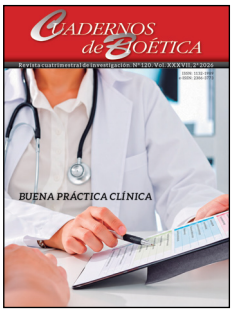
Cuadernos de Bioética. 2026; 37(120): 151-159
DOI: 10.30444/CB.208
Copyright Cuadernos de Bioética

Este trabajo se publica bajo una licencia de
Creative Commons Reconocimiento-NoComercial-SinObraDerivada 4.0 Internacional



LEXUSUS: CUANDO LA LEY USA AL PROFESIONAL SANITARIO

LEXUSUS: WHEN THE LAW USES THE HEALTHCARE PROFESSIONAL

JUAN SANTOS SUÁREZ *https://orcid.org/0000-0002-4277-8510*
Servicio de Salud del Principado de Asturias (SESPA)
Dirección: Avda. del Cristo de las Cadenas, nº 119, 3º D;
33006 Oviedo; Asturias; España. Teléfono: 646 018 605. Correo electrónico: juansantos.paliativos@gmail.com

RESUMEN:

Palabras clave:
lexusus, bioética, objeción de conciencia, eutanasia, integridad profesional

Recibido: 18/04/2026
Aceptado: 11/09/2026

Este trabajo propone *Lexusus* como una categoría bioético-jurídica destinada a analizar configuraciones normativo-institucionales en las que una norma garantiza una prestación sanitaria moralmente controvertida bajo una presunción inicial de disponibilidad profesional y mediante una gestión administrativa del disenso. A partir del caso de la Ley Orgánica 3/2021, de regulación de la eutanasia (LORE), se sostiene que la suficiencia ética de una norma no se agota en el reconocimiento del derecho del paciente ni en la previsión formal de la objeción de conciencia, sino que exige examinar la arquitectura institucional mediante la cual la prestación se hace operativa. Cuando ese diseño utiliza el rol profesional como instrumento de ejecución y traslada el desacuerdo al apartamiento individual, emerge un conflicto estructural caracterizado por el desplazamiento institucional del conflicto moral y por una asignación asimétrica de cargas morales, organizativas y simbólicas. El artículo examina esta configuración desde la justicia distributiva en la medida en que afecta a la integridad moral del profesional, atendiendo a los riesgos de estigmatización, reducción procedimental del rol sanitario y posibles tensiones con la continuidad de una medicina paliativa. Finalmente, propone equipos voluntarios, circuitos asistenciales diferenciados y garantías de confidencialidad como alternativas orientadas a prevenir Lexusus y distribuir más proporcionalmente las cargas derivadas de la garantía de la prestación.

ABSTRACT:

Keywords:
lexusus, bioethics, conscientious objection, euthanasia, professional integrity

This article proposes *Lexusus* as a bioethical-legal category for analysing normative-institutional configurations in which a law guarantees a morally controversial healthcare service under an initial presumption of professional availability and through the administrative management of dissent. Taking Spanish Organic Law 3/2021 on the regulation of euthanasia (LORE) as its case study, the article argues that the ethical adequacy of a law cannot be assessed solely by reference to the recognition of the patient's right or the formal provision for conscientious objection; it also requires examination of the institutional architecture through which the service is implemented. When this design uses the professional role as an instrument of implementation and channels non-participation through individual mechanisms of withdrawal, it produces an institutional displacement of moral conflict and an asymmetrical allocation of moral, organisational and symbolic burdens. The article examines this configuration primarily from the perspectives of professional moral integrity and distributive justice, while considering the risks of stigmatisation, the procedural reduction of the healthcare professional's role, and potential tensions with the continuity of

palliative medicine. Finally, it proposes voluntary teams, differentiated care pathways and confidentiality safeguards as alternatives aimed at preventing Lexusus and achieving a more proportionate distribution of the burdens arising from the institutional guarantee of the service.

