fuera del seno de la madre. Es decir, no se pretende directa e inmediatamente un cambio en el ordenamiento legal o de la autoridad, sino un cambio en lo que afecta al objetor, en las consecuencias que tienen para con su actividad profesional.

Otro gran campo en el que es aplicable lo indicado en este apartado y que puede relacionar en mayor o menor medida al farmacéutico con el aborto es la investigación, comercialización o dispensación de productos preparados a partir de células que provienen de abortos voluntarios. El caso en el que nos vamos a centrar ahora es el de las vacunas producidas de este modo⁴³.

Vacunas de uso muy extendido como la de la rubéola, la hepatitis A o la varicela han sido producidas a partir de los virus aislados de tejidos de fetos infectados y abortados voluntariamente, y sucesivamente atenuados y desarrollados mediante cultivos de células humanas que provienen igualmente de abortos voluntarios. De esta categoría son las vacunas monovalentes contra la rubéola como *Meruvax* (de la casa farmacéutica *Merck*, Estados Unidos), *Rudivax* (*Sanofi Pasteur*, Francia) y *Ervevax* (*GlaxoSmithKline*); las vacunas trivalentes combinadas contra la rubéola, el sarampión y la

⁴² GONZÁLEZ DEL VALLE, J.M., *Derecho Eclesiástico Español*, cit., p. 330.

⁴³ Se puede consultar el estudio realizado por RODRÍGUEZ LUÑO, A., *Riflessioni etiche sui vaccini preparati a partire da cellule provenienti da feti umani abortiti*, en “*Medicina e Morale*” 3 (2005), pp. 521-532, y el parecer de la Academia Pontificia para la Vida, que se manifiesta en términos análogos, publicado en el mismo número de la revista, pp. 618-626.

parotiditis o paperas, como son *M-M-R II* (Merck), *Trimovax* (Sanofi Pasteur) y *Priorix* (GlaxoSmithKline); la vacuna contra la varicela *Varivax* (Merck) y otras como las orientadas contra la hepatitis A de Merck y GlaxoSmithKline.

Son vacunas dirigidas contra enfermedades que pueden suponer un problema epidemiológico y social considerable, como el que suscita la rubéola, que sigue siendo epidémica en algunas partes del mundo: la infección de mujeres embarazadas, por el contacto con niños que no han sido inmunizados contra este virus, puede hacer que transmitan el microbio al feto –siendo casi inocuo para los adultos–, originando en él enfermedades letales o casi como el llamado *síndrome de la rubéola congénita*, que cursa con un gran abanico de malformaciones congénitas o incluso con la muerte. Esto hace que las autoridades civiles y sanitarias tiendan a aplicar un plan generalizado de vacunación a todos los niños, para erradicar la enfermedad. Pero siendo la vacuna que se suele usar de estas características, ¿cuál debe ser la actitud del farmacéutico que se ve en situación de cooperar a su desarrollo y difusión?

Vemos que hay varios modos de cooperación a la acción moralmente reprobable que es el aborto que ha dado origen al desarrollo de estos productos. Podríamos pensar que se trata de una cooperación mínima, puesto que los abortos que dieron lugar a esas líneas celulares se produjeron hace casi medio siglo. Pero, sin caer en la trampa del criterio de independencia, subrayamos que de lo que realmente se trata es, por un lado, de promover una cultura de la vida, en una sociedad que no debe transigir con el aprovechamiento de unos recursos obtenidos ilícitamente; por el otro, y lo que es más importante, de evitar la promoción de nuevos casos de aborto, que sería la consecuencia lógica de una investigación exitosa en este campo de la medicina. En definitiva, hay que llevar a cabo una lucha decidida, lícita y razonable para fomentar el bien y el respeto de la dignidad de la persona del nascituro.

