

Repensar la objeción de conciencia en la atención de la salud

Alberto Giubilini, Udo Schuklenk,
Francesca Minerva y Julian Savulescu

Repensar la objeción de conciencia en la atención de la salud

Haesbaert, Rogério

Repensar la objeción de conciencia en la atención de la salud / Alberto Giubilini ... [et al.]. - 1a ed. - Ciudad Autónoma de Buenos Aires : CLACSO ; Nueva York : Fòs Feminista, 2026.

Libro digital, PDF

Archivo Digital: descarga y online

ISBN 978-631-308-283-4

1. Salud Reproductiva. 2. Sistema Sanitario. 3. Atención a la Salud. I. Giubilini, Alberto
CDD 610

Otros descriptores asignados por CLACSO:
Atención sanitaria / Salud / Ética / Medicina

Diseño de tapa: Lucas Sablich

Corrección: Mariela Gurevich

Diseño interior: Dominique Cortondo Arias

Repensar la objeción de conciencia en la atención de la salud

**Alberto Giubilini, Udo Schuklenk,
Francesca Minerva y Julian Savulescu**

FÒS FEMINISTA



CLACSO



CLACSO

Consejo Latinoamericano
de Ciencias Sociales

Conselho Latino-americano
de Ciências Sociais

CLACSO Secretaría Ejecutiva

Pablo Vommaro - Director Ejecutivo

Gloria Amézquita - Directora Académica

María Fernanda Pampín - Directora de Publicaciones

Equipo Editorial

Lucas Sablich - Coordinador Editorial

Solange Victory - Producción Editorial

Valeria Carrizo y Darío García - Biblioteca Virtual



CONOCIMIENTO ABIERTO, CONOCIMIENTO LIBRE

Los libros de CLACSO pueden descargarse libremente en formato digital o adquirirse en versión impresa desde cualquier lugar del mundo ingresando a libreria.clacso.org

Edición original en inglés:

Giubilini, Alberto et al. *Rethinking Conscientious Objection in Health Care*. New York.

<https://doi.org/10.1093/9780197786567.001.0001>

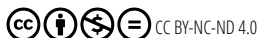
© Oxford University Press 2025

Rethinking Conscientious Objection in Health Care was originally published in English in 2025. This translation is published by arrangement with Oxford University Press. CLACSO is solely responsible for this translation from the original work and Oxford University Press shall have no liability for any errors, omissions or inaccuracies or ambiguities in such translation or for any losses caused by reliance thereon.

Rethinking Conscientious Objection in Health Care fue publicado originalmente en inglés en 2025. Esta traducción se publica por acuerdo con Oxford University Press. CLACSO es el único responsable de esta traducción a partir de la obra original, y Oxford University Press no asumirá responsabilidad alguna por errores, omisiones, inexactitudes o ambigüedades en dicha traducción, ni por pérdidas derivadas de la confianza depositada en ella.

Repensar la objeción de conciencia en la atención de la salud (Buenos Aires: CLACSO, junio de 2026).

ISBN 978-631-308-283-4



© Consejo Latinoamericano de Ciencias Sociales | Queda hecho el depósito que establece la Ley 11723. La responsabilidad por las opiniones expresadas en los libros, artículos, estudios y otras colaboraciones incumbe exclusivamente a los autores firmantes, y su publicación no necesariamente refleja los puntos de vista de la Secretaría Ejecutiva de CLACSO.

CLACSO

Consejo Latinoamericano de Ciencias Sociales - Conselho Latino-americano de Ciências Sociais

Estados Unidos 1168 | C1023AAB Ciudad de Buenos Aires | Argentina

Tel [54 11] 4304 9145 | Fax [54 11] 4305 0875 | clacso@clacsoinst.edu.ar | www.clacso.org

Índice

Introducción.....	7
Capítulo 1	
Conciencia, libertad de conciencia y objeción de conciencia	25
Capítulo 2	
El argumento contra la objeción de conciencia. Sobre el significado y la relevancia ética del profesionalismo	49
Capítulo 3	
Refutación de los argumentos a favor de la objeción de conciencia	119
Capítulo 4	
Casos específicos.....	167
Conclusiones.....	225
Bibliografía.....	234
Sobre los autores y autoras	257

Introducción

Quienes aspiran a la profesión médica no poseen un derecho legal ni un derecho de propiedad para ejercerla, ni tampoco un derecho constitucional protegido. Quienes reciben una licencia para ejercer una profesión regulada deben aceptar someterse a requisitos regulatorios que priorizan el interés público por encima de los intereses individuales de quienes ejercen la profesión.

(Tribunal Divisional de Ontario, 2018)

La objeción de conciencia: el problema

Imaginemos el siguiente caso: un hombre gay, sano, de unos veinte años, desea acceder a un tratamiento profiláctico para prevenir la transmisión del VIH, incluso en relaciones sexuales sin protección. Para ello, solicita un turno en la clínica del servicio de salud del campus universitario a fin de obtener una receta médica para dicho medicamento. En efecto, la PrEP (profilaxis preexposición) es el tratamiento preventivo estándar actualmente recomendado para personas de su grupo etario. Evidentemente, el joven no espera con entusiasmo la cita médica, pues deberá revelar aspectos privados de su vida sexual para acceder al tratamiento. A pesar de la incomodidad, acude al servicio de salud confiado en que, superado el momento inicial de tensión al hablar con un profesional a quien desconoce, obtendrá la receta que le permitirá una mejor protección contra el

VIH. Sin embargo, eso no es lo que sucede. El médico de turno inicia una invectiva sobre lo “pecaminoso” de la homosexualidad y se muestra renuente a brindarle acceso al tratamiento. La explicación que recibe el joven es que, por objeción de conciencia, el profesional se niega a prescribir un medicamento que –según él– propiciaría una conducta inmoral.

Casos de objeción de conciencia como este no son excepcionales ni se limitan a hombres gay. La lista de intervenciones médicas o medicamentos que algunos profesionales de la salud se niegan a proporcionar es extensa –y sigue en aumento (Swartz, 2006)–: mujeres embarazadas que buscan acceder a servicios de aborto en países donde este es legal bajo ciertas causales; pacientes con enfermedades terminales y pleno uso de sus facultades mentales que solicitan la eutanasia en jurisdicciones donde está permitida; personas que requieren anticonceptivos, esterilización o vacunas; quienes buscan tratamientos de mejora o intervenciones relacionadas con la identidad de género, entre muchos otros casos.

Independientemente de cuánto se ajusten estas intervenciones a los estándares clínicos, muchos profesionales de la salud deciden en función de sus propias convicciones morales; algunos incluso llegan al extremo de negarse a examinar pacientes del sexo opuesto o a atender a quienes se encuentran bajo los efectos del alcohol (Strickland, 2012). A medida que las sociedades se vuelven más plurales y las opciones médicas se diversifican, es inevitable que el problema de la objeción de conciencia en el ámbito de la salud se torne más complejo, contexto este que exige una discusión ética profunda y una regulación adecuada.

Los ejemplos presentados hasta aquí para introducir el debate sobre la objeción de conciencia en el ámbito sanitario se refieren a un tipo específico de paciente –o a un paciente prototípico–: una persona con plena capacidad de decisión, que cumple con los requisitos necesarios para acceder a un determinado servicio de salud y que lo solicita de manera autónoma. Cuando un paciente no tiene capacidad para decidir por sí mismo (por ejemplo, en el caso de menores de

edad), un representante legítimo está facultado para otorgar el consentimiento necesario para la intervención médica correspondiente. Decir que un paciente es “elegible” –por usar un calco del término técnico inglés– implica que una determinada intervención médica se encuentra legalmente disponible para dicha persona, dadas sus circunstancias particulares.

Un profesional de la salud que se rehúsa a brindar un servicio no por razones profesionales –es decir, basadas en juicio clínico–, sino por motivos de conciencia personal, *ejerce un monopolio social sobre la prestación de dicho servicio médico*. En este estudio, el término *objeción de conciencia* hace referencia a aquellos profesionales que no solo expresan una objeción moral, sino que actúan en consecuencia, negándose a prestar un determinado servicio a pacientes que están legalmente facultados para recibirlo. Hacia el final, abordaremos también otro tipo de situación: la de los profesionales que desean proporcionar un servicio solicitado por un paciente que, sin embargo, no es elegible conforme al marco legal vigente. Un ejemplo claro es el aborto en ciertas jurisdicciones –como algunos estados de Estados Unidos– después de la revocación del fallo *Roe vs. Wade* (1973) por parte de la Corte Suprema, lo que otorgó a los estados la potestad de legislar de manera autónoma sobre el acceso o no a servicios de aborto.

Entendemos que, en el ámbito de la salud, el problema de la objeción de conciencia –tal como suele interpretarse– no radica en la objeción ocasional de profesionales, que en ciertos casos puede estar justificada. El verdadero problema surge cuando dichas objeciones se basan exclusivamente en creencias morales personales, es decir, en la “conciencia” individual del profesional; es decir, cuando la conciencia del prestador de salud interfiere con los intereses legítimos del paciente de recibir una atención médica adecuada y accesible, o cuando se ajusta a otros estándares de la profesión médica.

Es cierto que las disposiciones legales pueden ser éticamente correctas o incorrectas, dependiendo del estándar normativo que se adopte, y que con frecuencia existe un desacuerdo razonable sobre la validez ética de las normas vigentes. Así, por ejemplo, podría

considerarse éticamente incorrecto permitir el acceso al aborto en determinadas circunstancias. Sin embargo, no es responsabilidad ni prerrogativa de un profesional de la salud evaluar la corrección ética de una disposición legal, particularmente en el contexto clínico. Tampoco le corresponde actuar conforme a su propia evaluación moral cuando esta se aparta de los estándares profesionales aceptados, siempre que dichos estándares se funden en principios sólidos de ética médica y profesional. Estas dos afirmaciones constituyen la tesis central de este libro.

Aunque puede admitirse que un prestador de servicios de salud deba evaluar con responsabilidad si una disposición legal vigente se ajusta a determinados estándares de atención médica –incluidos los códigos de práctica actuales y las directrices éticas–, dicho juicio no debe fundarse en la conciencia personal del profesional. Por ejemplo, un prestador podría considerar que el aborto o ciertos métodos anticonceptivos son moralmente inaceptables, a pesar de que se encuentren en conformidad con los códigos de práctica profesional y los estándares éticos reconocidos por la profesión. Una objeción moral similar podría plantearse, por ejemplo, en relación con la práctica de la circuncisión. Sin embargo, nuevamente aquí, la obligación de realizar la intervención médica debe basarse en estándares éticos profesionales y en la elegibilidad del paciente, no en juicios personales sobre la moralidad del procedimiento.

En ocasiones, pueden surgir desavenencias entre los estándares profesionales establecidos por los organismos competentes, los principios de la ética médica y los marcos legales –o entre cualquiera de estos dos últimos. También puede darse el caso de que ciertos pacientes, pese a estar legalmente facultados para un determinado tratamiento, soliciten servicios médicos que no cumplen con los estándares profesionales aceptados, ya sea por decisión autónoma o por intermedio de un representante legítimo (una situación aún más controversial). Un ejemplo de ello es la cirugía genital femenina cuando se permite legalmente, o la pena de muerte en contextos donde se requiere la participación de profesionales médicos

para, por ejemplo, minimizar el dolor mediante la administración de anestesia.

A diferencia de procedimientos más estandarizados, en estos casos resulta más complejo determinar si debe permitirse a los profesionales invocar objeción de conciencia. Aun cuando recibir atención médica destinada a mitigar el dolor o prevenir consecuencias adversas a largo plazo pueda estar en el mejor interés del paciente –particularmente cuando el procedimiento se realizará de todas formas–, tales intervenciones pueden estar restringidas o prohibidas por los códigos de práctica profesional o por principios fundamentales de ética médica. En cualquier caso, incluso en los escenarios más controvertidos, sostenemos que la conducta médica –incluido el derecho (o deber) de objetar– debe regirse por el marco legal vigente, los estándares éticos y profesionales aceptados, y por los intereses del paciente, y no fundarse en convicciones morales individuales.

No abordaremos aquí la dimensión ética de ciertas leyes –como la pena de muerte con participación médica o la prohibición legal del aborto. Nuestro enfoque se centra en las obligaciones de los profesionales de la salud dentro de los marcos legales en los que operan (y que han aceptado libremente), así como en las obligaciones profesionales y éticas a las que voluntariamente suscriben al formar parte de la profesión. Estas últimas, como veremos, son independientes de la aceptabilidad moral –o no– de determinados procedimientos médicos.

En el presente estudio adoptaremos una posición neutral respecto a cuestiones éticas sustantivas, como si procedimientos como el aborto, la eutanasia o incluso la PrEP son moralmente permisibles. Tendemos a considerar que, al menos en ciertas circunstancias, todos ellos podrían serlo. No obstante, nuestro análisis no requiere que el lector comparta este punto de vista en cada caso, o siquiera en alguno de ellos (Savulescu y Schuklenk, 2017). Los asuntos de ética profesional son más específicos –y, en ocasiones, distintos– de los debates sobre ética y moralidad en sentido amplio. En este libro, nos centraremos en los primeros. De hecho, ninguno de los coautores conoce con exactitud en qué circunstancias los demás considerarían

moralmente aceptables esos procedimientos. Nuestras conclusiones, por tanto, no dependen de alcanzar un consenso sobre estas cuestiones sustantivas.

Sostenemos que, al menos en aquellas jurisdicciones donde los profesionales de la salud asumen voluntariamente el rol de proveedores exclusivos dentro de un sistema estatal, deberían tener la obligación de ofrecer servicios médicos a quienes cumplan con los criterios legales de elegibilidad y los soliciten, siempre que dichos servicios sean coherentes con los estándares profesionales y el interés del paciente.

Aunque no necesariamente exista una obligación ética de brindar servicios a pacientes no elegibles según el marco legal vigente, consideramos que es profesionalmente permisible ofrecer atención médica alineada con los estándares profesionales y principios éticos, incluso cuando esta sea ilegal. Tal es el caso, por ejemplo, de abortos médicamente necesarios en estados de EE. UU. donde el aborto ha sido prohibido tras la revocación de *Roe v. Wade*. No porque el aborto sea, en sí, éticamente permisible, sino porque en ciertas circunstancias constituye una práctica coherente con una buena atención médica. En general, los estándares profesionales actuales priorizan el interés del paciente.

Debemos reconocer que existe, claramente, una correlación entre ciertas posturas éticas sustantivas sobre la vida y la muerte y el respaldo a la objeción de conciencia en el ámbito de la salud. Aunque algunas personas defienden un derecho (limitado) a la objeción de conciencia mientras sostienen posiciones liberales sobre prácticas como el aborto, la eutanasia o la anticoncepción, la mayoría de quienes consideran estas prácticas éticamente inadmisibles –o incluso pecaminosas– apoyan firmemente la objeción de conciencia. Esto incluye a la Iglesia Católica, a académicos provida y a pensadores conservadores. De lo anterior se infiere que separar las creencias sobre la libertad de conciencia de las creencias sobre la moralidad de ciertos procedimientos médicos no es sencillo, y quizá ni siquiera del todo posible.

El riesgo de este enfoque es que los argumentos a favor de la libertad de conciencia suelen funcionar como una vía indirecta para promover determinadas posturas éticas sobre el aborto, el final de la vida, la anticoncepción y otros procedimientos controvertidos. Dado que muchas de estas prácticas han sido legalizadas y aceptadas en diversas sociedades, la estrategia principal ha pasado de oponerse a su legalización a oponerse a su normalización en la atención médica. La libertad de los profesionales para negarse a brindar estos servicios puede dificultar que tales prácticas se integren plenamente en el sistema de salud y, como veremos, con frecuencia impide que los pacientes accedan a la atención que necesitan y a la que tienen derecho legalmente.