1. Introducción

En el ámbito de la bioética contemporánea, los conflictos entre norma jurídica, práctica clínica y conciencia profesional constituyen un terreno especialmente sensible, más aún cuando la legislación interviene de forma directa sobre decisiones que afectan al inicio o al final de la vida. En estos escenarios, la legitimidad formal de la ley no agota el análisis ético, pues resulta imprescindible atender también a las condiciones institucionales en las que la norma se traduce en práctica asistencial y al sentido moral de los profesionales llamados a ejecutarla.

La entrada en vigor en España de la Ley Orgánica 3/2021, de regulación de la eutanasia (LORE)[1], ha introducido una prestación sanitaria cuya realización recae de manera directa sobre los profesionales sanitarios ya integrados en el sistema público de salud. La ley establece, además, que aquellos directamente implicados podrán ejercer la objeción de conciencia en los términos de su artículo 16, lo que ha favorecido la creación de registros y procedimientos con finalidad organizativa[1].

La tesis de este trabajo se sustenta en que la evaluación bioético-jurídica de la LORE no se agota en la legitimidad del derecho subjetivo que reconoce, ni en la mera previsión formal de la objeción de conciencia; la cuestión radica, también, en el modo en que la norma organiza institucionalmente su garantía. Cuando una prestación que pudiéramos considerar clínicamente extrema se integra en el sistema sanitario bajo una presunción de disponibilidad profesional y con una gestión administrativa del disenso, el conflicto trasciende de lo puramente subjetivo o casuístico para adquirir una dimensión estructural. Para describir ese fenómeno, el presente trabajo propone la categoría de *Lexusus*.

2. Lexusus: génesis y propuesta de una nueva categoría bioética

La bioética dispone de un amplio repertorio conceptual para analizar los desacuerdos que emergen en la práctica sanitaria: la objeción de conciencia, la integridad profesional, el estrés o daño moral y el conflicto de valores. Sin embargo, estas categorías no siempre capturan situaciones en las que el desencuentro no nace de una decisión clínica singular, sino del propio diseño normativo que reordena el papel del profesional sanitario.

La objeción de conciencia designa la negativa individual a cumplir un deber jurídicamente exigible o institucionalmente previsto por considerarlo contrario a convicciones morales profundas. Su función principal es proteger al profesional frente a la participación en un acto concreto, pero no explica por sí sola cómo se ha organizado previamente la prestación ni por qué la carga de apartarse recae sobre quien disiente. La objeción actúa, por tanto, como respuesta jurídica al conflicto, mientras que *Lexusus* pretende identificar la arquitectura normativo-institucional que lo precede, motiva, ordena y distribuye.

La integridad profesional alude a la coherencia entre la actuación sanitaria, la conciencia moral del profesional y los fines de la propia medicina. Según Wicclair, las creencias morales fundamentales forman parte de la autoconcepción o identidad del profesional; actuar en contra de ellas puede percibirse como una forma de autotraición y comprometer un bien personal y profesional de primer orden2. El estrés moral y el daño moral se refieren a las consecuencias que puede experimentar el profesional cuando reconoce la actuación moralmente correcta pero encuentra obstáculos para realizarla, o cuando participa en una conducta que lesiona sus convicciones fundamentales. Como señalan Deutscher Heil-

1 Ley Orgánica 3/2021, de 24 de marzo, de regulación de la eutanasia. Boletín Oficial del Estado. 2021; 72: 34037-34049.

2 Wicclair MR. *Conscientious Objection in Health Care: An Ethical Analysis*. Cambridge: Cambridge University Press; 2011, 4-5.

man y Trothen, estas situaciones generan moral distress cuando se impide al profesional aportar el cuidado que considera más adecuado para el paciente3. Ambas categorías se centran principalmente en la experiencia y en las consecuencias subjetivas del conflicto.