La cooperación formal nunca es lícita. Pero por lo que se refiere a una cooperación material –asumiendo, tal como se ha expuesto extensamente en el capítulo dedicado a esta materia, que en la medida de lo posible tam-

bién debe ser evitada–, podemos encontrarnos con diversos supuestos. Uno de ellos es el del farmacéutico que trabaja directamente en la investigación sobre cultivos de células obtenidas de estos abortos. Se trata de una cooperación al aborto mediata, pero muy próxima, puesto que con el beneficio científico y comercial que obtiene de su trabajo está incentivando de modo directo que se sigan dando abortos para llevar adelante un proyecto orientado a estas actividades. Por lo tanto es un tipo de cooperación que debe evitarse, elevando la objeción de conciencia en el caso que, por condiciones laborales o legales, se viera obligado a llevarla a cabo, a no ser que hubiera en juego motivos graves de salud pública, proporcionados a una colaboración siempre mediata, aunque próxima. Nos induce a pensar de esta manera que los mismos esfuerzos que se realizan en la investigación usando de estos medios, se deberían poner en el servicio de una búsqueda de medios alternativos moralmente aceptables, que se ha demostrado eficaz. El farmacéutico que se ocupara de la comercialización y dispensación de estos productos estaría colaborando al aborto de modo más remoto, con lo cual se encuentra en una posición más matizable.

A pesar de todo, hay una serie de argumentos que deben tenerse en cuenta en esta materia. Uno de ellos, tal como ya hemos señalado, es el hecho de que muchas de estas vacunas ya disponen de una alternativa elaborada usando medios lícitos –como las preparadas a partir de líneas celulares desarrolladas desde tejidos de primates, conejo o pollo–. Algunas de ellas todavía no están autorizadas en determinados países, por presentar más efectos indeseados que las obtenidas a partir de tejido fetal humano. Por lo demás, hay algunas enfermedades para las que no se cuenta todavía con una alternativa –como es el caso de la varicela–. Un primer medio que se debe poner, por lo tanto, es ejercer la presión individual y colectiva necesaria para que las autoridades políticas pongan en marcha proyectos de investigación para desarrollar este tipo de vacunas, y erradicar el uso de las obtenidas ilícitamente.

¿Qué ocurre con casos como el de la varicela? Tal como hemos dicho, la cooperación que se llevaría a cabo interviniendo en su producción es bastante próxima, aunque mediata. Por lo tanto, hay una obligación moral bas-

tante importante de abstenerse de esta actividad. Por lo que se refiere a su comercialización o dispensación, se trata de una cooperación bastante más remota, por su vinculación sea física que moral con el acto abortivo en el que encuentra su génesis, y que promueve de modo sólo accidental. A pesar de todo, el primer medio en el que se debe pensar en materia de cooperación a un acto malo es el de la abstención, a la vez que se promueve la investigación en alternativas éticamente lícitas.

A la vez hay que señalar un matiz muy importante: esta abstención es obligante en modo absoluto sólo si puede ser conducida sin correr riesgos de salud significativos, especialmente para los niños, e indirectamente para la población entera. Esta situación es precisamente en la que nos encontramos, y favorece que, de modo provisional y mientras se trata positivamente de alcanzar una alternativa viable y lícita, se pueda colaborar al desarrollo y aplicación de estas campañas de vacunación. Las razones que nos inducen a pensar así son, por un lado, que el deber de evitar la cooperación material mediata no urge si hay un grave incomodo, incomodo que ciertamente se da en enfermedades que pueden ser epidemiológicamente tan graves y peligrosas como las citadas; por el otro, que el peligro de favorecer la difusión de enfermedades infecciosas constituye una razón de gravedad proporcionada para aceptar las formas de cooperación material activa a las que nos hemos referido.

3. Experimentación humana y experimentación con fines bélicos

Ya hemos estudiado la objeción de conciencia a la experimentación con embriones, y constituye un problema de resolución relativamente sencilla, ya que lo que rechazaba el objetor era la muerte de miles de embriones que han sido fecundados con un objetivo meramente investigador-científico, o como objetos de un *test* de prueba (vida) - error (muerte), en la transferencia al útero de una mujer que no los ha concebido en su seno. Ahora, sin embargo, se trata de hablar de los problemas de conciencia que pueden

suscitarse cuando el profesional entiende que la investigación puede suponer un riesgo para la vida del adulto con el que se lleva a cabo o que, al menos, las molestias no son proporcionales al beneficio que obtiene el paciente⁴⁴.