Las actuales campañas globales a favor de la objeción de conciencia pueden interpretarse, en muchos casos, como una reacción de ciertos activistas ante la derrota frente al parlamento, la opinión pública o los tribunales en temas que consideran fundamentales. Esto es, en parte, consecuencia de la progresiva –aunque lenta– secularización de muchas sociedades. Su estrategia, irónicamente, ha sido apelar a sensibilidades liberales, reclamando el estatus de minoría y solicitando protección frente a políticas y leyes que contradicen sus convicciones tradicionales (Siegel y NeJaime, 2015). En consecuencia, la apelación a la objeción de conciencia se ha vuelto menos previsible y abarca ahora a un espectro más amplio de personas. No sorprende, entonces, que dichos debates en el ámbito sanitario hayan adquirido prominencia global en los últimos años, motivo por el cual algunos advierten sobre “el creciente abuso de la objeción de conciencia” (Cook y Dickens, 2006).

Uno de los factores que contribuyen al uso –y abuso– de la objeción de conciencia en la atención médica es la falta de un escrutinio ético riguroso durante la formación de los futuros profesionales de la salud (Giubilini, Milnes, y Savulescu, 2016). Tradicionalmente, las facultades de ciencias de la salud han abordado la temática de manera tangencial, informando a los estudiantes, en términos generales, sobre los posibles conflictos entre las obligaciones profesionales y

las creencias personales profundamente arraigadas (Wicclair, 2000). Se advertía sobre las amenazas a su integridad moral, sugiriendo que, de no respetarse su conciencia, podrían sufrir un daño ético grave e irreversible. Con frecuencia se aludía a la objeción de conciencia de los pacifistas al servicio militar obligatorio, así como el respaldo a su causa en documentos internacionales de derechos humanos (Tribunal Europeo de Derechos Humanos, 2019). En efecto, la analogía con la objeción al servicio militar constituye la base más común sobre la que se construyen los argumentos en favor de la objeción de conciencia en el ámbito público (Bird, 2009). Sin embargo, como argumentaremos en este libro, existe una diferencia fundamental entre quienes son obligados a incorporarse a filas y quienes eligen voluntariamente ejercer una profesión dentro del sistema de salud.

Ahora bien, un aspecto especialmente relevante del panorama actual es el siguiente: la figura del profesional de la salud solitario y conflictuado, que lucha por ser fiel a su conciencia en el ejercicio de su vocación, ya no refleja fielmente la realidad. Por supuesto, existen profesionales que abrigan conflictos genuinos. Sin embargo, hay evidencia que indica que la objeción de conciencia se invoca con frecuencia como una justificación para rehusarse a brindar ciertos servicios por razones ajenas a la ética, incluidos motivos tan mundanos como el descontento con las tarifas asociadas a determinados procedimientos (Grant, 2017).

¿Por qué ahora?

Es razonable preguntarse por qué en los últimos años los casos de objeción de conciencia en contextos profesionales –no solo en el ámbito de la salud– han comenzado a llegar a tribunales nacionales e internacionales de derechos humanos, considerando que la Declaración Universal de los Derechos Humanos data de 1948. Una de las razones es que, en tiempos recientes, se han incorporado más procedimientos y servicios al conjunto de prestaciones que la sociedad

espera de la profesión médica, más allá del aborto. Como resultado, un mayor número de pacientes –no solo mujeres embarazadas– se ha visto afectado por la negativa de profesionales a proporcionar ciertos servicios. Otra razón vinculada a la anterior es la expansión global, lenta pero constante, de las llamadas guerras culturales originadas en Estados Unidos (NeJaime y Siegel, 2018). Hace años, grupos evangélicos conservadores comenzaron a vincular directamente la libertad religiosa con un supuesto derecho absoluto a la objeción de conciencia. Temiendo que no podrían revertir el fallo histórico de la Corte Suprema en *Roe v. Wade* (Inglefinger, 2018), que despenalizó el aborto, estos grupos impulsaron –y en muchos casos redactaron– legislación estatal para promover la objeción de conciencia (NeJaime y Siegel, 2018).

Un ejemplo destacado, analizado por los profesores de derecho de Yale, Douglas NeJaime y Reva B. Siegel, es el grupo Americans United for Life (AUL), que consiguió redactar un modelo de legislación para consagrar el derecho a la conciencia en las leyes estatales de EE. UU. (NeJaime y Siegel, 2018). El objetivo, apenas disimulado, era limitar el acceso legal al aborto. En efecto, AUL puede atribuirse la autoría de la ley de negativa a la atención del estado de Misisipi, que protege explícitamente a profesionales e instituciones que se oponen al aborto.

Paralelamente, existen esfuerzos transnacionales con considerable financiamiento que apuntan tanto a legislaturas nacionales como a declaraciones y convenciones supranacionales. La propia Organización Mundial de la Salud, en su *Guía de Atención al Aborto*, advierte que “la objeción de conciencia sigue siendo una barrera para el acceso a una atención de aborto de calidad” (Organización Mundial de la Salud, 2022). ¿Cuáles son las consecuencias de esto? Incluso cuando los defensores de la objeción de conciencia sostienen que su objetivo principal es proteger la integridad moral de los profesionales que se oponen al aborto –sin intención de interferir con la prestación efectiva del servicio–, sus efectos pueden ser perjudiciales para los pacientes.

A pesar de la reciente despenalización del aborto mediante procesos legislativos, judiciales o plebiscitarios –como en Uruguay y Argentina, donde se ha legalizado en determinadas circunstancias, o en Canadá, donde no existen restricciones legales al respecto–, numerosas legislaturas han promulgado normativas que amparan el derecho de los profesionales de la salud a negarse a participar en procedimientos abortivos, las cuales suelen traducirse en una obstrucción efectiva del acceso a dichos servicios, especialmente cuando la mayoría de los proveedores potenciales se encuentran amparados por estas exenciones.

El caso de Italia ilustra de forma elocuente este fenómeno. En ciudades como Roma, se estima que entre el 81,9 % y el 91,3 % de los ginecólogos se acogen a la objeción de conciencia para no practicar abortos (Chavkin, Swerdlow, y Fifield, 2017). Así, pese a la existencia de un marco jurídico que reconoce el derecho al aborto, en la práctica muchas mujeres –particularmente aquellas que residen fuera de los principales centros urbanos– enfrentan obstáculos considerables para acceder a este servicio.

Los países que permiten la objeción de conciencia difieren notablemente en cuanto al alcance de dicha protección y a las obligaciones que esta impone a quienes la invocan. En Estados Unidos, al momento de redactar este texto, los profesionales no están obligados a justificar su negativa a prestar determinados servicios, aun cuando estos se encuentren dentro de su ámbito profesional. Tampoco tienen el deber de derivar al paciente a otro profesional que sí esté dispuesto a proporcionarlo, ni de informar al paciente sobre sus derechos o sobre las alternativas disponibles.

Cabe destacar que, según informes recientes, “muchas leyes de rechazo de atención médica [en Estados Unidos] permiten que los médicos y enfermeras se nieguen a tratar a un paciente incluso en una situación de emergencia” (NeJaime y Siegel, 2018). Según Avery Kolers, una de las características más preocupantes es la “suposición anarquista de que un profesional no tiene responsabilidades con nadie ni con nada más que con su propia conciencia”, una posición que

califica como “manifiestamente absurda” (Kolers, 2014). No obstante, este enfoque ha sido adoptado en la legislación de numerosos estados en Estados Unidos y ha influido en marcos normativos de otros países.

En muchos países –entre ellos Francia, Polonia, Estados Unidos, Canadá y otros– los tribunales han comenzado recientemente a emitir fallos en casos de objeción de conciencia. En Chile, donde el aborto fue despenalizado bajo tres causales restringidas (riesgo para la vida de la mujer, inviabilidad fetal o embarazo producto de una violación), una legislación específica sobre la objeción de conciencia ha obstaculizado que las mujeres que cumplan con los requisitos puedan ejercer efectivamente este derecho (Montero y Villarroel, 2018).

En Europa también se observan dinámicas similares. NeJaime cita a un representante del Foro Parlamentario Europeo sobre Población y Desarrollo, quien describe así la estrategia típica de estos grupos: “Su estrategia, desplegada tanto a nivel nacional como europeo, se apoya en tres pilares: 1) la protección de la vida (desde la concepción hasta la muerte natural); 2) la defensa de la familia (entendida por ellos como la ‘familia natural’, heterosexual y con el padre como cabeza del hogar); y 3) la libertad religiosa (lo que implica, en la práctica, socavar la legislación en materia de igualdad, a menudo mediante cláusulas de objeción de conciencia y, cuando estas son rechazadas, denunciar una supuesta discriminación)” (NeJaime y Siegel, 2018). Estas organizaciones mantienen una estrecha colaboración con sus contrapartes en Estados Unidos. Por ejemplo, el Centro Europeo para el Derecho y la Justicia –uno de estos grupos activistas– es, en realidad, la rama europea del Centro Americano para el Derecho y la Justicia, fundado por el predicador evangélico Pat Robertson (NeJaime y Siegel, 2018).

La postura de las asociaciones profesionales

En el capítulo 2, examinaremos con mayor detalle la relación entre el profesionalismo y la objeción de conciencia. Pero antes, conviene entender cómo abordan este tema las asociaciones profesionales

–que suelen funcionar como los “sindicatos” de los trabajadores de la salud, aunque rechacen esa denominación–. ¿Se alinean con el derecho del paciente a acceder a la atención médica? ¿Respaldan a los profesionales que buscan que se respete su conciencia? ¿O bien adoptan posturas intermedias, como exigir que quienes objetan realicen derivaciones efectivas?

No existen encuestas exhaustivas que reflejen con precisión el estado de la cuestión a nivel global. Sin embargo, las posturas que aquí se describen parecen estar ampliamente difundidas. El Dr. Jeff Blackmer, director de ética de la Asociación Médica Canadiense, ha sostenido de forma categórica –en nombre de la asociación– que los médicos no están obligados ni a practicar abortos ni a derivar a pacientes a colegas que sí estén dispuestos a realizarlos (Blackmer, 2007). En Canadá, el aborto es un derecho legal para las mujeres y, por lo general, está cubierto por los sistemas provinciales de salud pública, aunque únicamente los médicos se encuentran legalmente habilitados para brindar este tipo de atención. En este contexto, el Dr. Blackmer sostiene que las mujeres embarazadas que deseen acceder a un servicio legal y financiado por el Estado deben, en última instancia, depender de la voluntad individual de los médicos. La Dra. Cindy , expresidenta de la Asociación Médica Canadiense, respalda esta postura respecto a las obligaciones de quienes se acogen a la objeción de conciencia. En una declaración ante un comité parlamentario encargado de examinar posibles marcos legislativos para la asistencia médica para morir, Ford afirmó que incluso exigir a los objetores que deriven a los pacientes a otro profesional dispuesto a prestar dicho servicio resulta irrazonable (Zimonjik, 2016).

La Asociación Médica Británica, en cambio, adopta una postura más matizada. En su opinión, los médicos deberían poder solicitar una exención por objeción de conciencia en casos relacionados con abortos, tratamientos de fertilidad o la retirada de cuidados que sostienen la vida, pero solo cuando haya otro médico disponible que pueda asumir la atención del paciente (Asociación Médica Británica, 2018). A diferencia de su homóloga canadiense, la Asociación Médica

Británica otorga prioridad a los intereses de los pacientes por sobre las demandas de quienes solicitan acogerse a la objeción de conciencia, aunque reconoce cierto valor a las convicciones personales. La organización lo expresa de forma inequívoca: “Cuando surjan conflictos entre los intereses de los pacientes y la libertad de un médico para ejercer una objeción de conciencia o manifestar una creencia, en opinión de la BMA, deben resolverse a favor de los pacientes” (Asociación Médica Británica, 2018).

La Asociación Médica Australiana, por su parte, sostiene que los médicos tienen la obligación de brindar atención en situaciones de emergencia, señalando, no obstante, que fuera de ese contexto, sus miembros no están obligados a proporcionar atención médica a pacientes que cumplan con los requisitos legales. Aun así, parece respaldar el deber de realizar una derivación efectiva, al instar a los médicos objetores a “tomar todas las medidas necesarias para garantizar que no se obstaculice el acceso del paciente a la atención” (Asociación Médica de Estados Unidos, 2019). La Asociación refuerza este principio al subrayar que los profesionales “nunca deben utilizar una objeción de conciencia para obstaculizar intencionalmente el acceso del paciente a la atención” (Asociación Médica de Estados Unidos, 2019).

La Asociación Médica Estadounidense respalda a sus miembros objetores de conciencia, aunque los insta a considerar el impacto de sus decisiones en pacientes y colegas, así como el riesgo de discriminación (Asociación Médica de Estados Unidos, 2019). Más allá de exigir atención en situaciones de emergencia, sus directrices no garantizan un acceso efectivo a servicios profesionales (Schuklenk, 2016). La Asociación sostiene que permitir objeciones individuales preserva la integridad de la profesión médica. Sin embargo, como se analizará en los próximos capítulos al abordar el profesionalismo y la objeción de conciencia, esta posición resulta poco convincente. De hecho, contrasta con la experiencia de países como Suecia y Finlandia, donde la objeción no está permitida, pero se mantienen tanto la calidad de la atención como la integridad profesional.

Comencemos con algunas declaraciones clave de organismos médicos internacionales. La Asociación Médica Mundial (AMM), que reúne a asociaciones médicas nacionales, ha adoptado recientemente medidas para reducir el impacto negativo de las objeciones de conciencia sobre el acceso a la atención médica. Esta organización publica la Declaración de Ginebra, considerada una versión contemporánea del Juramento Hipocrático. Entre otros compromisos, los futuros médicos –a menudo mediante un juramento público al concluir sus estudios– declaran: “Me comprometo solemnemente a dedicar mi vida al servicio de la humanidad”; “la salud y el bienestar de mi paciente serán mi principal preocupación”; y “ejerceré mi profesión con conciencia y dignidad y de acuerdo con la buena práctica médica” (Asociación Mundial de la Salud 1948-2017, Declaración de Ginebra). Esta última cláusula fue añadida por la AMM en 2017, probablemente en respuesta a interpretaciones erróneas de la promesa de actuar “con conciencia y dignidad”, que algunos objetores de conciencia aún invocan para justificar prácticas contrarias a la medicina profesional. Que la conciencia deba alinearse con la buena práctica médica sugiere que se trata de una conciencia profesional, no de convicciones morales personales. En el ámbito clínico, la conciencia no exime de las obligaciones profesionales; más bien, implica cumplirlas, incluso cuando ello suponga un conflicto personal. Por tanto, negarse a brindar una atención médicamente aceptada por motivos de conciencia equivale a vulnerar tanto la Declaración de Ginebra como el juramento profesional asumido al graduarse.

Los juramentos médicos y compromisos similares han sido criticados por estar desactualizados, carecer de autoridad moral o no ofrecer una guía ética suficiente, al punto de proponerse su reemplazo por marcos más pertinentes. En esta línea, Robert Veatch sostiene que las normas éticas de la profesión deberían basarse en principios de moral común, externos al ámbito médico, y considera que la Declaración Universal sobre Bioética y Derechos Humanos de 2005 refleja mejor esos principios como marco para la relación entre profesionales de la salud y pacientes (Veatch, 2012). No adoptamos una

postura frente a este debate. Nos limitamos a señalar que, incluso si tales críticas fueran legítimas, no afectan el núcleo de nuestro argumento: los profesionales están obligados a respetar el juramento o compromiso ético que asumen al ingresar a la profesión, así como cualquier modificación razonable que este pudiera incorporar.