El conflicto de valores identifica la colisión entre principios, bienes o deberes morales concurrentes. En los supuestos aquí analizados, la discrepancia no procede únicamente del desacuerdo entre la autonomía del paciente y las convicciones del profesional, sino de una organización normativa que garantiza la prestación bajo una presunción inicial de disponibilidad profesional y canaliza el disenso mediante mecanismos individuales de apartamiento.

Lexusus, término construido a partir de lex y usus, designa una configuración normativo-institucional en la que una norma válidamente aprobada garantiza una práctica sanitaria moralmente controvertida para una parte relevante de los profesionales, utilizando el rol profesional ordinario como instrumento de ejecución. El desacuerdo de conciencia se canaliza mediante la objeción, de manera que la disponibilidad para participar se presume, mientras que la negativa debe ser exteriorizada y formalizada individualmente.

La aportación diferencial de *Lexusus* consiste en hacer visible el desplazamiento institucional del conflicto moral, la asignación asimétrica de cargas y la gestión administrativa del disenso. La fuente principal del conflicto no es tanto la colisión entre convicciones privadas y deberes profesionales como la forma en que la norma redefine operativamente el rol sanitario. La ley no se limita a autorizar o permitir una práctica controvertida: la incorpora al sistema como una prestación garantizada; la institución asume la garantía de ejecutarla y, al hacerlo, presupone una disponibilidad colectiva y funcional de quienes forman parte de dicha estructura asistencial. Alternativamente, hace recaer sobre el profesional disidente la carga de manifestar su apartamiento, formalizarlo conforme al procedimiento establecido y asumir la visibilidad administrativa a la que se ve obligado.

Se hace necesario precisar el alcance de la categoría. *Lexusus* no niega la plasticidad de los roles profesionales reconocida por la Ley 44/2003, de 21 de noviembre, de ordenación de las profesiones sanitarias4, ni la legitimidad democrática de las decisiones legislativas adoptadas por los representantes de la soberanía popular. Tampoco pretende que los colegios profesionales puedan oponerse legítimamente a cualquier redefinición de las funciones de la profesión. Su objeto es más limitado y analítico: examinar si el modo concreto en que se ha organizado la garantía de una prestación moralmente sensible (presunción de disponibilidad y formalización individual del disenso) genera una distribución asimétrica de cargas morales, organizativas y simbólicas que podría haberse evitado mediante un diseño institucional diferente. *Lexusus* no cuestiona el derecho reconocido por la ley ni convierte la objeción de conciencia en el único criterio de evaluación normativa; busca ofrecer una herramienta para identificar y a continuación evaluar la suficiencia ética del diseño institucional que hace operativa esa garantía.

3. Marco normativo: la LORE como punto de partida

La Ley Orgánica 3/2021, de 24 de marzo, de regulación de la eutanasia (LORE)1 reconoce el derecho de las personas que cumplen los requisitos legalmente establecidos a solicitar y recibir la prestación de ayuda para morir. La norma no se limita, sin embargo, a reconocer ese derecho, sino que lo incorpora a la cartera común de servicios del Sistema Nacional de Salud, establece su financiación pública y atribuye a los servicios de salud la obligación de adoptar las medidas necesarias para garantizar su ejercicio. Configura así una arquitectura normativa que combina el reconocimiento de un derecho individual, su institucionalización como prestación sanitaria y la asignación de funciones concretas a los profesionales que intervienen en el procedimiento.

3 Deutscher Heilman MK, Trothen TJ. *Conscientious objection and moral distress: a relational ethics case study of MAiD in Canada*. J Med Ethics. 2020;46(2):123-127.