Experimentar en campo biomédico significa “someter, mediante su uso directo, a *verificación* procedimientos o medios –fármacos– nuevos, o bien admitidos, pero de los cuales no se conoce la consecuencia directa o indirecta, inmediata o a distancia”⁴⁵. Como la validez y efectividad de un fármaco sólo se puede confirmar en relación con el impacto que tiene sobre las causas preexistentes, simultáneas o sobrevenidas en el organismo al que está destinado –fisiológicas, patológicas, farmacológicas o por la asociación, interferencia o antagonismo con otros fármacos–, un medicamento destinado al hombre no tendrá nunca ratificación y control científico y clínico hasta que no sea empleado y experimentado sobre el mismo hombre. En ello se basa la clasificación en *fases* de la experimentación pre-clínica y clínica de medicamentos, teniendo las *fases pre-clínicas* –fases de estudio y experimentación en laboratorios y en animales, precedentes a la aplicación humana (*clínicas*)– un carácter preparatorio, necesario, pero nunca definitivo, en relación a las fases de estudio en el hombre. De hecho, el experimento no se da por concluido hasta que el conocimiento de los aspectos más importan-

⁴⁴ Para este apartado, además de la bibliografía directamente citada, hemos consultado: AAVV, *Simposio sulla necessità, liceità e limiti della sperimentazione clinica negli ospedali*, Edizioni Ospedale Maggiore Cà Granda, Milano 1974; ASSEMBLEA MEDICA MONDIALE, *Dichiarazione di Helsinki*, publicada en “*Medicina e Morale*” 4 (1997), pp. 792-799; CALLIERI, B., *L’etica della ricerca*, en “*Medicina e Morale*” 1 (1980), pp. 17-38; BOMPIANI, A., *La sperimentazione clinica dei farmaci: stato attuale del problema normativo e proposte di riforma*, en “*Medicina e Morale*” 2 (1982), pp. 95-134; VEGA GUTIÉRREZ, J., VEGA GUTIÉRREZ, J.M., MARTÍNEZ BAZA, P., *Experimentación humana en Europa*, Universidad de Valladolid, Valladolid 1997, pp. 91-139.

⁴⁵ SGRECCIA, E., *Manuale di Bioetica*, cit., vol. 1, p. 628. La traducción es nuestra.

tes de la acción de un fármaco sobre el hombre y sobre el germen/proceso que tiene que rectificar/anular no se conozcan por completo, y las diferencias que pueden presentarse entre los resultados a breve y largo plazo sean no significativas a efectos de acción-riesgo.

Los principios alrededor de los que nos movemos en materia de experimentación humana son el de la *no disponibilidad de la vida humana*, el *principio de totalidad*, el de *salud* y el de la *dignidad humana*⁴⁶. En el caso de que se pusiera en un riesgo innecesario alguno de estos valores, el personal sanitario que interviene en los estudios farmacológicos sobre hombres puede objetar a su colaboración. Hay que señalar que estamos bordeando de nuevo el límite de las objeciones de *ciencia* y de *conciencia*, ya que los códigos éticos de la mayoría de profesiones sanitarias y de las instituciones hospitalarias ya regulan todos los parámetros que salvaguardan los valores de las personas que intervienen en las experimentaciones⁴⁷. Algunas indicaciones que se derivan lógicamente de los parámetros éticos anteriormente señalados pueden ser⁴⁸:

1. la legitimidad de la ciencia, ordenada al bien del hombre;
2. la necesidad de una regulación de la experimentación farmacológica, tanto por lo que se refiere al personal que la lleva a cabo como el que está destinado a recibirla, en cada fase de su ejecución, para salvaguardar la dignidad humana;

⁴⁶ Cfr. SGRECCIA, E., *Manuale di Bioetica*, cit., vol. 1, pp. 640-643.