Thomas Cavanaugh, defensor del derecho a la objeción de conciencia, señala en su análisis histórico de los juramentos médicos que, etimológicamente, *profesión* implica hacer una declaración pública: *pro-* significa “delante de” y *-fesión* proviene del latín *fateri*, “declarar”. Así, por definición, un profesional es quien declara pública y solemnemente sus creencias y compromisos (Cavanaugh, 2017). Cavanaugh expone siete razones por las cuales los profesionales de la salud deben prestar juramento: primero, porque la medicina aborda cuestiones vitales, como nuestra vulnerabilidad a la enfermedad, de manera similar a los juramentos en otros ámbitos (como el matrimonio o cargos religiosos); segundo, porque un juramento público refleja la deliberación consciente de quien elige la profesión; tercero, porque su carácter público refuerza el compromiso asumido; cuarto, porque define los límites de la responsabilidad profesional; quinto, porque al orientar los fines de la práctica, promueve su desarrollo; sexto, porque ofrece un marco para explicar y justificar la conducta profesional; y séptimo, porque expresa la autonomía de la profesión (Cavanaugh, 2017).

La Federación Internacional de Ginecología y Obstetricia (FIGO), que agrupa asociaciones nacionales de especialistas en la materia, subraya que “el deber principal de los obstetras-ginecólogos (...) es, en todo momento, atender, beneficiar y prevenir daños a los pacientes. Cualquier objeción de conciencia a tratar a un paciente es secundaria respecto a este deber primordial” (Federación Internacional de Ginecólogos y Obstetras, 2015). Es precisamente este principio el que postulamos como “conciencia profesional”. En cuanto a la atención del aborto, FIGO ratifica la obligación de derivar eficazmente a los pacientes. Según la organización, los médicos objetores de conciencia deben “remitir a la mujer (que solicita un aborto) a un colega que

no se oponga a interrumpir el embarazo”. En situaciones de emergencia, para preservar la vida o la salud física o mental, los profesionales deben proporcionar la atención médica indicada, de acuerdo con la elección del paciente, independientemente de sus objeciones personales.

De acuerdo con lo expuesto hasta aquí, a nivel internacional muchas asociaciones médicas buscan limitar la objeción de conciencia, subrayando que el bienestar del paciente debe prevalecer sobre las demandas de conciencia de los médicos. Como argumentaremos en este libro, existen razones fundadas para ello. Desde una perspectiva conceptual, el profesionalismo médico y la aceptación de la objeción de conciencia son incompatibles, como analizaremos en el capítulo 2.

Sistemas sanitarios sin objeción de conciencia

Quienes defienden la objeción de conciencia suelen poner de relieve las consecuencias indeseables de una política que niegue esta posibilidad en la profesión médica. Para los fines de este capítulo, es crucial determinar si sería posible ofrecer atención médica de alta calidad en un sistema de salud donde los profesionales no pudieran objetar por razones de conciencia. Algunos países, aunque pocos, cuentan con marcos regulatorios que no avalan este derecho, por ejemplo, Suecia. Christian Munthe, médico sueco experto en bioética, sostiene que esta postura se funda en convicciones sobre la importancia de los servicios públicos y los deberes cívicos, así como en ideales de estado de derecho, igualdad y no discriminación (Munthe, 2017). Otros países con enfoques similares incluyen Finlandia e Islandia.

En la práctica, esto implica que, en los países mencionados, los médicos especializados en salud reproductiva –como obstetras y ginecólogos– reciben formación obligatoria en atención al aborto. Christian Fiala y sus colegas sostienen que esta política beneficia a todas las partes involucradas (Fiala, Gemzell Danielsson, et al., 2016):

Para las mujeres: Asegura que cualquier obstetra/ginecólogo pueda realizar abortos conforme a la ley, garantizando un acceso ágil y libre de juicios.

Para los colegas: La carga laboral se reparte equitativamente, sin que nadie eluda responsabilidades ni sea juzgado por brindar este tipo de atención.

Para los objetores: Se les informa con antelación sobre la incompatibilidad entre sus creencias y los deberes de la especialidad, lo que les permite optar tempranamente por otra área de ser necesario.

Para la sociedad: La objeción de conciencia no genera efectos adversos ni requiere regulación, ya que no afecta a las mujeres ni al personal de salud.

No obstante, la regulación sueca puede acarrear ciertas consecuencias, como advierte Munthe. En el marco del debate actual en Suecia sobre la despenalización de la asistencia médica para morir, las asociaciones médicas han manifestado su disconformidad, especialmente ante el temor de que se les exija prestar dicho servicio. En términos generales, la inquietud reside en que podría dificultarse la incorporación de nuevos servicios médicos –particularmente aquellos que resultan deseables pero controvertidos– si los profesionales saben que todos los miembros de una especialidad determinada se verán obligados a ofrecerlos.

Resumen del argumento

Sobre la base de lo expuesto aquí, desarrollaremos en el resto del libro los argumentos que refutan la objeción de conciencia en la atención médica. Sostenemos que dicha objeción entra en conflicto con las responsabilidades profesionales, las cuales deben prevalecer sobre las convicciones morales personales. Permitir negativas por motivos de conciencia conduce a una atención médica subóptima y a condiciones laborales injustas. En las sociedades liberales y

seculares, la calidad del cuidado médico y la equidad en el trabajo deben tener prioridad sobre la libertad de conciencia.

En el capítulo 1, ofreceremos una visión general de algunos conceptos clave para este debate: conciencia, libertad de conciencia, objeción de conciencia y los desafíos particulares que esta plantea en el ámbito de la atención médica. En el capítulo 2, expondremos nuestro argumento contra el derecho a objetar por conciencia en la prestación de servicios de salud, centrándonos, en particular, en la noción de profesionalismo y en los estándares éticos y profesionales que razonablemente se espera que cumplan quienes ejercen la medicina. Luego, en el capítulo 3, examinaremos y refutaremos lo que consideramos los argumentos más sólidos y difundidos a favor de la objeción de conciencia en este contexto. Finalmente, en el capítulo 4, aplicaremos nuestro enfoque a algunos de los casos “típicos” –como el aborto o la asistencia médica para morir–, así como a ciertos “casos difíciles” que ya hemos mencionado en esta introducción. Analizaremos también el concepto de prestación consciente de atención médica (en contraste con la negativa a prestar atención), especialmente a la luz de la anulación del fallo *Roe vs. Wade* en Estados Unidos.

Creemos que nuestros argumentos en contra de la objeción de conciencia son más sólidos que los argumentos a su favor, aun cuando ello implique, en algunos casos, “aceptar las consecuencias” y respaldar conclusiones que muchos podrían considerar contrainstitivas. Elaborar una argumentación integral sobre cuestiones éticas complejas rara vez permite evitar conclusiones incómodas. No obstante, esta dificultad no es exclusiva de nuestra posición: también la enfrentan quienes sostienen puntos de vista opuestos, por lo que difícilmente puede emplearse para desacreditar nuestros planteos. La ética, cuando se ejerce con rigor, suele exigir el cuestionamiento de intuiciones arraigadas o verdades asumidas. La objeción de conciencia en la atención médica no constituye una excepción.

Capítulo 1

Conciencia, libertad de conciencia y objeción de conciencia

Imaginemos el siguiente caso: una persona entra en un restaurante y ordena un filete que figura en el menú; sin embargo, el mesero le informa que no puede servirle carne. Intrigada, la persona pregunta si el restaurante se ha quedado sin filetes, a lo que el mesero responde que, en realidad, hay una gran cantidad en la cocina, pero que él simplemente no puede tomar una orden que incluya carne. A continuación, declara que es un vegano profundamente convencido, preocupado por el sufrimiento animal y guiado por una conciencia ética. Aunque no pretende predicar al cliente ni juzgarlo abiertamente por su decisión –aunque tal vez consideraría deseable que su actitud provoque alguna reflexión–, decide mantenerse fiel a sus principios y preservar su integridad vegana. Impaciente, el cliente piensa que, si bien las creencias morales personales merecen respeto, el mesero debería cumplir con su trabajo. ¿Por qué eligió entonces trabajar en un restaurante que sirve carne si se siente incómodo al respecto? ¿Y por qué un restaurante con carne en su menú lo contrató?

Dispuesto a evitar una discusión, el cliente solicita que otro mesero tome su orden. Sin embargo, se le informa que tampoco esa es una opción. El mesero se niega a involucrar a otra persona en un acto que, según su criterio, sería inmoral y atentaría contra su conciencia. Después de todo –reflexiona–, si alguien pidiera que uno asesinara a un inocente, redirigir esa petición a alguien más, por el solo hecho de que lo hace habitualmente, no exime de la responsabilidad moral del acto. El mismo principio –supone él– se aplica al consumo

de carne: causar sufrimiento y muerte a animales por el placer trivial de disfrutar un filete es, moralmente, tan condenable como un asesinato. Por lo tanto, si el cliente desea comer un filete, debería levantarse y buscar a otro mesero por su cuenta, ir a otro restaurante o, simplemente, renunciar a la idea. En cualquier caso, concluye el mesero, ese no es su problema, sino del cliente.

Algo desconcertada y molesta, la persona en cuestión relata la historia a sus amigos. Algunos de ellos expresan respeto e incluso admiración por el mesero, quien se mantuvo firme en sus valores morales fundamentales. Tal vez, opinan, había algo más valioso en juego que el simple deseo de comer carne. O quizá esa interpretación sea solo una forma de dar sentido a lo sucedido, apelando a un concepto altisonante como el de la conciencia.

Quizás, precisamente por lo difícil que resulta definir con exactitud qué es la conciencia, los argumentos que se basan en ella suelen recibir una deferencia casi automática: la noción de conciencia parece resonar con una dimensión fundamental de lo que somos, tal vez vinculada a nuestro sentido de la integridad moral (Childress, 1979). En cierto modo, no podemos responder plenamente a la pregunta de quiénes somos sin aludir a nuestras creencias morales más profundas. Por eso, cuando respetamos las convicciones sinceras de alguien, lo que en realidad estamos haciendo es respetar a esa persona en su individualidad más esencial.

Cuando se pregunta qué rasgo identifica a alguien como una persona en particular, o si, por ejemplo, alguien sigue siendo la misma persona después de sufrir un daño cerebral grave, las respuestas suelen señalar ciertas creencias morales fundamentales como un componente esencial –si no el más esencial– de la identidad personal (Strohminger y Nichols, 2015). Sin embargo, esto tal vez no explique con claridad la conexión real entre la conciencia y la identidad individual. Es posible que sobreestimemos el papel que desempeña la conciencia en lo que nos define como personas. Al fin y al cabo, alguien podría cambiar de forma radical sus creencias religiosas, morales o políticas sin dejar de ser la misma persona. De hecho,

resultaría absurdo pensar que cualquier transformación profunda en la visión del mundo implicara, por sí sola, una pérdida de identidad (Schuklenk, 2000). Aun así, este tipo de opiniones revela la importancia que muchos de nosotros –con razón o sin ella– atribuimos a la conciencia como un rasgo definitorio de la identidad. Tal vez sea esta forma de entender la conciencia la que explique la reacción de los amigos ante la negativa del mesero vegano a servir carne al comensal de nuestra hipotética historia.

Las creencias morales fundamentales con las que una persona se identifica forman una parte central de lo que muchos entienden por “conciencia”, y suelen ser la base sobre la que se defiende el derecho a la objeción de conciencia en el ámbito de la salud. De hecho, el valor de la “integridad” personal –y su papel en la configuración de la identidad individual– es uno de los argumentos que se invocan comúnmente para justificar dicho derecho (Sulmasy, 2008). El tipo de respeto que está en juego aquí es similar al que aparece en el ejemplo del mesero: no depende del contenido específico de las creencias morales involucradas. Como lo expresó Mark Wicclair: “Al igual que el coraje y la honestidad, la admiración y el respeto por la integridad moral son, al menos en parte, independientes de una evaluación de fines y consecuencias” (Wicclair, 2011).

La acomodación de la objeción de conciencia en el ámbito de la salud no es un derecho humano

Tal vez sea también por este carácter fundamental y definitorio de la conciencia que la libertad de conciencia se encuentra consagrada en el artículo 18 de la Declaración Universal de los Derechos Humanos –es decir, aquellos que se consideran inherentes a toda persona por el simple hecho de ser humana, con anterioridad e independencia de cualquier norma jurídica o convención social que los codifique–. En general, los derechos humanos se formulan en términos amplios, lo que deja un margen de discreción para su aplicación en casos

concretos. Sin embargo, es importante subrayar que la vulneración de los derechos humanos resulta éticamente más difícil de justificar que la de otros tipos de derechos, y esta dificultad no depende de los marcos jurídicos existentes ni de normas positivas. De hecho, ocurre más bien lo contrario: la noción de “derechos humanos” implica que las leyes y normas deben presuponer su validez y ofrecerles la mayor protección posible. Ahora bien, esto no significa que se trate de derechos absolutos, inmunes a toda restricción. Los marcos legales deben, inevitablemente, equilibrar diversos tipos de consideraciones, y no pueden simplemente otorgar protección legal a cualquier derecho humano sin atender a las circunstancias particulares de cada caso.

Existen, por otro lado, otro tipo de derechos –más específicos y mejor definidos que el concepto amplio de los derechos humanos– que surgen de acuerdos humanos sobre cómo gestionar las relaciones y transacciones de forma justa y respetuosa. Incluso cuando se apoyan en algún derecho humano más general o fundamental, este tipo de derechos tiene en cuenta las particularidades de cada contexto y la necesidad de equilibrar los derechos de los demás con los propios deberes en ese marco específico. El derecho a la objeción de conciencia, cuando existe, es un ejemplo claro de este tipo de casos, pero no constituye por sí mismo un derecho humano absoluto. Un ejemplo común es el derecho a objetar al servicio militar, basado en el derecho humano a la libertad de conciencia. Sin embargo, en el contexto militar, dicho derecho no se aplica de manera incondicional, sino que se encuentra sujeto a ciertas condiciones, ya que los marcos jurídicos y las normas positivas deben adaptarse a otros derechos, necesidades y valores éticos. Normalmente, cuando existe el servicio militar obligatorio, el derecho a objetar está supeditado a que la persona realice un servicio alternativo de valor social, con el fin de equilibrar estos derechos y valores en conflicto. Así, la libertad de conciencia se ajusta al deber de contribuir de manera justa a la sociedad. Incluso cuando el enrolamiento es voluntario y se puede optar libremente por no enlistarse o retirarse del servicio en cualquier

momento, no se permite la objeción selectiva a guerras específicas. De manera similar, en el ámbito de la atención sanitaria, el derecho a retirarse de actividades que se consideren inmorales se debe equilibrar con el deber de cumplir con los requisitos profesionales mientras se ejerza la profesión.

Así, incluso si existiera en el ámbito de la atención sanitaria, sería un error asumir que la objeción de conciencia frente a exigencias profesionales constituye una aplicación directa e incondicional de un derecho humano como la libertad de conciencia. Este último no se traduce automáticamente en un derecho a la objeción de conciencia, ni es suficiente por sí solo para fundamentarlo (Strohm, 2011). Los contextos específicos cuentan con sus propias normas éticas, jurídicas y profesionales que deben equilibrarse con la libertad de conciencia. De hecho, muchos defensores del derecho a la objeción de conciencia en el ámbito sanitario no lo consideran absoluto; sin embargo, las restricciones que suelen proponer permiten un uso bastante amplio, aspecto que analizaremos en el capítulo 3.

La posibilidad de derivar ciertos derechos más específicos a partir de derechos humanos fundamentales –como la libertad de conciencia– depende del equilibrio de distintos valores y consideraciones en juego. En particular, el término “objeción” de conciencia implica la existencia de algún tipo de norma –ya sea una obligación legal, una expectativa social, una norma profesional, etc.– frente a la cual se solicita una exención. Desde un punto de vista ético, la cuestión clave es si las razones que justifican dicha norma son superadas por un recurso a la libertad de conciencia (como derecho humano) cuando un profesional presenta una objeción. En este libro sostenemos que no es así; es decir, que las normas profesionales y los marcos legales existentes constituyen razones suficientemente sólidas para no aceptar, en general, la objeción de conciencia en el ámbito sanitario, salvo en contadas excepciones.