4 Ley 44/2003, de 21 de noviembre, de ordenación de las profesiones sanitarias. Boletín Oficial del Estado. 2003.

3.1. Prestación, obligación de garantía y rol profesional

El modelo adoptado por la LORE descansa sobre una obligación institucional de garantía. El Estado no se limita a permitir o despenalizar determinadas conductas, sino que asume el deber de asegurar el acceso efectivo a la prestación y encomienda su realización a las estructuras ordinarias del sistema sanitario. Esta obligación no se formula de manera abstracta, sino que se concreta mediante la atribución de responsabilidades específicas a profesionales ya integrados en este.

Así, el rol sanitario aparece normativamente ampliado. A la teleología clásica de la medicina —el cuidado de la salud del paciente, la curación de la enfermedad y el acompañamiento—, se añade una intervención cuya finalidad es provocar una parada cardiorrespiratoria mediante la administración directa de una serie de fármacos. La LORE regula esta actuación como una prestación sanitaria que debe realizarse con arreglo a procedimientos, controles y protocolos específicos y con la participación del médico responsable y de otros profesionales sanitarios.

Desde el punto de vista bioético, ese esquema plantea una cuestión central: la obligación institucional de garantizar un derecho se traduce en una expectativa de disponibilidad inicial de cualquier profesional para iniciar la tramitación de un acto que, para algunos sanitarios, posee una carga moral singular. La ley no adopta, como punto de partida organizativo general, un modelo basado en la adhesión positiva y previa de profesionales voluntariamente disponibles, ni establece equipos específicamente constituidos mediante esa manifestación de voluntad. Integra la prestación en el sistema sanitario ordinario y articula la no participación mediante el ejercicio individual de la objeción de conciencia. El punto de partida organizativo se articula desde la garantía de la prestación y solo el desacuerdo moral se acepta como excepción individual que debe ser formalizada.

La asimetría es significativa. La institución asume directamente la obligación de garantizar el acceso, mientras que el profesional que no desea participar sin comprometer gravemente sus convicciones debe activar el mecanismo previsto para apartarse. La disponibilidad no requiere, en el plano normativo general, una declaración equivalente de aceptación; la no disponibilidad por razones de conciencia, en cambio, sí exige una manifestación expresa. Es precisamente en esta distinta distribución de posiciones y cargas donde comienza a hacerse visible la configuración que este trabajo denomina *Lexusus*.

3.2. Objeción de conciencia y registro: análisis jurídico y bioético

La STC 19/2023 ha precisado que no existe en el ordenamiento un derecho fundamental genérico a sustraerse de las obligaciones legales y que la objeción frente a la prestación eutanásica constituye una modalidad concreta configurada por el legislador[5]. La LORE introdujo una regulación sanitaria de alcance estatal y definió la «objeción de conciencia sanitaria» como el derecho individual de los profesionales a no atender aquellas demandas reguladas por la ley que resulten incompatibles con sus propias convicciones.

El artículo 16 de la LORE[1] reconoce este derecho a los profesionales sanitarios directamente implicados en la prestación y establece que la negativa por razones de conciencia constituye una decisión individual que debe manifestarse anticipadamente y por escrito. A su vez, ordena a las administraciones sanitarias crear registros de profesionales objetores con el objeto declarado de disponer de la información necesaria para garantizar una adecuada gestión de la prestación.

La STC 19/2023 aclaró que la inscripción en el registro no condiciona el ejercicio de la objeción ni posee carácter constitutivo, sino que lo establece como un deber meramente formal[5]. El registro cumple una finalidad organizativa: permite a la Administración conocer con qué profesionales no puede contar inicialmente y planificar el servicio sin menoscabar el acceso reconocido por la ley. El Tribunal consideró, además, que su existencia no implica por sí misma una limitación desproporcionada de la libertad ideológica o de la intimidad, siempre que

5 Tribunal Constitucional. Sentencia 19/2023, de 22 de marzo de 2023. Boletín Oficial del Estado. 2023, 98.

se respeten la confidencialidad y la normativa de protección de datos.