⁴⁷ Cfr., por ejemplo, el art. 38 del Código deontológico farmacéutico español: “El farmacéutico, en la experimentación sobre seres humanos, considerará prioritaria la salud de los participantes en los ensayos” (CONSEJO GENERAL DE COLEGIOS FARMACÉUTICOS DE ESPAÑA, *Código de Ética Farmacéutica y Deontología de la Profesión Farmacéutica*, cit., art. 38).

⁴⁸ Cfr. SGRECCIA, E., *Manuale di Bioetica*, cit., vol. 1, pp. 644-648.

3. la proporción entre el riesgo que corre el hombre y el efecto que se busca en una experimentación;
4. el *consentimiento informado* en cada paso del protocolo y la tutela de los datos personales;
5. la atención a los *medicamentos huérfanos*, que son aquéllos que son útiles para el tratamiento de enfermedades que tienen una bajísima incidencia epidemiológica, o de endemias que inciden sobre poblaciones económicamente desfavorecidas⁴⁹;
6. la *farmacovigilancia*, entendida como la monitorización post-comercialización de los fármacos, para controlar las posibles reacciones adversas a largo plazo, que no se han podido detectar en el tiempo que duran las fases clínicas de investigación;
7. y el uso correcto del *placebo*.

Habitualmente los protocolos de investigación clínica de nuevos fármacos están muy bien documentados, y contienen buenas cláusulas de información al paciente, de actuación en caso de reacciones adversas o efectos no deseados, de monitorización en todo momento de la farmacología, farmacocinética y farmacodinámica de la molécula que se está ensayando, etc. El conflicto se da bien cuando el riesgo de un efecto adverso es desproporcionadamente grande respecto al efecto deseado o que se quiere estudiar, o bien cuando no se cumple la normativa para investigaciones clínicas –por ejemplo cuando se pasa de la fase pre-clínica a la clínica sin contar con parámetros válidos de seguridad, cuando no se consulta al paciente o a sus representantes cada nueva decisión, o cuando se dan saltos al vacío por lo

⁴⁹ Como se trata de fármacos no rentables económicamente, algunos Estados se encargan de incentivar a las empresas farmacéuticas para que investiguen en este tipo de medicamentos.

que se refiere a la seguridad⁵⁰, etc.–. Estos casos justificarían con creces la *objección de ciencia*, ya que simplemente se está actuando contra la ley, que prevé un control estrechísimo de todos estos parámetros en los protocolos de investigación.

Quizá el caso más frecuente de objeción de conciencia puede darse cuando se quiere experimentar, aun contando con todos los requisitos legales –*científicamente impecable*– un fármaco que va a ser usado para fines no lícitos. La objeción de conciencia a este supuesto es equiparable a la presentada por el que no quiere intervenir en el desarrollo o investigación relacionada con fármacos con indicaciones moralmente reprobables –abortivos, anovulatorios, etc.–.

La experimentación con fines bélicos –químicos o biológicos– también puede suscitar conflictos de conciencia al farmacéutico de la industria. El científico que se plantea la posibilidad de dedicarse a la industria de la guerra tiene el deber de considerar todas las connotaciones éticas que ésta lleva implícita.

La objeción de conciencia a la intervención en el desarrollo bélico –si bien somos conscientes de que no es difícil encontrar razones más que de sobra para no acceder a ella *a priori*– es uno de uno de los casos más típicos de objeción de conciencia *sobrevenida*⁵¹. Esto es así porque habitualmente el conflicto de conciencia se presenta en uno de los dos supuestos siguientes:

⁵⁰ Hay que tener en cuenta que a menudo la experimentación exige un cierto riesgo. El umbral de este riesgo puede ser más o menos elevado en relación con la gravedad del estado del paciente: a veces hay pacientes terminales que consienten –*nunca se puede imponer una experimentación*– que se practique con ellos un nuevo protocolo con terapias *de choque*, aunque no se conozca bien el desenlace que puede tener, siempre que haya fundadas esperanzas de éxito y conocimiento suficiente sobre las reacciones adversas que pueden surgir.