La noción de derecho humano pierde gran parte de su sentido y utilidad si se extiende indiscriminadamente a una cantidad excesiva de reivindicaciones. Por ejemplo, una docente podría negarse a

enseñar la teoría de la evolución basándose en sus creencias religiosas de que Dios creó el universo en seis días. Invocar un supuesto “derecho humano” a la libertad de conciencia en contextos como la educación o la atención sanitaria puede generar un punto muerto cuando entra en conflicto con otros derechos, incluidos derechos humanos como el acceso a una atención sanitaria adecuada (artículo 25 de la Declaración Universal de Derechos Humanos) o a una educación de calidad (artículo 26). Dirimir este tipo de conflictos exige apelar a otras consideraciones. En este libro sostenemos que, en el ámbito sanitario, el profesionalismo es la clave para resolver adecuadamente los conflictos derivados de objeciones de conciencia por parte del personal de salud.

Es importante destacar que, incluso cuando la conciencia o la libertad individual no entran en conflicto directo con las de otras personas, pueden surgir tensiones con otros principios igualmente relevantes. A menudo, la libertad de conciencia choca con exigencias de justicia. Por ejemplo, para respetar tanto la objeción de una docente que se niega a enseñar evolución como la de una médica que se rehúsa a practicar abortos, sin vulnerar el derecho del alumnado a una educación adecuada o el de una mujer a recibir atención sanitaria, podría optarse por que otro profesional asuma esas funciones. No obstante, esto implicaría recursos adicionales y una carga extra para ciertos individuos. Así, podrían verse comprometidos tanto el principio de equidad en la distribución de recursos y responsabilidades como el artículo 23 de la Declaración Universal de Derechos Humanos, que garantiza “igual remuneración por trabajo de igual valor”.

Si bien la conciencia y la integridad moral constituyen dimensiones centrales del sentido de identidad personal, y derechos fundamentales, otras consideraciones también son relevantes y, en ocasiones, pueden tener mayor peso. ¿Cómo determinar, entonces, la relevancia moral y jurídica de la libertad de conciencia, cuando los conflictos que la involucran surgen en contextos tan diversos como la atención en restaurantes, la provisión de servicios de salud o el ámbito educativo? Este libro se centra precisamente en esa pregunta.

El punto de partida consiste en esclarecer qué entendemos por libertad de conciencia: ¿qué es exactamente aquello que merece respeto, y qué significa esa “conciencia” a la que tantas veces se apela?

¿Qué entendemos por conciencia y cuál es su función dentro del ámbito de la razón pública?

La conciencia suele concebirse, ante todo, como una convicción interna profundamente arraigada. Desde una perspectiva filosófica, se trata de una instancia opaca en cuanto a su justificación: no siempre proporciona razones accesibles ni compartibles. Por ello, las apelaciones a la conciencia tienden a clausurar, más que a iniciar, los debates morales, en la medida en que se presentan como razón suficiente para exigir respeto a las propias decisiones. Así, por ejemplo, el hipotético mesero de la escena inicial no creyó necesario justificar moralmente su negativa a servir carne; bastaba, para él, con tratarse de una cuestión de conciencia personal.

La conciencia implica una adhesión profunda a determinadas creencias y sentimientos morales en relación con la propia conducta. Aunque forman parte de la experiencia subjetiva y pueden no manifestarse en la acción, entendemos que las creencias, emociones y comportamientos están estrechamente vinculados: impedir que una persona actúe conforme a su conciencia constituye una forma de restricción, aunque no necesariamente una vulneración de la libertad de conciencia, en los términos del artículo 30 de la Declaración Universal de los Derechos Humanos. Resulta crucial, en este sentido, distinguir entre la *libertad de conciencia* y la *libertad de actuar conforme a la conciencia*, ya que el respeto por la primera no exige automáticamente la validación de la segunda. Volviendo al caso del mesero, existen razones fundadas para respetar su conciencia vegana –por ejemplo, evitando el menosprecio o garantizando su derecho a expresar sus convicciones en contextos adecuados–, pero no es evidente que ello justifique su negativa a servir carne. En determinadas circunstancias,

principios como el cumplimiento de obligaciones contractuales o el compromiso profesional pueden tener un peso moral superior y justificar límites legítimos a la actuación guiada por la conciencia.

A lo largo de la historia de la filosofía, la religión y la psicología, la conciencia ha sido objeto de múltiples interpretaciones (Sorabji, 2014). En sus orígenes griegos y romanos, el concepto tenía un carácter marcadamente secular: no era necesario creer en un dios ni en lo divino para ser considerado una persona con conciencia. Aunque hoy esta afirmación pueda parecer trivial, no siempre fue así. Durante siglos, el cristianismo –en particular el protestantismo reformado y el catolicismo (Strohm, 2011)– reclamó una suerte de cuasimonopolio sobre la conciencia, asociándola estrechamente con la piedad y la obediencia a normas religiosas. Incluso en la actualidad, cuando se apela a la objeción de conciencia en ámbitos como el sanitario, suele asumirse que se trata de objeciones de raíz religiosa, como en el caso de profesionales católicos que rechazan prácticas como el aborto.

Desde el siglo XVIII, la noción de conciencia ha sido reincorporada al ámbito filosófico y psicológico secular, entendida ahora como una dimensión de la moralidad subjetiva. En la modernidad, se acepta ampliamente que no es necesario ser religioso para actuar conforme a la moral. Aunque pocos cuestionarían que tanto creyentes como no creyentes poseen conciencia, esta distinción suele soslayarse en los debates sobre objeción de conciencia en el ámbito sanitario, donde la cuestión se enmarca con frecuencia como un asunto de “libertad religiosa” (Sulmasy, 2017). Este enfoque resulta limitado y puede derivar en formas de discriminación, al privilegiar únicamente aquellas posturas que coinciden con doctrinas religiosas tradicionales —por ejemplo, permitiendo exclusivamente la objeción de conciencia frente al aborto temprano (Leiter, 2014). Quienes sostienen que ciertas objeciones merecen reconocimiento –como la negativa a practicar abortos– pero no otras –como la oposición a la vacunación– deberían ofrecer una justificación secular y coherente para esa distinción; de lo contrario, estarían convirtiendo una demanda de libertad religiosa en una forma encubierta de privilegio religioso.

Este aspecto secular de la conciencia y de la libertad de conciencia es más evidente en las perspectivas según las cuales la conciencia tiene que ver ya sea con la actitud de uno hacia sus creencias morales o con una facultad para adquirir conocimiento moral. En cuanto a la primera interpretación –la conciencia como una actitud– fue Immanuel Kant quien concibió la conciencia como un juez interno que nos castiga mediante sentimientos de culpa cada vez que nos damos cuenta de que no actuamos moralmente (Kant, 1991). Sigmund Freud, por su parte, ubicó célebremente la conciencia en el Superyó, como la fuente del sentimiento de culpa que se forma a través de la crianza y el entorno social (Freud, 2000). En la tradición estoica, se entendía la conciencia como la imagen que formamos en nuestra mente de una persona en quien particularmente confiamos o a quien admiramos, y que juzga nuestra conducta (Sorajbi, 2014). Para Adam Smith la conciencia era un “espectador imparcial” que supervisa y evalúa nuestro comportamiento, una facultad que genera un sentimiento de aprobación o desaprobación hacia uno mismo (Smith, 1976; Raphael, 2007). Todas estas definiciones de conciencia son consistentes con la que ha formulado Daniel Sulmasy: “un compromiso de sostener las creencias morales más profundas y definitivas de uno mismo” (Sulmasy, 2017).

Desde otras perspectivas, la conciencia ha sido concebida como la fuente misma del conocimiento moral. Jean-Jacques Rousseau, en *Emilio o De la educación*, la describía como un sentido innato de justicia que debe ser cultivado y corregido mediante una adecuada formación (Rousseau, 1921). David Hume, por su parte, la entendía como un “sentido moral”, es decir, un sentimiento que nos permite percibir lo correcto y lo incorrecto (Hume, 1738-1740). Incluso en tradiciones que sostienen que la conciencia permite acceder a una fuente externa de conocimiento –como Dios, en el cristianismo–, esta conserva una función introspectiva. Para los cristianos, la conciencia no ofrece un acceso directo a la ley divina, sino mediado: las leyes de Dios estarían inscritas en el interior de cada persona, y la conciencia no haría más que permitirnos oír un eco de esa voz interior

(Ratzinger, 1991). Al no tener acceso pleno y directo a lo divino, la conciencia se considera falible y susceptible de error (Butler, 1726). Así, Santo Tomás de Aquino la concebía como la facultad que aplica principios morales generales a situaciones concretas, por lo que puede equivocarse al emitir juicios en la vida cotidiana (Aquino, 1998; D’Arcy, 1961). Ciertamente, la defensa de la objeción de conciencia en el ámbito sanitario por parte de la Iglesia católica no parte de la premisa de que oponerse al aborto pueda ser un error. La existencia de autoridades externas, como la propia Iglesia o el papa –considerado “infalible” en cuestiones doctrinales–, cumple precisamente la función de orientar las conciencias falibles hacia la verdad. Desde esta perspectiva, el aborto constituye un pecado mortal por mandato doctrinal, no por una cuestión de conciencia.

Nos hemos detenido especialmente en la tradición cristiana porque, dentro de ella, y en particular en el catolicismo, se observa una defensa activa del reconocimiento legal de la objeción de conciencia, especialmente respecto de prácticas como el aborto (Juan Pablo II, 1995). No obstante, conviene subrayar que la Iglesia no suele apoyar a profesionales que, amparados en sus propias convicciones sobre los derechos del paciente, desean practicar abortos o la eutanasia en contextos donde existen restricciones legales. Su respaldo a la objeción de conciencia se circunscribe, en la práctica, a quienes se niegan a realizar intervenciones que ella misma condena. En términos más generales, la religión constituye un factor clave en el apoyo a las cláusulas de conciencia en la legislación sanitaria, lo cual demuestra una correlación significativa entre la adscripción religiosa y la defensa de la objeción de conciencia en este ámbito (Toro-Flores et al., 2019). Sin embargo, el recurso a la conciencia individual suele producirse únicamente cuando esta coincide con determinadas posiciones sustantivas –como la oposición al aborto–, lo cual sugiere que no es la conciencia como tal lo que se valora, sino el contenido específico de las creencias que se pretende proteger.

Sería de esperar que las instituciones de salud que reclaman el derecho a la objeción de conciencia para sí mismas hicieran todo

lo posible por proteger también a los profesionales que objetan en conciencia. Sin embargo, esto no siempre ocurre. Las instituciones religiosas insisten en la importancia de respetar la objeción de conciencia, ya que ellas mismas demandan ese derecho. No obstante, a menudo se niegan a respetar las decisiones de conciencia de su propio personal cuando estos desean brindar servicios médicos controvertidos a los cuales los pacientes tienen derecho por ley o conforme a los estándares profesionales. El apoyo a la objeción de conciencia parece depender exclusivamente de la naturaleza de lo que los profesionales objetan; cuando se oponen a las políticas institucionales de su empleador, rara vez reciben respaldo. Un claro ejemplo es el caso de la doctora Barbara Morris, geriatra con cuarenta años de experiencia, quien planeaba asistir a su paciente, Cornelius Mahone, a morir en su casa. Mahone padecía cáncer terminal y cumplía con los requisitos legales en Colorado para recibir asistencia médica para morir, avalados por la Ley de Opciones al Final de la Vida, aprobada en 2016 con el apoyo del 65 % del electorado. La Dra. Morris trabajaba en Centura Health Corporation, un hospital gestionado conjuntamente por la Iglesia Católica y la Iglesia Adventista del Séptimo Día (Aleccia, 2019). A pesar de la legalidad de su acción, el hospital la despidió sin miramientos. En el plano normativo, el caso de la Dra. Morris dio lugar a un proceso judicial centrado en una cuestión clave: ¿puede un hospital con afiliación religiosa limitar o condicionar el juicio profesional independiente de un médico en el ejercicio de la medicina? (Pampuro, 2019). La respuesta varía según la jurisdicción, tanto desde el punto de vista judicial como legislativo.

No obstante, incluso si se considera que el aborto o la eutanasia son inmorales de forma irrefutable, la defensa del derecho a la objeción de conciencia, en cuanto tal, no puede fundamentarse en juicios morales sobre dichos procedimientos. Aun en el caso de que se estableciera de manera concluyente que el aborto es inmoral, ello no justificaría, por sí solo, un derecho a negarse a realizarlo por razones de conciencia. Tal conclusión podría ser fundamento para prohibirlo legalmente o para considerarlo incompatible con la ética

profesional, o bien para invocar principios como la protección de la vida humana. Sin embargo, la objeción de conciencia en el ámbito sanitario suele defenderse apelando al valor de la conciencia y a la libertad de conciencia, más que a la moralidad sustantiva del acto en cuestión. Del mismo modo, al debatir los límites de dicha libertad, no corresponde argumentar sobre la permisibilidad moral del aborto para rechazar el derecho a objetar.

En la práctica, separar esta cuestión de la objeción moral puede resultar más complejo de lo que parece en teoría. Quienes mantienen convicciones éticas profundas sobre ciertas prácticas –como el aborto– suelen también defender el derecho a no participar en ellas. Sin embargo, para sostener la objeción de conciencia en el ámbito sanitario, es necesario apelar al valor general de la libertad de conciencia, no a valoraciones morales particulares. La libertad de conciencia, ampliamente reconocida y fundamental en sociedades liberales, trasciende posturas específicas sobre el aborto u otros procedimientos controvertidos. No obstante, si la motivación principal es una creencia moral concreta –como la oposición religiosa al aborto–, puede resultar difícil mantener el argumento en términos puramente liberales. En última instancia, quienes defienden el derecho a la objeción de conciencia deben enmarcar el debate dentro del concepto rawlsiano de “razón pública”: los argumentos deben ser comprensibles y aceptables para personas razonables, con independencia de sus creencias religiosas o visiones del mundo, por ejemplo, aquellas que consideran el aborto inadmisibles por razones metafísicas como la “ensoulment” del feto.

El principio de respeto a la libertad de conciencia, por supuesto, forma parte del ámbito de la razón pública, pero también otros valores y principios que deben ser ponderados frente a él, como los derechos de los pacientes y las obligaciones profesionales. Al evaluar estas tensiones, es crucial recordar que el valor ético del respeto a la conciencia no radica en el contenido específico de las creencias –por ejemplo, en juicios sobre la moralidad del aborto–, sino en la integridad del agente moral. Como sugiere la breve caracterización

ofrecida aquí, diversas tradiciones filosóficas han reconocido este núcleo común, aunque desde perspectivas distintas, pero al intentar discriminar entre el problema de la libertad de conciencia y el contenido sustantivo de la conciencia surgen nuevas problemáticas en el ámbito sanitario.

Libertad de conciencia y coherencia

Al separar los juicios morales sustantivos sobre ciertos procedimientos médicos del principio general de libertad de conciencia, emerge un desafío de coherencia para algunos defensores de la objeción de conciencia. Si lo que se valora es la conciencia en sí misma, ¿por qué limitar la protección a quienes se niegan a realizar abortos, prescribir anticonceptivos o participar en la asistencia médica para morir? (Swartz, 2006). Si el contenido de la creencia es irrelevante, también deberían ser reconocidas objeciones en otros contextos, como la vacunación infantil o la administración de analgésicos. Visiones del mundo que promueven estilos de vida “naturales” podrían considerarse tan respetables como ciertas doctrinas religiosas contrarias al aborto. ¿Por qué, entonces, privilegiar solo estas últimas? El problema es que, si se reconoce la objeción de conciencia exclusivamente sobre la base de la libertad de conciencia, el derecho resultante puede volverse excesivamente amplio, permitiendo a profesionales de la salud rehusarse a realizar cualquier procedimiento, ya sea por convicciones genuinas o por preferencias personales presentadas como tales. Esto plantea el problema de la “sinceridad” de la objeción. Si ese desenlace se considera inaceptable, estaríamos ante una *reductio ad absurdum*: si las consecuencias de una posición son insostenibles, debe revisarse la validez del argumento. En este caso, ello puede deberse a errores en la derivación del derecho a objetar desde el principio de libertad de conciencia, a supuestos injustificados –como su primacía automática sobre los derechos del paciente o los deberes profesionales–, o a ambos.