La STC 94/2023 reafirmó el carácter personal de esta modalidad de objeción y rechazó que los centros sanitarios o las personas jurídicas puedan invocar una objeción institucional. La objeción queda, por tanto, vinculada a las convicciones de las personas físicas directamente afectadas por el deber de intervenir[6].

La constitucionalidad del registro no agota, sin embargo, la reflexión bioética. Desde la perspectiva aquí propuesta, lo relevante es el efecto estructural que deriva de la combinación entre la garantía institucional de la prestación y la formalización individual del desacuerdo. Para no participar, el profesional debe exteriorizar su posición, identificarse como objetor y quedar situado en una categoría administrativamente relevante. La institución mantiene la continuidad operativa de la prestación; el conflicto moral se desplaza y es gestionado por aquellos que manifiestan su apartamiento, aunque la propia institución sea la encargada de salvaguardar la confidencialidad de esos datos.

El desacuerdo deja así de permanecer exclusivamente en el ámbito interno de la conciencia y se convierte en información funcional para la organización sanitaria. La distinción entre profesionales objetores y no objetores reorganiza la relación entre el individuo y la institución: permite proteger al primero frente a la participación forzada, pero también atribuye a su declaración una función instrumental dentro de la planificación administrativa. La controversia moral no desaparece ni se resuelve mediante el registro; se transforma en una variable gestionable por la organización sea ésta o no recogida sobre papel u otro soporte.

La objeción cumple, en consecuencia, una doble función. En el plano jurídico, protege al profesional frente a la obligación de intervenir en una actuación incompatible con sus convicciones. En el plano organizativo, permite a la Administración identificar anticipadamente la no disponibilidad de determinados profesionales y asegurar la continuidad de la prestación. Esta doble función convierte la objeción en un mecanismo de protección de la conciencia, pero también en una forma de gestión administrativa del disenso.

La LORE constituye el caso de referencia a partir del cual este trabajo formula la categoría de *Lexusus*: una norma democráticamente aprobada garantiza una prestación sanitaria de singular intensidad moral, la integra en las estructuras ordinarias del sistema y utiliza el rol profesional para hacerla efectiva, mientras canaliza el desacuerdo mediante un mecanismo individual de apartamiento. La obligación de garantía permanece en la institución; la carga de hacer visible el conflicto y formalizar la no participación recae sobre el profesional. Esta distribución asimétrica no invalida jurídicamente el sistema, pero sí constituye el fenómeno normativo-institucional que la categoría de *Lexusus* pretende identificar y someter a análisis bioético.

4. Objeción de conciencia: fundamento ético y tensión organizativa

La objeción de conciencia no constituye únicamente una técnica jurídica de exención frente al cumplimiento de una obligación. Su fundamento ético reside en la protección de la integridad moral de la persona cuando la realización de un acto exigido por la norma entra en contradicción grave con convicciones que considera constitutivas de su identidad. En el ámbito sanitario, esta dimensión adquiere una relevancia particular porque el profesional no actúa como un mero ejecutor técnico, sino como un agente moral que responde personalmente de sus decisiones y de los actos clínicos en los que participa[7].

La conciencia profesional no equivale, sin embargo, a una preferencia subjetiva ni concede una facultad general para incumplir las obligaciones asistenciales. Su protección debe coexistir con los derechos del paciente y con la obligación institucional de garantizar las prestaciones legalmente reconocidas. El conflicto no puede resolverse mediante la afirmación absoluta de uno de esos polos, sino mediante una distribución proporciona-

6 Tribunal Constitucional. Sentencia 94/2023, de 12 de septiembre de 2023. Boletín Oficial del Estado. 2023,11.

7 Herranz G. *La objeción de conciencia de las profesiones sanitarias.* Scripta Theologica. 1995;27(2):545-563.

da de responsabilidades que evite tanto la imposición sobre la conciencia como la obstrucción del acceso a la prestación.