⁵¹ Hemos tratado de este tipo de objeción de conciencia en el capítulo II.

bien cuando el farmacéutico trabajaba en una línea de investigación diversa a la que le repele en conciencia o en un laboratorio que primariamente se dedicaba a otros fines, y se ha visto introducido en un cambio de estrategia o de línea de trabajo en la compañía, que le ha llevado a tener que dedicarse a este ámbito de la investigación; o bien cuando el que trabajaba con plena libertad y conciencia en ese ámbito, con el paso del tiempo cambia su juicio de conciencia, de tal manera que pasa a considerar el trabajo que está haciendo como algo inmoral –acaso por un cambio en su sensibilidad, o por contar con más datos acerca de la actividad de su empresa, que le hacen ver que incluye campos objetivamente inmorales–.

Ambos son casos en los que la objeción de conciencia está más que justificada, sea cual sea el género de guerra que se está desarrollando –justa o injusta– ya que la acercan mucho a la objeción de conciencia militar, jurídicamente consagrada y directamente protegida por la Constitución: “la violencia –física o moral– que un mandato puede ejercer sobre la conciencia de una persona, queda como absolutizada y sublimada en el hecho de la guerra, suprema violencia física y moral. Las gravísimas consecuencias de toda índole que produce la guerra, especialmente: enfermedad, destrucción física, degradación moral, desarraigo y muerte, obligan a que el hecho de participar en ella exija una razón profunda y perentoria, sin que baste la mera costumbre, la ausencia de reflexión o las ambiciones personales, para ello”⁵². Así, si bien podría ser planteable la imposición de una *prestación social sustitutoria* en caso de guerra en curso, cuando el Estado efectivamente *necesita* el servicio que le presta el laboratorio en cuestión u otros análogos, nunca será positiva y legalmente exigible la colaboración a la guerra. Asimismo, del mismo modo que hemos dicho que *nunca será exigible* la colaboración, también nos vemos llamados a señalar que no faltan los supuestos de guerra en los que no es *obligatoria* la objeción de conciencia a la

⁵² ROJO SANZ, J.M., *Objeción de conciencia y guerra justa (notas para una aproximación a la objeción de conciencia)*, cit., p. 130.

colaboración en este tipo de investigación: así, por ejemplo, puede ser muy lícita y loable la producción de armamento para la defensa de la propia patria de ataques gravemente injustos.

Algunos rechazan la objeción de conciencia a la colaboración científica a la guerra, alegando que el que obra así está cometiendo el error de equiparar la *ofensa* con la *defensa*⁵³. Y es que el negocio bélico hoy día se percibe según los parámetros que configuran los ejércitos actuales, en términos de *guerra fría*: como un hecho defensivo o disuasorio, nunca basándose en razones ofensivas. Así, los tratados internacionales también establecen diferencias en este sentido, dejando una puerta abierta a la investigación, siempre que sea con fines *defensivos*.

El problema es que, tanto en términos de defensa como en los de ataque, el armamento se concibe para *hacer daño a alguien*, configurando la única diferencia entre unos y otros la intención del que las usa. Y cualquier ciudadano tiene como derecho fundamental la no participación en el daño ajeno, sea por el motivo que sea –ofensivo o defensivo–⁵⁴. Así que el argumento del armamento como elemento disuasorio tampoco es satisfactorio para ser empleado contra el posible objeto.

⁵³ Cfr. LÓPEZ GUZMÁN, J., *Objeción de conciencia farmacéutica*, cit., p. 157.

⁵⁴ A modo de respaldo teórico, recordaremos que ni siquiera hay obligación de ejercitar la legítima defensa, que está moralmente más que justificada: en esta situación, la elección entre la propia vida y la ajena puede decantarse legítimamente hacia cualquiera de las dos.