Quienes defienden el derecho a la objeción de conciencia en el ámbito sanitario enfrentan un dilema. Una posibilidad es sostener que debe permitirse en casos como el aborto, pero no en otros –como la vacunación o la administración de analgésicos– porque consideran que el aborto, a diferencia de los otros, es claramente inmoral. En ese caso, lo que fundamenta la objeción no es la libertad de conciencia en sí, sino un juicio moral específico sobre el contenido de esa conciencia. La alternativa es afirmar que lo relevante no es si la creencia es correcta, sino que derive auténticamente de la conciencia del profesional. Pero si eso es lo que cuenta, no hay motivo coherente para aceptar la objeción en unos casos y rechazarla en otros: la lógica del argumento obligaría a extender el derecho a objetar a cualquier procedimiento, siempre que la justificación sea sincera.

En ambos escenarios se arriba a una conclusión problemática. En el primero, el argumento descansa en valores particulares y disputables –no en principios de razón pública ampliamente compartidos–, lo que compromete su legitimidad en una sociedad liberal. En el segundo, se corre el riesgo de desestabilizar el sistema de salud: si cualquier profesional puede negarse a intervenir en cualquier práctica alegando razones de conciencia, los pacientes quedarían expuestos a una atención imprevisible y fragmentaria, en tensión con sus derechos y expectativas legítimas. Podría pensarse que existe un problema simétrico para quienes rechazan la objeción de conciencia en el ámbito sanitario. Si se sostiene que los profesionales no deberían poder objetar, ¿implica esto que deben acceder a toda solicitud de pacientes competentes? ¿Qué ocurre si alguien pide, por ejemplo, la amputación de un miembro sano o la mutilación genital de su hijo?

Esta objeción, aunque frecuente, se basa en una interpretación errónea de nuestra postura. No sostenemos que los médicos deban cumplir cualquier demanda de los pacientes, sino únicamente aquellas que se inscriben dentro de sus obligaciones profesionales, tal como las definimos en el capítulo 2 (Pruski, 2021). Reconocemos, además, que pueden existir desacuerdos razonables sobre si ciertos procedimientos benefician realmente al paciente o si se encuadran

dentro del ámbito profesional, casos que abordaremos en el capítulo 4. Nuestra propuesta es establecer un criterio para distinguir entre objeciones válidas e inválidas, no ya la conciencia, sino el profesionalismo entendido como compromiso con el bienestar del paciente. A diferencia de la conciencia –cuya justificación suele apoyarse en convicciones privadas y no necesariamente debatibles en el espacio público–, el profesionalismo permite una evaluación crítica y razonada de qué prácticas deben considerarse parte de las obligaciones del personal de salud. Es posible, y necesario, ofrecer razones sobre qué constituye una conducta profesional adecuada y por qué ese estándar debe guiar la prestación de determinados servicios legítimamente.

Hasta aquí queremos destacar dos puntos fundamentales. En primer lugar, como ya señalamos, apelar a la conciencia como guía de la conducta profesional impide identificar y debatir críticamente las razones que la motivan, debido a su carácter introspectivo y subjetivo. En segundo lugar, reconocemos la necesidad de ofrecer un criterio que delimite cuáles solicitudes médicas los profesionales están obligados a atender. Pero, de forma paralela, si los defensores de la objeción de conciencia desean evitar la objeción de que su postura introduce imprevisibilidad en la atención sanitaria, también les corresponde proponer un criterio claro y razonable que acote el alcance de ese derecho.

Muchos defensores de algún tipo de objeción de conciencia en el ámbito sanitario reconocen este desafío y han intentado responderlo. En el capítulo 3 analizaremos críticamente sus propuestas para establecer criterios razonables que regulen el ejercicio de la objeción. En general, sostienen que la libertad de conciencia no garantiza automáticamente el derecho a objetar, sino que genera una presunción –aunque sea robusta– a favor de permitirla en contextos profesionales. No obstante, esa presunción puede verse limitada por otros factores, cuyo peso varía según el tipo de procedimiento, por ejemplo, el deber profesional de no dañar al paciente, la razonabilidad de la objeción o la proporción de objetores en una determinada región.

Ahora bien, si quienes defienden la objeción de conciencia no logran justificar de manera clara y coherente esos criterios limitativos, entonces apelar a la libertad de conciencia conduce, en la práctica, a respaldar objeciones sin restricciones. Y ese resultado, paradójicamente, constituye un argumento poderoso en contra de permitir la objeción en el ámbito sanitario.

La opción de compromiso: crítica a la “solución fácil” a los conflictos de conciencia

Algunos académicos han intentado responder al desafío de la objeción de conciencia proponiendo soluciones intermedias o de compromiso. En el capítulo 3, examinaremos –y rechazaremos– estas propuestas, centradas en diversas formas de acomodar la conciencia en la atención sanitaria. Por ahora, vale la pena señalar algunas consideraciones generales sobre el valor del compromiso como estrategia para resolver conflictos morales, y por qué este enfoque resulta aquí problemático.

En contextos éticamente controvertidos –como el aborto, que enfrenta visiones “provida” y “proelección”– los compromisos suelen presentarse como intentos de respetar todas las posturas, aun cuando sean irreconciliables (Engelhardt, 2011). En estos casos, el compromiso implica aceptar una posición política que, de no mediar desacuerdo, se consideraría moralmente insatisfactoria (May, 2005). Este tipo de solución puede resultar atractiva desde una perspectiva política, ya que busca alcanzar acuerdos con suficiente respaldo social como para ser sostenibles. En el mejor de los casos, se trataría de un “consenso traslapado”, en el sentido rawlsiano, entre ciudadanos razonables (Rawls, 1996). Sin embargo, este enfoque enfrenta una dificultad central: no existe un consenso claro sobre qué cuenta como razonable. Como veremos en el capítulo 3, algunos autores cuestionan incluso que el concepto de razonabilidad se encuentre lo suficientemente bien definido como para servir de

criterio operativo en casos de objeción de conciencia en la práctica clínica (Marsh, 2014).

En general, las soluciones de compromiso proponen que el profesional que objeta tenga la obligación de facilitar, de algún modo, el acceso del paciente al servicio ya sea informándole sobre alternativas disponibles o derivándolo a otro colega dispuesto a realizar el procedimiento –solución que algunos consideran “suficientemente buena” en contextos donde es necesario aceptar arreglos subóptimos–. Desde una perspectiva *ideal*, muchos defensores de la libertad de conciencia preferirían que quienes se oponen moralmente al aborto no tuvieran que participar, ni siquiera indirectamente, en su práctica, mientras que los defensores de los derechos del paciente aspirarían a que todas las personas que necesitan atención médica reciban, sin demoras ni obstáculos, el tratamiento al que tienen derecho. Según el enfoque propuesto por Fernández-Lynch, el compromiso –por ejemplo, mediante el deber de derivación– puede ofrecer una vía intermedia que no sacrifique gravemente los intereses de ninguna parte. “En un compromiso –señala ella– ninguna de las partes obtiene su solución ideal; ese es el precio que pagamos para evitar un resultado polarizado de ganador-perdedor. Pero eso no significa que ambas partes pierdan. Al contrario, todos ganamos, especialmente si logramos que los pacientes reciban los servicios médicos que necesitan y desean, mientras preservamos la profesión médica como una comunidad de individuos conscientes que no están dispuestos a hacer todo lo que pueden” (Fernández Lynch, 2008).

En un mundo ideal, querríamos que se cumplieran simultáneamente múltiples condiciones: que los objetores de conciencia no se vieran forzados a actuar contra sus principios, que los pacientes accedieran sin obstáculos a la atención que les corresponde, que las condiciones laborales fueran justas, entre otras. En la práctica, sin embargo, estas aspiraciones suelen entrar en conflicto. La idea de que “todos ganamos” en una solución de compromiso puede resultar atractiva, incluso razonable desde una perspectiva pragmática, pero desde el punto de vista ético encierra un riesgo: el de reemplazar la

deliberación moral rigurosa por un acuerdo superficial. La ética no consiste en buscar equilibrios cómodos, sino en ofrecer argumentos, confrontar valores con razones y extraer conclusiones, aunque no todos los intereses resulten satisfechos. En este caso, conviene preguntarse: ¿es el compromiso propuesto justo? ¿Respetada adecuadamente las obligaciones profesionales? ¿Es suficiente con que los pacientes accedan eventualmente al servicio médico, o también importa cómo acceden, y si encuentran obstáculos indebidos en el camino? ¿Cómo se distribuyen las cargas del sistema sanitario, tanto entre quienes lo sostienen –como los contribuyentes en sistemas públicos– como entre los profesionales que lo hacen funcionar?

Por ello, partir de la premisa de que todos debemos salir ganando no es un buen punto de partida para un análisis ético riguroso. Evaluar moralmente un problema requiere aceptar que puede haber ganadores y perdedores. Retomemos el caso del mesero vegano: ¿deberíamos buscar un compromiso que le permita negarse a servir ciertos platos, mientras otro camarero los atiende o estén disponibles en otro restaurante? Probablemente no, pues el mesero recibe un pago por cumplir con su trabajo, y se espera que atiende el pedido del cliente, siempre que este sea razonable y esté dentro del menú. Ahora bien, aunque esta respuesta resulte evidente en el ámbito gastronómico, en el campo sanitario la objeción de conciencia suele ser vista con mayor benevolencia y, en muchos países, está protegida legalmente. No está claro por qué estos dos casos deberían abordarse de manera diferente. Si se mantiene la analogía, se debería concluir que los pacientes tienen derecho a recibir el servicio médico directamente del profesional al que acuden, siempre que la solicitud sea legal y médicamente pertinente. Existe, no obstante, una diferencia clara entre el caso del restaurante y el de la atención sanitaria: en el ámbito de la salud, muchas asociaciones profesionales y legislaciones permiten la objeción de conciencia. A diferencia del mesero, los médicos suelen asumir su rol con la expectativa de que podrán objetar, salvo excepciones como en Suecia y Finlandia, que mencionamos en la introducción. Más adelante analizaremos este aspecto

con mayor profundidad, pero en este libro nos centramos en lo que deberían ser las obligaciones profesionales, no en lo que son actualmente. Dichas obligaciones deben definirse desde una ética profesional –según la concebimos aquí– y siempre considerando el mejor interés del paciente.

Por tanto, cuando una de las partes tiene una pretensión moralmente más sólida o un derecho legítimo a ser atendida, las soluciones de compromiso carecen de justificación ética, aunque resulten políticamente viables. No basta con resolver un conflicto de intereses para aceptar un compromiso; este solo es éticamente justificable si las demandas enfrentadas tienen un peso moral comparable, es decir, si realmente se trata de un dilema moral. Nuestra posición sostiene que los intereses de los pacientes deben prevalecer sobre las convicciones de los médicos. Un dilema moral implica la existencia de razones éticas igualmente válidas para actuar de formas incompatibles, y es precisamente esta condición la que debe fundamentar cualquier análisis ético. En el debate sobre la objeción de conciencia en salud, a menudo se presenta como un dilema, (Magelssen, 2012) pero no está claro que lo sea realmente. Por ejemplo, Fernández-Lynch adopta una postura de compromiso, reconociendo que sus críticos –tanto quienes se oponen a la objeción médica por insuficiente protección al paciente como quienes defienden el derecho a objetar por evitar complicidad en actos inmorales– pueden cuestionar su propuesta (Fernández Lynch, 2008). La autora considera que situarse a igual distancia de ambos bandos es una virtud ética, pero no está claro por qué la equidistancia debería ser un requisito ético. Más bien, esta podría ser el resultado de un análisis riguroso, pero no su punto de partida.

Por otra parte, este tipo de compromiso difícilmente resultará aceptable para muchos defensores de la objeción de conciencia en salud, para quienes no se trata en absoluto de una solución en la que “todos ganan”. Como veremos en el capítulo 3, una política basada en la obligación de derivar no protege realmente la conciencia del profesional según el criterio de complicidad moral que sustenta muchas

objecciones religiosas o éticas, (Minerva, 2017) puesto que equivaldría a ser cómplice de un acto moralmente inaceptable –como el aborto–, y por tanto es (casi) tan reprochable como realizarlo directamente. Así, los mismos motivos de conciencia que impiden practicar un procedimiento justifican también el rechazo a derivar. Es cierto que pueden existir razones institucionales o jurídicas más fuertes para exigir derivaciones que para imponer la prestación directa del servicio; sin embargo, para muchos objetores, aceptar derivar sigue siendo una forma de transgresión moral. En ese sentido, lo que Fernández-Lynch llama “compromiso” puede tener una justificación política, pero no ética desde la perspectiva de quienes objetan: para ellos, ceder en lo que consideran una cuestión de conciencia no constituye un compromiso real (Oderberg, 2018). Lo que desde afuera parece una solución intermedia, para ellos no lo es. Este ejemplo ilustra uno de los principales problemas de apelar a la conciencia como fundamento ético: se asume que el valor normativo de una posición depende de que sea “de conciencia”, sin atender al contenido de la creencia (por ejemplo, la convicción de que el feto tiene derecho a la vida). En esta lógica, si una solución no satisface los estándares éticos internos de una parte, no puede considerarse un compromiso genuino. Puede ser una política razonable, con buenas razones para aplicarse, aunque una parte no se sienta satisfecha ni “ganadora”. Pero de ser así, no deberíamos llamarla “compromiso”, al menos si queremos mantener la coherencia con la noción de libertad de conciencia.

En este sentido, el concepto mismo de “compromiso” enfrenta problemas similares a los de la objeción de conciencia: si no se establecen criterios adicionales que determinen cuándo un compromiso es aceptable, cualquier reclamo basado en la conciencia debería ser, al menos en parte, respetado –incluido el derecho a no derivar ni siquiera a informar–. Curiosamente –y este es otro problema asociado a las soluciones de compromiso– una objeción similar al uso del concepto de “compromiso” ha sido planteada desde la postura contraria, por quienes se oponen al derecho a la objeción de conciencia en salud. Carolyn McLeod, por ejemplo, coincide con Fernández-Lynch

en que un sistema efectivo de derivaciones puede ser una solución adecuada al problema, si bien considera problemático presentar dicha solución como un “compromiso” (McLeod, 2020). El concepto de compromiso sugiere que las convicciones morales del profesional y los intereses en salud del paciente tienen un peso comparable, lo que justificaría buscar una posición intermedia. Pero si las derivaciones son justificables –como sostiene McLeod– lo son porque permiten que los pacientes accedan a la atención médica que necesitan, de manera oportuna y sin trabas. En otras palabras, incluso en un sistema de derivaciones, la prioridad debe recaer en los intereses del paciente. Por eso, según McLeod, no deberíamos considerar la derivación como un compromiso genuino. No se trata solo de una discusión terminológica: llamar “compromiso” a esta clase de solución puede transmitir la idea de que está bien –o incluso es deseable– ceder parte de los intereses del paciente para acomodar las convicciones del profesional, pero no es razonable suponer que ambas partes tienen la misma obligación de ceder. El problema, en este caso, es que el término “compromiso” corre el riesgo de sobredimensionar las demandas del objetor de conciencia, en detrimento de los derechos del paciente. En síntesis, las soluciones de compromiso buscan ofrecer una salida sencilla a un problema normativamente complejo. Sin embargo, todo indica que no hay atajos: es necesario enfrentar el problema de manera directa.

¿Qué problemas éticos plantea la objeción de conciencia en el ámbito de la salud?

No es raro asumir que la objeción de conciencia en el ámbito sanitario se reduce a un conflicto entre la integridad moral del personal de salud y los intereses de los pacientes. Sin embargo, el panorama ético es más amplio y complejo de lo que sugiere esta visión binaria. En los capítulos 2 y 3 se examinarán con mayor detalle los argumentos a favor y en contra del reconocimiento del derecho a objetar por motivos

de conciencia en este contexto. Aquí, ofreceremos una visión general más amplia de los dilemas éticos que esta cuestión suscita.