La dificultad surge cuando el instrumento concebido para proteger la integridad individual adquiere también una función organizativa determinante. La necesidad de conocer anticipadamente la disponibilidad de los profesionales puede convertir la objeción en una categoría administrativa y desplazar el centro de atención hacia los efectos que su decisión produce sobre la continuidad del servicio. Existe entonces el riesgo de que la objeción deje de ser comprendida como una manifestación legítima de integridad moral y pase a ser interpretada principalmente como una incidencia que la organización debe identificar, prever y gestionar.

Esta tensión adquiere especial relevancia cuando la participación constituye la posición organizativa inicial y la objeción alcanza a un número elevado de profesionales, particularmente en contextos en los que la demanda de la prestación puede adquirir un volumen significativo. En tales circunstancias, la institución debe conciliar la garantía efectiva del acceso con la protección de la conciencia profesional y afrontar las consiguientes tensiones organizativas, sin hacer recaer sobre los objetores las cargas derivadas de la organización de la prestación.

El Comité de Bioética de España advirtió esta posibilidad y señaló la conveniencia de explorar fórmulas que permitieran compatibilizar la garantía de la prestación con una protección adecuada de la libertad de conciencia, sin hacer descansar toda la organización del sistema sobre un registro previo de objetores[8]. Esta observación resulta relevante porque muestra que el problema no reside únicamente en reconocer jurídicamente la objeción, sino en determinar cómo debe organizarse su ejercicio para que no se transforme en una carga desproporcionada, una fuente de estigmatización o un simple instrumento de planificación administrativa.

5. Lexusus como configuración estructural del conflicto moral

Lexusus designa una configuración normativo-institucional en la que una norma garantiza una prestación sanitaria moralmente controvertida, la incorpora al funcionamiento ordinario del sistema y utiliza el rol profesional como instrumento para hacerla efectiva, mientras canaliza la no participación mediante mecanismos individuales de apartamiento. El concepto no identifica simplemente la existencia de desacuerdo ni se limita a describir la objeción de conciencia. Pretende mostrar la asimetría estructural mediante la cual la institución distribuye las posiciones, responsabilidades y cargas derivadas del conflicto.

A diferencia del dilema clínico clásico, aquí el conflicto aparece antes de la decisión singular. La ley establece una prestación exigible, parte de una presunción inicial de disponibilidad funcional de los profesionales llamados a realizarla y articula la objeción como vía de apartamiento individual. El resultado es un desplazamiento institucional del conflicto moral: en lugar de organizar la prestación de modo que la institución asuma las consecuencias del desacuerdo mediante mecanismos basados en la participación voluntaria, es el profesional quien debe activar el procedimiento de excepción previsto para proteger su conciencia.

La carga emocional del rechazo institucional recae sobre los profesionales que objetan, de la misma forma que, en el plano social, determinados discursos reducen la cuestión a una confrontación entre la persona que solicita la prestación y el profesional que no desea participar en ella.

6. Marco bioético: Lexusus como tensión entre principios

El análisis de *Lexusus* permite examinar cómo un determinado diseño normativo reordena la relación entre la autonomía del paciente y del profesional, la integridad moral de este último y la justicia en la distribución de las cargas. La LORE sitúa en el centro la autonomía de la persona que solicita la prestación de ayuda para morir, pero los medios institucionales elegidos para ga-

8 Comité de Bioética de España. Informe del Comité de Bioética de España sobre la objeción de conciencia en relación con la prestación de la ayuda para morir de la ley orgánica reguladora de la eutanasia. Madrid; 2021;13,17.

rantizarla no son éticamente neutros respecto de quienes consideran moralmente incompatible intervenir en su realización.

Cuando el ejercicio de un derecho de autonomía depende de la intervención directa de un profesional, la protección de la autonomía del paciente entra en relación con la autonomía moral de este. El problema no reside en el principio en sí mismo, sino en su desarrollo institucional bajo un modelo que presupone la participación del sanitario. La posibilidad de objetar protege jurídicamente su conciencia, pero no elimina necesariamente el daño moral, simbólico o profesional que puede derivarse de tener que exteriorizar su desacuerdo y situarse formalmente fuera de la posición organizativa inicial.

La integridad moral del profesional no se limita a la ausencia de sanción ni a la mera posibilidad de apartarse de la prestación, sino que está ligada a la coherencia entre sus convicciones, su identidad profesional y las prácticas exigidas por el sistema. Solicitar, directa o indirectamente, a un profesional a participar en un acto que percibe como moralmente inaceptable puede constituir ya de por sí una forma de daño moral. Desde esta perspectiva, la no maleficencia no puede limitarse al paciente: también debe extenderse al profesional en cuanto sujeto moral implicado. *Lexusus* subraya que este daño potencial no es accidental, sino estructural.

El principio de justicia exige, además, una distribución equitativa de las cargas morales, organizativas y simbólicas generadas por la garantía de la prestación. Cuando el sistema externaliza el conflicto moral hacia el individuo, exigiendo que active mecanismos de retirada mientras la institución preserva su neutralidad funcional, se produce una asignación asimétrica de cargas.

7. Riesgos bioéticos asociados al Lexusus

La configuración descrita puede generar riesgos bioéticos que no derivan necesariamente del contenido sustantivo de la norma, sino del modo en que la prestación y el desacuerdo profesional se organizan institucionalmente. Estos riesgos pueden prevenirse o reducirse si se anticipan y se tienen en cuenta al diseñar los procedimientos destinados a garantizar esta u otras prestaciones.

La formalización anticipada de la objeción y su incorporación a registros o circuitos administrativos puede aumentar la visibilidad institucional del disenso y favorecer dinámicas de señalamiento o estigmatización, tanto en el presente como en un futuro. Asimismo, cuando el desacuerdo moral se traduce principalmente a términos de disponibilidad y planificación, existe el riesgo de reducir el papel del profesional al de ejecutor de decisiones previamente establecidas, debilitando la dimensión deliberativa, prudencial y moral del juicio clínico.

Finalmente, la integración de la prestación de ayuda para morir en las estructuras sanitarias puede difuminar, en determinados contextos, su diferenciación respecto de los cuidados paliativos. Esta proximidad puede generar confusión social sobre los fines propios de la medicina paliativa y tensionar la identidad de los profesionales que consideran ambas prácticas moral y clínicamente distintas.

8. Propuestas para prevenir *Lexusus*

Si *Lexusus* deriva del modo en que se organiza institucionalmente una prestación moralmente controvertida, su prevención no pasa necesariamente por cuestionar el derecho reconocido, sino por reconsiderar los mecanismos elegidos para hacerlo efectivo.

Una posible alternativa consistiría en sustituir la presunción general de disponibilidad por equipos específicamente voluntarios para la prestación de ayuda para morir. En lugar de presumir la participación y articular la no intervención como una excepción, el sistema podría apoyarse en registros positivos de profesionales que manifestaran de forma libre y explícita su disposición a participar. Esta alternativa fue considerada valiosa por el propio Comité de Bioética de España[8].

Una segunda medida consistiría en establecer circuitos asistenciales diferenciados para la prestación de ayuda para morir. Sin implicar una merma de la calidad asistencial, esta diferenciación permitiría preservar con mayor claridad los fines propios de cada práctica clínica y reducir la implicación involuntaria de profesionales no dispuestos a participar.

Finalmente, cualquiera que sea el mecanismo adoptado —objeción o adhesión voluntaria—, resulta esencial extremar las garantías de confidencialidad y revisar el lenguaje institucional utilizado. Deben evitarse expresiones que presenten la objeción como falta de colaboración, actitud obstructiva o anomalía profesional atribuible al objetor.