En la ética biomédica, los profesionales de la salud tienen deberes de beneficencia y de no maleficencia (Beauchamp y Childress, 2009), es decir, actuar en el mejor interés del paciente, dentro de los límites que imponen otros principios relevantes, como la equidad en la distribución de recursos escasos y, asimismo, evitar causarle daño, salvo que resulte inevitable para un beneficio mayor para el propio paciente. Ambos principios pueden verse comprometidos cuando se objeta por motivos de conciencia. Si ello impide que un paciente reciba la atención necesaria, se vulnera al menos el deber de beneficencia, y en muchos casos también el de no maleficencia, especialmente cuando la negativa produce un perjuicio real. Existen informes en donde se describen muertes o discapacidades severas provocadas por objeciones a brindar determinados servicios, o incluso a realizar pruebas diagnósticas, como se analizará en el capítulo 2. Un caso citado por el Tribunal Europeo de Derechos Humanos es el de una mujer polaca con colitis ulcerosa quien no recibió una colonoscopia porque su médico, por razones de conciencia, se negó al procedimiento por potenciales riesgos para el feto, lo cual redundó en la muerte de la paciente como consecuencia de un aborto espontáneo (Minerva, 2017).

Incluso si aceptamos que un sistema de derivación puede, en algunos casos, conciliar los derechos en conflicto, este mecanismo plantea un problema adicional de equidad profesional, dado que la responsabilidad institucional de ofrecer determinados servicios terminaría recayendo de forma desigual sobre quienes no objetan. Cuantos más médicos se nieguen, por ejemplo, a practicar abortos, mayor será la carga para quienes sí los realizan, desigualdad que resulta especialmente injusta si objetores y no objetores reciben el mismo salario y beneficios.

Asimismo, la objeción de conciencia plantea desafíos éticos vinculados al profesionalismo, que supone la adhesión a los estándares de una práctica que se ha elegido libremente. En el capítulo 2, argumentaremos que la objeción de conciencia, en muchos casos, entra

en conflicto con las obligaciones profesionales hacia los pacientes. El problema no es tanto lo que dicta la conciencia personal, sino la idea de que esta deba imponerse sobre las normas de la profesión.

Ahora bien, también existen consideraciones éticas que respaldan, al menos en parte, la objeción de conciencia en el ámbito sanitario, así como ciertas posturas de compromiso. Una de las cuestiones centrales es el “pluralismo razonable”. Las sociedades liberales se fundamentan en la coexistencia de diversas concepciones del bien y visiones del mundo. Aunque no todas las perspectivas son aceptables, muchas de ellas deben –y suelen– ser respetadas en una sociedad pluralista, incluidas las creencias religiosas. Si este principio rige para la sociedad en general, también debería aplicarse a las profesiones que operan dentro de ese mismo marco liberal. Sobre esta base, algunos autores defienden el pluralismo de valores y, con él, el derecho a la objeción de conciencia en el ámbito sanitario (Card, 2020). Asimismo, el pluralismo moral posee un valor instrumental: fomenta la humildad moral y epistemológica, y previene la insensibilidad ante posibles dimensiones éticas de ciertos procedimientos médicos. Por ejemplo, algunos defensores de la objeción de conciencia comparan la negativa actual a practicar abortos con la objeción frente a prácticas médicas evidentemente inmorales durante el régimen nazi (Pruski, 2021). Según esta perspectiva, permitir la objeción de conciencia hoy actúa como una red de seguridad frente a la aceptación acrítica de lo que se considera “normal” en la medicina.

Existen, no obstante, diferencias significativas entre los objetores en contextos totalitarios y los de las democracias actuales: mientras los primeros se oponían a prácticas claramente contrarias al interés de los pacientes y realizadas sin su consentimiento, muchos objetores contemporáneos, en cambio, anteponen sus propias convicciones a la autonomía y al bienestar del paciente. Además, mientras que el régimen nazi no toleraba la disidencia moral, los objetores actuales viven en democracias liberales donde existen alternativas razonables, como cambiar de puesto o de especialidad.

La integridad moral es otro argumento central en defensa del derecho a la objeción de conciencia. Al considerarse parte esencial de la identidad personal, exigir su sacrificio para ejercer una profesión resulta coercitivo y supone una seria limitación a la libertad individual, de modo que se ve socavada la verdadera libertad profesional si esta implica renunciar a algo tan fundamental como la propia integridad (Wicclair, 2011). En esta misma línea, se invocan con frecuencia la libertad religiosa y, más ampliamente, la libertad de conciencia. En una sociedad liberal, esta última es un valor fundamental, pero pierde su significado si, para seguir la propia conciencia, una persona se ve impedida de ejercer cierta profesión. Si se aspira a considerar seriamente estos derechos, la libertad de conciencia y la libertad profesional no deberían ser incompatibles.

Próximos pasos

Hasta ahora hemos presentado una visión general del debate sobre la objeción de conciencia en el ámbito sanitario, analizando por qué la conciencia resulta relevante y exponiendo los principales argumentos tanto a favor como en contra, así como algunas posturas intermedias. En los capítulos 2 y 3 profundizaremos en estas razones.

El capítulo 2 estará dedicado a los argumentos en contra del reconocimiento de un derecho a la objeción de conciencia en la atención médica. Nos centraremos especialmente en el concepto de profesionalismo y en las obligaciones que este conlleva. Asimismo, examinaremos con mayor detenimiento los motivos que suelen invocarse para justificar la objeción y explicaremos por qué consideramos que, en la mayoría de los casos, dichos motivos difícilmente justifican anteponer las convicciones personales a los intereses y derechos del paciente.

Capítulo 2

El argumento contra la objeción de conciencia

Sobre el significado y la relevancia ética del profesionalismo

Introducción

La objeción de conciencia en el ámbito sanitario puede acarrear consecuencias graves para los pacientes. Este reconocimiento, ampliamente aceptado, constituye el punto de partida para reflexionar sobre su dimensión ética. Incluso quienes sostienen que debería permitirse se ven en la necesidad de admitir que su ejercicio conlleva un riesgo real de perjuicio, riesgo que en ocasiones se materializa.

Consideremos algunos casos ilustrativos ocurridos en distintos contextos:

España

Una mujer en estado avanzado de gestación fue informada de que el feto presentaba una anomalía letal. Ningún profesional de su zona accedió a interrumpir el embarazo: las autoridades sanitarias locales, en nombre del respeto a la objeción de conciencia, indicaron que debía desplazarse a Madrid. Al llegar a la clínica, presentaba una hemorragia intensa y fue trasladada de urgencia a un hospital donde le realizaron una cesárea. El feto falleció poco después. Para controlar

la hemorragia, fue necesario extirparle el útero, lo que puso en riesgo su vida y le impidió tener más hijos.

Brasil

En 2015, una joven embarazada como consecuencia de una violación, con menos de diez semanas de gestación, acudió a un centro especializado en víctimas de violencia del Hospital Universitario de Pernambuco, para acceder a un servicio de aborto. Conforme a la legislación brasileña, el hospital le prescribió misoprostol para interrumpir el embarazo. Sin embargo, al llegar al centro, fue testigo de comentarios despectivos de parte del personal: “Estas mujeres no se cuidan cuando tienen relaciones y luego vienen aquí a abortar”. Durante varios días, médicos, enfermeros, técnicos y farmacéuticos continuaban postergando el procedimiento, inquiriendo si “estaba segura”, e ignorando de manera sistemática su decisión. Finalmente, un médico residente que la había atendido anteriormente reconoció su caso y realizó el aborto por aspiración manual.

Kenia

Atieno tenía 21 años y era la hija mayor de su familia. Era el orgullo de su hogar y de su comunidad en el oeste de Kenia, y había conseguido una beca para ir a la universidad. Tras graduarse, consiguió trabajo y comenzó a enviar dinero a casa, convirtiéndose en el principal sustento de su familia extensa. Se enamoró de Andrew, un compañero de trabajo que al principio fue cariñoso, pero con el tiempo se volvió distante y cruel. Al cabo de un tiempo, Atieno descubrió que el joven tenía otra pareja e intentó terminar la relación. Andrew reaccionó con violencia y la violó. Dos meses después, Atieno descubrió que estaba embarazada. Decidida a interrumpir el embarazo, buscó ayuda en dos clínicas, donde el personal se negó siquiera a discutir la posibilidad de un aborto, invocando motivos religiosos. Sintiendo

sola, avergonzada y desesperada, intentó abortar con productos tóxicos y métodos peligrosos. Gravemente enferma, fue finalmente asistida por una partera capacitada, quien le salvó la vida mediante un procedimiento de urgencia (Coalición Internacional para la Salud de las Mujeres, 2018).

Casos como los aquí expuestos plantean preguntas éticas cruciales: ¿cómo debemos evaluar la objeción de conciencia en el ámbito sanitario a la luz de sus consecuencias? ¿El riesgo que entraña justifica su exclusión, o es posible compatibilizar el respeto a la conciencia profesional con la protección de los pacientes? Y si tal compatibilización fuera viable, ¿deberíamos adoptarla, o existen otras razones éticas –más allá de la prevención del daño– que desaconsejen permitir la objeción en este contexto?

En este capítulo, abordaremos estos interrogantes y argumentaremos que existe, al menos, una fuerte presunción en contra de aceptar la objeción de conciencia en el ámbito sanitario, no exclusivamente a la objeción avalada por organizaciones profesionales –que a menudo la contemplan en sus códigos–, sino también a aquella protegida por cláusulas legislativas. Los argumentos que cuestionan la primera son extensibles a la segunda, dado el carácter del profesionalismo y su vinculación con las expectativas sociales y los marcos institucionales.

Profesionalismo médico

El ejemplo del mesero, presentado al inicio del capítulo 1, ilustra la tensión entre las expectativas legítimas de recibir un determinado servicio –a veces incluso pagado– y las objeciones de conciencia en el ámbito laboral. Sin embargo, este ejemplo no refleja con precisión los casos que aquí nos interesan.

Las interacciones entre el personal de restaurante y sus clientes se rigen por una lógica estrictamente económica: el personal recibe un salario por ofrecer un servicio a cambio de un pago. Si los clientes

no quedan satisfechos, pueden acudir a otro establecimiento; si el personal no está conforme, puede buscar otro empleo; y los empleadores, si lo consideran necesario, pueden prescindir de sus trabajadores, dentro de los márgenes legales. Las obligaciones de cada parte se definen, en este contexto, por la economía y el derecho contractual. Esto se debe a que el personal de restaurante no se considera profesional en el sentido técnico que utilizaremos en este libro: sus obligaciones derivan exclusivamente de los contratos laborales, los cuales pueden adaptarse –si ambas partes lo acuerdan– a las convicciones del empleado, sin que medien normas propias del profesionalismo. Así, un camarero vegetariano puede ser contratado por un restaurante vegetariano, o, si el empleador lo permite, puede limitarse a servir platos sin carne, dejando los demás a cargo de otros. Tal arreglo puede complicar la logística o afectar la calidad del servicio, pero, en última instancia, será el cliente quien evalúe si el servicio ofrecido es aceptable.

En el ámbito sanitario, esta lógica contractual no se aplica de forma equivalente. El carácter profesional de la medicina implica deberes que, al menos en parte, trascienden la dinámica económica. No obstante, este rasgo distintivo puede pasar desapercibido, especialmente en sistemas de salud altamente mercantilizados, donde los pacientes “eligen” y pagan los servicios que desean. A pesar de que estos sistemas ofrecen ciertas ventajas, como una redistribución del poder históricamente concentrado en los profesionales de la salud, fortaleciendo la autonomía de los pacientes que pueden costear los servicios, también conllevan riesgos, especialmente, que el sentido del deber profesional tienda a definirse según las reglas del mercado, y no a partir de los principios propios del profesionalismo.

En este capítulo nos centraremos en las obligaciones éticas que asumen los profesionales de la salud en virtud de su rol. Estas obligaciones derivan de características fundamentales del profesionalismo: quienes ingresan a una profesión lo hacen de manera voluntaria y, en muchos casos, participan en ceremonias públicas donde se comprometen a priorizar ciertos intereses –en el caso de la medicina,

los del paciente— por encima de los propios. Este compromiso ético es una de las razones por las cuales la sociedad concede a las profesiones sanitarias privilegios significativos: desde monopolios con características de cartel hasta amplios márgenes de autorregulación, a cambio de lo cual se espera que sus miembros actúen conforme a estándares que no se exigen al resto de la ciudadanía. Así, el estatus profesional genera una presunción normativa: quien asume este rol debe aceptar ciertas responsabilidades especiales.

Cuando una persona acude a un médico u otro proveedor de salud, no establece una relación privada, sino una interacción profesional. Los profesionales de la salud aceptan voluntariamente este rol, y en muchos casos han competido intensamente para obtener un lugar en la profesión —basta considerar las altas tasas de selectividad en las facultades de medicina—. Esa aceptación no es pasiva: implica comprometerse con las exigencias propias del profesionalismo. Este concepto es clave al abordar la objeción de conciencia en el ámbito sanitario. Como ilustramos con el ejemplo del mesero vegano, no toda persona que realiza un trabajo remunerado adquiere el estatus de profesional, pues este último reviste condiciones más exigentes. Marten Franssen y sus colegas han propuesto una caracterización precisa, según la cual una ocupación califica como profesión en sentido estricto cuando:

1. Se basa en conocimientos y habilidades especializadas que requieren una formación prolongada.
2. El grupo profesional detenta el monopolio del ejercicio de dicha ocupación.
3. La evaluación de la competencia profesional está reservada a los propios colegas, reconocidos como los únicos aptos para hacerlo.
4. La profesión ofrece a la sociedad productos, servicios o valores considerados valiosos, y se orienta por un ideal de servicio público.
5. La práctica profesional se rige por normas éticas derivadas o relacionadas con ese ideal de servicio (Franssen, Lokhorst, y van de Poel, 2023).

Por lo general, debido tanto a su impacto social como a los privilegios que disfrutan, las profesiones están sujetas a mecanismos de autorregulación, en muchos casos a través de organismos estatutarios que supervisan su desempeño en nombre de la sociedad. Herbert Swick analizó lo que implica el profesionalismo específicamente en el ámbito médico (Swick, 2000). Según él, una profesión solo puede conservar razonablemente su autonomía autorregulatoria y sus privilegios si cumple con sus responsabilidades hacia la sociedad a la que sirve. En el caso de las profesiones sanitarias, esto implica actuar en beneficio de los pacientes –tanto a nivel individual como colectivo– subordinando los intereses personales a los del otro. Como señala Swick, “los médicos subordinan sus propios intereses a los intereses de los demás” (Swick, 2000, p. 614). Este principio queda claramente expresado en documentos como la Declaración de Ginebra de la Asociación Médica Mundial, donde los médicos juran solemnemente “consagrar su vida al servicio de la humanidad” y que “la salud y el bienestar del paciente serán su principal preocupación” (Organización Mundial de la Salud, 1948-2017, Declaración de Ginebra). Estas afirmaciones no son meramente simbólicas: reflejan las exigencias sustantivas del rol profesional y explican por qué organizaciones médicas adoptan posiciones públicas firmes frente a cuestiones éticas. Al ingresar voluntariamente en la profesión, los médicos no solo aceptan la guía de estos documentos, sino que se comprometen activamente a cumplir con sus principios en la práctica. En muchas facultades de medicina, esta asunción de responsabilidades se formaliza mediante ceremonias de juramento que reemplazan o complementan la graduación académica.

Cabe recordar que los médicos no siempre fueron considerados profesionales en el sentido moderno. En Estados Unidos, por ejemplo, antes de que la Asociación Médica Americana (AMA) adoptara su primer Código de Ética en 1847, la atención médica era una práctica dispersa ejercida por barberos-cirujanos, boticarios, parteras y extractores de dientes, con escaso reconocimiento social y bajos

ingresos (Mehlman, 2015). Ese escenario cambió con el Código de Ética de la AMA, que profesionalizó la medicina y definió al médico como fiduciario del paciente. El Código establecía que los médicos debían ejercer “con plena conciencia de la importancia de su labor, recordando que el bienestar, la salud y la vida de quienes están a su cargo dependen de su habilidad, atención y fidelidad” (Mehlman, 2017). Esta concepción se remonta a John Gregory y Thomas Percival, médicos y profesores del siglo XVIII en la Universidad de Edimburgo. En particular, Gregory es reconocido por haber articulado la idea del médico como un profesional cuya identidad se construye en torno a sus deberes fiduciarios hacia el paciente, y no en función de su propio interés (McCullough, 1989).

Ahora bien, ni el trabajo de Gregory ni el Código de la AMA habrían tenido efectos transformadores sin el respaldo del derecho. Como señala Maxwell J. Mehlman en su estudio *Why Physicians Are Fiduciaries for Their Patients*, fue la ley estadounidense la que otorgó a los médicos el estatus de fiduciarios justo cuando comenzaban a consolidarse como profesión. “Si los médicos querían ser profesionales”, sostiene Mehlman, “debían actuar como fiduciarios de sus pacientes. Si dejan de serlo, dejan también de ser profesionales” (Mehlman, 2017, p. 61). Paradójicamente, esta visión fue defendida también por Edmund D. Pellegrino, influyente bioeticista católico y firme defensor de la objeción de conciencia. Aun así, insistía en que la lealtad primaria del médico debía ser siempre hacia el paciente. “Ninguna política pública, acuerdo práctico, prerrogativa profesional o definición de roles que debilite nuestra lealtad primaria al paciente debe permitirse, porque diluye ese compromiso”, escribió en medio de los debates sobre el impacto de la atención médica gestionada (Pellegrino, 2000). Le preocupaba que el creciente poder de aseguradoras y corporaciones estuviera erosionando los fundamentos éticos de la profesionalidad médica, tanto en Estados Unidos como en otros contextos.

Esta postura resulta particularmente interesante cuando se aplica al debate sobre la objeción de conciencia, ya que entra en

tensión con la posición católica que la respalda. Un bioeticista católico como Pellegrino se enfrenta aquí a una disyuntiva: debe optar entre defender la profesionalidad médica –y, con ella, el rol del médico como fiduciario del paciente– o respaldar la objeción de conciencia. Sustener coherentemente ambas posiciones resulta difícil, si no imposible. Aunque en la literatura es habitual describir a los médicos como fiduciarios de sus pacientes, pocas veces se explicita qué fundamenta ese estatus y qué obligaciones concretas conlleva. Carolyn McLeod ha contribuido a clarificar este punto, al señalar que el fiduciario tiene un deber de lealtad hacia el beneficiario, una afirmación que Pellegrino, sin duda, habría suscrito. McLeod define al fiduciario como “alguien que actúa en nombre de otro” y destaca la “vulnerabilidad estructural del beneficiario frente al uso explotador del poder fiduciario” (McLeod, 2020). Esta caracterización refleja con claridad la relación médico-paciente y permite comprender por qué esa vulnerabilidad estructural es la base de las obligaciones fiduciarias del profesional de la salud. Como explica McLeod, “los médicos son fiduciarios porque tienen autoridad discrecional para actuar en nombre de sus pacientes en un ámbito específico –la salud, y los pacientes son vulnerables al posible abuso de ese poder. Esta relación genera un deber de lealtad en los médicos, es decir, un deber de anteponer los intereses de salud del paciente a los propios” (McLeod, 2020). Desde esta perspectiva, la confianza no es un valor accesorio, sino el cimiento conceptual de la relación médico-paciente. Como señala Chin, la confianza que los pacientes depositan en su médico está estrechamente vinculada a la confianza social en la profesión médica en su conjunto (Chin, 2001). En ambos niveles, los pacientes tienen razones fundadas para esperar que sus médicos –en tanto fiduciarios– prioricen sus intereses por encima de cualquier convicción o interés personal.

La tesis de la incompatibilidad: una defensa desde el contractualismo

Desde esta visión de la profesionalidad, defendemos una versión de la llamada *tesis de la incompatibilidad*, según la cual la objeción de conciencia –tal como ha sido descrita aquí– no es compatible con el cumplimiento de los deberes profesionales en el ámbito de la salud (Rhodes, 2006). El núcleo de esta tesis radica en la naturaleza misma del juicio profesional, que se fundamenta tanto en competencias técnicas especializadas como en valores propios de la profesión, tal como señalan Franssen y sus colegas en su caracterización del profesionalismo. Quien formula una objeción de conciencia en el ejercicio profesional no solo ignora deliberadamente lo que, desde ese juicio profesional, sabe que debe hacer, sino que antepone sus convicciones personales a sus obligaciones profesionales.

Rosamond Rhodes, en su defensa de la tesis de la incompatibilidad, sostiene que la práctica médica debe comprenderse como un contrato entre la sociedad y los médicos, que otorga a la profesión médica tanto un grado significativo de autonomía como un monopolio sobre la provisión de determinados servicios especializados. A cambio, la profesión asume un compromiso: prestar estos servicios de forma competente y ética, guiada por los valores propios del profesionalismo y orientada al bien común. En palabras de Rhodes, esto implica dos consecuencias fundamentales:

Primero, que las decisiones clínicas deben basarse en el juicio profesional y no en criterios personales. Ni los pacientes ni la sociedad disponen, en general, de suficiente información sobre los valores individuales de los médicos como para seleccionar atención médica con base en ellos. Segundo, que convertirse en médico conlleva un compromiso moral de dar prioridad al *estándar ético de atención* por encima de las convicciones personales. En otras palabras, ejercer la medicina supone ceder autoridad al juicio profesional por sobre las preferencias individuales (Rhodes, 2006).

Una de las razones por las que la sociedad crea y sostiene profesiones con características de cártel –incluidos privilegios como el monopolio legal y la autorregulación– es la promoción de bienes públicos valiosos. Cuando los profesionales de la salud, en el ejercicio de su rol, imponen sus convicciones personales a pacientes, colegas o instituciones, traicionan ese propósito y dejan, en sentido estricto, de actuar como profesionales. Ingresar a una profesión equivale, en términos éticos, a firmar un contrato con la sociedad. Desde un enfoque contractualista, esta perspectiva ayuda a comprender por qué las faltas a la profesionalidad son moralmente inaceptables: debilitan las relaciones de ciudadanía entre iguales y comprometen los principios de equidad sobre los que se construye una sociedad democrática.

Las teorías contractualistas en ética y filosofía política parten de la idea de que los miembros de una sociedad participan de un contrato implícito, a través del cual, al aceptar vivir bajo ciertas reglas comunes y beneficiarse de determinados derechos, también adquieren obligaciones hacia los demás. Este contrato simbólico garantiza que todos gocen de los mismos derechos fundamentales, algo que no sería posible en ausencia de un acuerdo social estructurado. Aceptar ese contrato social implica reconocer límites a la libertad individual, en aras de una ciudadanía igualitaria en derechos y deberes. Las afirmaciones absolutas de libertad individual –como el derecho a actuar exclusivamente según la propia conciencia en el ejercicio profesional– son, por tanto, incompatibles con un orden social orientado a garantizar la igualdad entre ciudadanos. La objeción de conciencia, cuando contraviene este equilibrio, deja de ser una expresión legítima de libertad para convertirse en una forma de privilegio injustificado.

Esta teoría ha sido reinterpretada de diversas formas dentro de la tradición contractualista, entre ellas por John Rawls, quien propuso el conocido experimento del *velo de la ignorancia* (Rawls, 1971). Desde este enfoque, los individuos acuerdan los términos del contrato social desde una posición hipotética en la que desconocen qué lugar

ocuparán en la sociedad ni qué convicciones o intereses personales tendrán. No saben, por ejemplo, si serán médicos, personas religiosas o pacientes que requieran un aborto. El contrato resultante de esta posición original está guiado por una racionalidad imparcial: los intereses individuales no influyen en la definición de los principios de justicia que regirán la sociedad. De hecho, esta metodología incorpora un mecanismo neutral para la resolución de conflictos de intereses, precisamente porque todos los intereses son evaluados sin sesgos. Es un contrato que cualquiera aceptaría racionalmente, dado que nadie sabe de antemano qué valores o necesidades tendrá en la sociedad que surja de dicho acuerdo.

Si bien esta visión ha sido objeto de críticas –entre ellas, que se basa en un consentimiento meramente hipotético y, por tanto, no vinculante–, (Dworkin, 1989) lo relevante aquí es que el modelo contractualista puede aplicarse particularmente al caso de los profesionales de la salud. Esto se debe a que, a diferencia del contrato social general, en este caso el compromiso sí es voluntario y explícito, pues quien decide ingresar a una profesión lo hace aceptando sus reglas y compromisos éticos. Así, los profesionales de la salud aceptan de forma consciente y libre los términos de un contrato social particular, que consiste en que la sociedad les otorga un monopolio sobre la prestación de servicios sanitarios, junto con formación, entrenamiento y, en muchos casos, salarios provistos por el Estado, a cambio de su compromiso a ejercer su labor en beneficio de los pacientes y del bien común, conforme a estándares éticos y técnicos definidos por la propia profesión.

Este no es un contrato meramente simbólico: es una estructura normativa que asegura condiciones de igualdad entre las partes implicadas. Si bien esos estándares pueden ser discutidos o estar sujetos a revisión, el respeto mutuo de los términos del acuerdo es lo que permite que dicho contrato funcione como base de una ciudadanía igualitaria. Es cierto que un profesional de la salud puede discrepar respecto de algunos de los valores o normas del acuerdo. Sin embargo, y a diferencia del contrato social general, aquí sí existe una

vía clara de salida: puede optar por no ingresar a la profesión o bien trabajar desde dentro para modificar democráticamente sus reglas. Permitir que un profesional anteponga su conciencia personal a los compromisos asumidos voluntariamente debilita este contrato. La objeción de conciencia, en estos casos, constituye una ruptura unilateral de un acuerdo aceptado libremente y, por tanto, socava el ideal de igualdad ciudadana en una sociedad democrática.

Para quienes aceptan el marco contractualista más amplio propuesto por Rawls –aquél que regula la estructura básica de la sociedad desde el *velo de la ignorancia*–, el argumento es aún más sólido. Desde esa perspectiva imparcial, parecería razonable querer vivir en una sociedad en la que las personas puedan evitar profesiones incompatibles con sus convicciones, pero también parece racional desear una sociedad en la que quienes ejercen funciones esenciales y monopolizadas –como la atención médica– se comprometan a anteponer su deber profesional al juicio moral individual. Cuando médicos u otros profesionales de la salud se niegan, basándose en creencias personales, a brindar servicios que han aceptado voluntariamente ofrecer, se erosionan los principios de igualdad sustantiva y ciudadanía equitativa que ese contrato busca garantizar. Reclaman un privilegio: el de actuar según sus convicciones privadas mientras retienen el poder monopólico que el Estado –en nombre de la ciudadanía igualitaria– les ha conferido. Si se priva a los ciudadanos de ese reconocimiento como iguales dentro de una democracia liberal, se debilita uno de los pilares fundamentales del sistema.

Es cierto que las democracias toleran ciertas asimetrías de poder, derivadas de las funciones que algunos ciudadanos desempeñan. Por ejemplo, la policía puede privar a un ciudadano de su libertad, pero solo dentro de los límites definidos por leyes promulgadas democráticamente. Este poder se ejerce bajo estricta regulación para evitar abusos y garantizar la igualdad ante la ley: incluso quienes son arrestados tienen derecho a asistencia legal, lo que busca asegurar justicia procesal. Aunque los profesionales de la salud no forman parte del aparato estatal en el mismo sentido que los agentes del orden,

también ejercen funciones públicas y monopolizadas, y también lo hacen bajo una forma de regulación: la autorregulación profesional. Esta autonomía, sin embargo, no es absoluta; es resultado de un contrato social en el que la sociedad les confiere poder y privilegios a cambio de un compromiso con el bien común.

Son las asociaciones médicas nacionales e internacionales las responsables de establecer los estándares de la profesión, que se basan en valores éticos compartidos, generalmente seculares. Aun así, al igual que los policías, los profesionales de la salud participan en ceremonias de juramento en las que expresan públicamente su compromiso con el servicio a la sociedad, actos que simbolizan y refuerzan la responsabilidad pública que implica el ejercicio de su función.

Si las razones que esgrimen ciertos profesionales para negarse a actuar no se derivan de criterios profesionales –como el interés de sus pacientes en el caso de la medicina, o el respeto a la ley en el caso de las fuerzas del orden–, entonces están subordinando sus obligaciones públicas a sus convicciones personales. En consecuencia, dejan de tratar a sus conciudadanos como iguales en el marco de una ciudadanía democrática. Si este argumento es válido, entonces puede sostenerse que un médico que se rehúsa a prestar determinados servicios –amparado en creencias personales y no en estándares profesionales– se asemeja, en lo fundamental, a un agente de policía que desobedece los protocolos de actuación en el ejercicio de sus funciones. Ambos, en contextos diferentes, estarían incumpliendo el contrato social que regula su rol público y, con ello, poniendo en riesgo el principio de igualdad ciudadana que dicho contrato busca proteger.

En el caso de la policía, este tipo de infracciones suele dar lugar a sanciones disciplinarias, precisamente porque representan una amenaza al trato igualitario que todo ciudadano debe recibir. Del mismo modo, puede argumentarse que los profesionales de la salud que optan por anteponer sus creencias personales a sus deberes profesionales –y, por ende, al acceso equitativo a servicios sanitarios garantizados– deberían estar sujetos a sanciones. La severidad de

dichas sanciones, por supuesto, debería estar en proporción directa con las consecuencias del incumplimiento: no es lo mismo negarse a realizar un trámite menor que impedir el acceso a un tratamiento de salud esencial.

Ahora bien, si una organización profesional como la Asociación Médica Estadounidense (AMA) admite la objeción de conciencia entre sus miembros, entonces no correspondería sancionar a quienes actúan dentro de ese marco institucional. Sin embargo, esto no impide cuestionar la legitimidad ética de esas excepciones dentro de una profesión cuyo objetivo declarado es anteponer el bienestar de los pacientes y el interés público por encima de las convicciones individuales (Schuklenk, 2016).

El contrato y la relación profesional-paciente

Hemos visto que el profesional está vinculado por una relación fiduciaria con sus pacientes, lo que genera las obligaciones profesionales correspondientes. Pero si esto es así, es necesario determinar cuándo comienza esa relación, para poder establecer desde qué momento surgen dichas obligaciones. Sin esta aclaración, los profesionales podrían argumentar que, al negarse a brindar cierto servicio a una persona que cumple con los requisitos, no están incumpliendo ninguna obligación fiduciaria, ya que simplemente estarían rechazando entablar una relación fiduciaria con esa persona. Es decir, no se puede violar una obligación derivada de una relación que, según ellos, nunca se llegó a establecer. En ese sentido, hasta que un profesional de la salud acepta formalmente a una persona como su paciente, no existiría aún esa relación profesional-paciente –y, por tanto, no se le podría exigir que cumpla con las obligaciones derivadas de ella–.

Sin embargo, la existencia de un contrato profesional limita significativamente, desde un punto de vista ético, la libertad del proveedor de salud para rechazar a una persona como paciente (aunque en algunas jurisdicciones, como Australia y Canadá, no se exige que

los médicos acepten a todos como pacientes). Esta restricción ética se encuentra en sintonía con lo que ocurre en otras profesiones públicas que operan bajo condiciones de monopolio institucionalizado. Por ejemplo, los cuerpos de policía o los servicios de emergencia no pueden rehusarse a intervenir cuando alguien solicita su ayuda, salvo en circunstancias excepcionales –como la falta de recursos o riesgos operativos extremos– que justifiquen razonablemente la omisión del servicio. Siguiendo esta lógica, no hay motivos sólidos para excluir a los profesionales de la salud de principios similares, al menos dentro de sistemas públicos de salud. Se podría argumentar, incluso, que los profesionales de la salud que trabajan en sistemas públicos tienen una obligación aún más fuerte que quienes ejercen en el sector privado de atender a quienes necesitan servicios médicos especializados sobre los cuales tienen un monopolio. No solo la sociedad les otorga el derecho exclusivo de brindar ese servicio, sino que también financia sus salarios.