9. Discusión: hacia criterios bioéticos de diseño normativo

El análisis del *Lexusus* a partir del caso de la LORE permite extraer una enseñanza general: la suficiencia ética de una norma no se mide solo por el derecho que reconoce, sino también por el modo en que organiza su ejecución. El diseño normativo importa porque puede producir un desplazamiento institucional del conflicto moral y convertir el disenso en una variable administrativa, ocultando así una distribución asimétrica de cargas y sus posibles repercusiones sobre el profesional que se aparta.

En contextos de pluralismo moral, una bioética atenta al diseño normativo debería exigir al menos tres condiciones. Primero, reconocer explícitamente que determinadas prestaciones generan desacuerdos previsibles y persistentes dentro de la profesión. Segundo, evitar que la protección de la conciencia dependa exclusivamente de mecanismos individuales de retirada. Y tercero, distribuir de modo proporcional las cargas derivadas de la garantía institucional de la prestación.

Desde esta perspectiva, *Lexusus* no pretende clausurar el debate sobre la eutanasia ni cuestionar por sí mismo el derecho reconocido por la ley. Propone una categoría analítica para examinar cómo pueden garantizarse prestaciones moralmente controvertidas sin trasladar desproporcionadamente el conflicto al profesional ni erosionar su integridad moral y el ethos clínico sobre el que descansa la confianza social en la medicina.

Conclusiones

El concepto de *Lexusus* permite describir un tipo de conflicto bioético-jurídico que emerge cuando una norma sanitaria de alta sensibilidad moral se hace operativa bajo una presunción de disponibilidad profesional y mediante una gestión administrativa del disenso. En estos supuestos, la cuestión ética no queda resuelta ni por el reconocimiento del derecho del ciudadano, la apelación a su autonomía ni la mera aceptación formal de la objeción de conciencia.

La principal aportación del concepto reside en mostrar que ciertas arquitecturas normativas utilizan el rol profesional como instrumento de ejecución y producen un desplazamiento institucional del conflicto moral. La institución garantiza la prestación mientras el profesional soporta una asignación asimétrica de cargas morales, simbólicas y organizativas. Esta configuración puede repercutir en su integridad moral, en la identidad profesional y en la comprensión de los fines de la práctica clínica.

Nombrar *Lexusus* no implica negar el derecho reconocido por la ley ni convertir la objeción de conciencia en el único criterio de evaluación normativa. Significa recordar que la suficiencia ética de una regulación depende también del modo en que organiza su cumplimiento, distribuye sus cargas y permite sostener un ejercicio profesional éticamente íntegro en contextos de pluralismo moral.

Conflictos de intereses

El autor declara no presentar conflictos de intereses.

Financiación

Este trabajo no ha recibido financiación alguna.

Referencias

Comité de Bioética de España. *Informe del Comité de Bioética de España sobre la objeción de conciencia en relación con la prestación de la ayuda para morir de la ley orgánica reguladora de la eutanasia*. Madrid, 2021.

Deutscher Heilman MK, Trothen TJ. *Conscientious objection and moral distress: a relational ethics case study of MAiD in Canada*. J Med Ethics. 2020;46(2):123-127.

Herranz G. *La objeción de conciencia de las profesiones sanitarias*. Scripta Theologica. 1995;27(2):545-563.

Ley 44/2003, de 21 de noviembre, de ordenación de las profesiones sanitarias. Boletín Oficial del Estado. 2003.

Ley Orgánica 3/2021, de 24 de marzo, de regulación de la eutanasia. Boletín Oficial del Estado. 2021; 72: 34037-34049.

Tribunal Constitucional. Sentencia 19/2023, de 22 de marzo de 2023. Boletín Oficial del Estado. 2023, 98.

Tribunal Constitucional. Sentencia 94/2023, de 12 de septiembre de 2023. Boletín Oficial del Estado. 2023.

Wicclair MR. *Conscientious Objection in Health Care: An Ethical Analysis*. Cambridge: Cambridge University Press; 2011, 4-5.