El contrato implica que estos profesionales estén disponibles para quienes requieren atención médica y cumplen con los requisitos para recibirla; en contraprestación, los ciudadanos aceptan financiar este servicio a través de sus impuestos. En este sentido, los beneficiarios estarían pagando para que el servicio esté disponible tanto para ellos mismos como para otros miembros de la sociedad que lo necesiten –por ejemplo, cuando la atención médica se ofrece gratuitamente a personas que no pagan impuestos, como los inmigrantes–. Aunque esta consideración limita significativamente la libertad de los profesionales de la salud para rechazar o seleccionar a sus pacientes, no implica que todo profesional de un sistema público de salud sea responsable de atender a la totalidad de los ciudadanos elegibles que requieran atención médica, pues tal exigencia resultaría en condiciones laborales excesivamente gravosas, con demandas de tiempo y energía poco razonables, y podría comprometer la eficiencia del sistema si ciertos proveedores se vieran desbordados por solicitudes.

No obstante, estas limitaciones no confieren a los profesionales la libertad para decidir de manera arbitraria quién será su paciente y quién no. El contrato profesional implica una presunción favorable a que los profesionales asuman responsabilidad hacia quienes requieren atención médica; es decir, que la relación profesional-paciente se establezca con base en la necesidad del ciudadano y no en las preferencias personales del profesional, al menos en el ámbito de los sistemas públicos de salud.

Las excepciones a esta presunción se determinan en función de consideraciones prácticas orientadas a maximizar la eficiencia, la justicia en la prestación del servicio y el mantenimiento de condiciones laborales razonables. Por ejemplo, en países que cuentan con sistemas públicos de salud, los pacientes suelen ser asignados a un médico específico, como un médico general o de familia, quien actúa como primer punto de contacto y con quien cada persona establece una relación fiduciaria médico-paciente. Este arreglo práctico tiene como objetivo gestionar el sistema de manera eficiente, garantizando, por ejemplo, que los médicos no sean responsables simultáneamente de un número excesivo de pacientes. No obstante, cuando un individuo no puede acudir a su médico asignado, el contrato profesional implica que otros profesionales de la salud disponibles para brindar atención –dentro de los límites previamente mencionados– asumen la responsabilidad de atender a dichos ciudadanos. Esta obligación resulta particularmente clara en contextos de emergencia.

Otro caso en el que los profesionales de la salud asumen responsabilidad por la atención médica de quienes la requieren es cuando el médico habitual no se encuentra disponible o resulta poco práctico que brinde el servicio. Por ejemplo, en un caso típico, un médico adquiere una responsabilidad profesional específica al atender a un pasajero en un avión que necesita asistencia médica y no puede acceder a ella por otros medios. No es necesario que exista una relación médico-paciente previa para que surja una obligación profesional. En el momento en que una persona requiere atención médica y un profesional de la salud puede razonablemente proporcionarla,

la relación fiduciaria comienza en virtud del contrato profesional, siempre que la persona consienta o pueda presumirse el consentimiento (como en casos de inconsciencia). Por ello, el British General Medical Council establece de forma explícita que sus profesionales deben brindar asistencia médica incluso cuando se encuentran fuera de servicio (Cliffe, 2018). Por supuesto, se pueden discutir los límites de este tipo de responsabilidades, ya que en ciertos casos las acciones de los profesionales pueden considerarse supererogatorias –por ejemplo, cuando implican riesgos significativos, como en el contexto de una pandemia, o cuando las condiciones materiales, como la distancia a recorrer, exceden lo razonable (Schuklenk, 2020)–. Sin embargo, la presunción de que, siempre que sea razonablemente posible, un profesional debe brindar atención a una persona que la necesita, independientemente de la existencia de una relación médico-paciente previa, sugiere que existe una relación fiduciaria entre los profesionales de la salud y quienes requieren atención médica a la que tienen derecho.

La aplicación de este principio a los profesionales de la salud que ejercen en el ámbito privado resulta más debatible. Si bien estos también proveen un servicio socialmente valioso en calidad de proveedores cuasi exclusivos, lo hacen en virtud de un contrato social que comparte varios elementos con el que rige a otros profesionales del sector público. Como mínimo, dicho contrato incluye el carácter monopolístico del servicio que prestan, lo cual, por sí solo, puede acarrear ciertas obligaciones profesionales. En muchos casos, además, han recibido una formación financiada, al menos parcialmente, con fondos públicos. Sin embargo, a diferencia del sector público, la retribución económica de estos profesionales no proviene íntegramente de recursos estatales. Este hecho podría atenuar las obligaciones que los profesionales del ámbito privado mantienen hacia la sociedad en general, incluidas aquellas relacionadas con el deber de cuidar la salud de personas que no son sus pacientes directos. Podría sostenerse, por ejemplo, que una persona que accede al sistema privado de salud no se convierte en paciente hasta que no se concreta (o acuerda)

el pago correspondiente. Las entidades privadas, además, no están obligadas a aceptar dicho pago y, sin él, no se constituye una relación profesional formal. Sin embargo, en ciertos países con sistemas sanitarios duales –como Sudáfrica–, la legislación impone a los prestadores privados (incluidos los hospitales) la obligación de brindar atención en casos de emergencia.

De este modo, parece que existen dos enfoques plausibles para evaluar las responsabilidades de los profesionales de la salud en el ámbito privado. El primero consiste en considerar que la prestación de un servicio de salud en régimen cuasi monopolístico es, por sí sola, suficiente para establecer una relación fiduciaria con cualquier persona que requiera atención médica, siempre que se den condiciones laborales justas y efectivas, como se ha señalado previamente. Desde esta perspectiva, los proveedores del sector privado tendrían obligaciones análogas a las de sus pares del sector público respecto de quienes pueden abonar por el servicio; es decir, estarían obligados a aceptarlos como pacientes en función de sus necesidades de salud, siempre que medie la disposición a realizar el pago correspondiente. La segunda opción consiste en sostener que el carácter monopolístico del servicio constituye una condición necesaria, aunque no suficiente, para que se configure una relación profesional-paciente. Este hecho representa una razón moral –acaso considerablemente fuerte– para que los profesionales del sector privado presten atención a quienes la necesiten y estén en condiciones de pagarla. No obstante, en este segundo enfoque, la libertad del profesional para rechazar a ciertos pacientes adquiere un mayor peso ético.

Una postura intermedia entre las dos perspectivas anteriormente expuestas parece constituir la solución más razonable. La naturaleza privada de la atención médica no es irrelevante, dado que la posibilidad de que una persona abone por el cuidado de su salud constituye precisamente aquello que justifica la existencia de estos servicios. El contrato entre los profesionales, la sociedad que les confiere el monopolio, y los ciudadanos dispuestos a pagar por la atención, se sustenta en el entendimiento de que existe un componente comercial,

al menos parcialmente regido por la lógica del mercado. No obstante, dicho contrato opera en el marco de un servicio esencial que los pacientes requieren y que únicamente puede ser proporcionado por quienes detentan el monopolio correspondiente. Por consiguiente, parece razonable sostener que los profesionales del sector privado tienen derecho a rehusarse a entablar una relación fiduciaria con un paciente, siempre que este último pueda acceder con facilidad al mismo servicio a través de otro proveedor. En tal circunstancia, el profesional privado no estaría obligado siquiera a derivar al paciente a otro colega. Sin embargo, si el paciente no cuenta con un acceso alternativo inmediato, entonces sí resulta razonable suponer que el profesional privado incurre en obligaciones respecto de sus necesidades de salud, siempre dentro de los límites de efectividad y equidad laboral previamente mencionados.

Los Principios de Ética Médica de la Asociación Médica Estadounidense (AMA), formulados en el contexto de un sistema de salud con un alto grado de privatización, reconocen que los pacientes deben “cumplir con sus responsabilidades financieras respecto a la atención médica o hablar con sus médicos sobre dificultades económicas”. Asimismo, establecen que “los médicos no tienen la obligación ética de aceptar a todos los pacientes potenciales”. Más allá de la cuestión relativa al pago, son muy escasas las circunstancias en las que un profesional puede legítimamente negarse a atender a un paciente. Entre estas excepciones se encuentran: cuando la atención solicitada excede las competencias del médico; cuando no se puede esperar razonablemente que el tratamiento sea eficaz; si la prestación del servicio requiere recursos que no se encuentran disponibles; si compromete la capacidad del profesional para brindar atención a otros pacientes; o si entra en conflicto con convicciones personales, religiosas o morales profundas del médico, siempre que dicha objeción se ejerza conforme a las directrices éticas establecidas para el ejercicio de la conciencia (Asociación Médica de Estados Unidos, 2021).

Si nuestra interpretación del contrato social y profesional es acertada, entonces la última excepción mencionada –esto es, la posibilidad de rechazar pacientes por motivos de conciencia personal, ya sean religiosos, morales o de otro tipo– resulta: (1) incompatible con las funciones y responsabilidades propias de los profesionales que se desempeñan en el sistema público de salud; y (2) únicamente aceptable en el ámbito privado, siempre y cuando la persona que requiere atención médica pueda acceder sin dificultad al mismo servicio a través de otro proveedor.

¿Qué se les debe a los pacientes? Tres criterios para definir las obligaciones profesionales

Establecer con claridad las obligaciones profesionales permite responder a una objeción común frente a la interpretación ofrecida de los tres casos analizados al inicio de este capítulo, según la cual la objeción de conciencia puede perjudicar a los pacientes. Alguien podría objetar que no se daña a una persona simplemente por negarse a asistirle, aunque dicha negativa sea cuestionable por otros motivos. Por ejemplo, muchos sostendrían que no se perjudica a quien padece hambre en un lugar remoto simplemente por no enviarle alimento; se estaría, en todo caso, dejando de beneficiarlo. Sin embargo, determinar si una negativa constituye un daño real depende de las obligaciones que se tengan hacia la persona a quien se decide no asistir. El daño por omisión –a diferencia del daño activo, como cuando se hiere deliberadamente a otra persona– ocurre cuando existe un perjuicio derivado del incumplimiento de una obligación. Así, establecer si alguien causa un daño por omisión requiere determinar qué obligaciones tiene respecto de la persona afectada. Por ejemplo, el llamado “deber de rescate fácil” es reconocido en muchas jurisdicciones de derecho civil y suele considerarse también una obligación moral (Schuklenk y Smalling, 2017). Si evitar un daño implica un costo bajo, existe la obligación de intervenir. Un ejemplo clásico es

el planteado por Peter Singer: si una persona ve a un niño ahogándose en un estanque y puede salvarlo fácilmente sin un gran sacrificio, tiene la obligación moral de hacerlo (Singer, 1972). No cumplir con esa obligación –y permitir que el niño muera como consecuencia– constituiría un caso evidente de daño por omisión. De forma análoga, si un profesional de la salud tiene la obligación de prestar determinado servicio a un paciente que cumple con los requisitos, y este último sufre un perjuicio como resultado de la negativa, entonces dicha negativa lo ha dañado. Precisamente por su condición de profesionales, las obligaciones éticas y legales que se les exigen son distintas –y más exigentes– que las que recaen sobre personas sin formación médica.

Esta reflexión permite establecer una distinción analíticamente útil para examinar los casos de objeción de conciencia en sentido positivo: la diferencia entre la ética en un sentido amplio y la ética específicamente profesional o médica. Hasta este punto, ambos conceptos han sido utilizados casi de manera intercambiable. No obstante, dicha distinción resulta fundamental, y adquirirá aún mayor claridad al abordar los casos de provisión de abortos por razones de conciencia en el capítulo 4.

La ética, entendida en sentido amplio, concierne a lo que es moralmente bueno o malo, permitido u obligatorio, correcto o incorrecto, para los individuos en tanto que agentes morales, mientras que la ética profesional remite a lo que es moralmente permitido u obligatorio, correcto o incorrecto, para los individuos en el ejercicio de su rol como profesionales. Como se ha señalado, esta última implica un conjunto específico de obligaciones que no necesariamente están presentes en la ética general. Por otra parte, estos dos ámbitos no siempre se superponen; de hecho, pueden entrar en conflicto. Así, podría sostenerse que un profesional de la salud debe guiarse por los principios de la ética médica antes que por los de la ética general, o al menos que no siempre resulta sencillo determinar cuál de los dos conjuntos normativos debe prevalecer en una situación determinada. Por ejemplo, alguien podría considerar que la circuncisión

masculina realizada a un menor entra en tensión con principios de la ética médica o profesional, como el respeto a la integridad corporal, mientras que otra persona podría argumentar que el procedimiento no se limita al ámbito médico o profesional, sino que constituye también una práctica cultural y social, respecto de la cual podría existir una obligación ética –al menos *prima facie*– de respetar determinadas tradiciones y culturas. No adoptamos aquí una postura respecto de estas posiciones. Nuestro objetivo es simplemente destacar que existen cuestiones éticas que trascienden los límites de la ética profesional o médica, y que ambos marcos normativos pueden entrar en tensión. El interés en este análisis se limita a las obligaciones éticas que competen a los profesionales de la salud en su calidad de tales, es decir, a las obligaciones propiamente profesionales.

Por lo tanto, para argumentar en contra del derecho a la objeción de conciencia en el ámbito de la atención médica, resulta fundamental determinar con claridad el tipo de obligaciones profesionales que recaen sobre los proveedores de salud. En el capítulo anterior se analizó la noción de conciencia y las razones por las cuales muchas personas consideran que esta merece un trato especial, incluso en el contexto de objeciones dentro de la práctica médica. En esta sección, proponemos desplazar el foco hacia la primera parte del término “objeción de conciencia”. Gran parte del debate en torno a esta cuestión no presta suficiente atención al hecho de que se trata, precisamente, de objeciones, soslayando así aspectos éticamente relevantes de estas prácticas. El problema no radica exclusivamente en la libertad de conciencia –como podría sugerir el término “conciencia” –, sino también en una demanda específica para apartarse de un curso de acción que, en condiciones normales, se espera que el profesional adopte: una objeción.

Cuando se analiza el papel de la conciencia en la sociedad en general, apelando al principio de libertad de conciencia, suele prevalecer una presunción favorable a las libertades individuales frente a cualquier forma de restricción. La carga argumentativa recae típicamente en quienes pretenden limitar esas libertades, debiendo

ofrecer razones suficientemente sólidas para justificar tal limitación. Por ejemplo, la libertad de practicar una religión, de expresar ideas, o de rechazar determinados tratamientos médicos, se justifica en parte mediante la apelación al principio de libertad de conciencia, el cual constituye, por así decirlo, el punto de partida normativo: es la restricción de dicha libertad la que requiere justificación.

Sin embargo, en este caso nos referimos al papel que desempeña la conciencia en un entorno profesional específico, caracterizado por obligaciones y estándares propios. Mientras que, en el ámbito de la vida social en general, no es necesario “objetar” formalmente para ejercer la libertad de conciencia, en el contexto profesional parece operar una lógica distinta: al menos existe una presunción contraria al ejercicio irrestricto de la libertad de conciencia, de la cual quienes formulan una objeción solicitan una excepción.

Este marco traslada la carga de la justificación a quienes defienden el derecho a la objeción de conciencia en el ámbito de la atención médica. A menos que se presenten razones suficientemente sólidas, debe asumirse que existe un estándar profesional establecido que los profesionales están obligados a respetar –más aún si dicho estándar fue aceptado libremente al ingresar a la profesión (otro tipo de discusión, que abordaremos más adelante, es la que se refiere a la incorporación de estándares posteriores a la incorporación del profesional)–. Naturalmente, qué debe incluirse en ese estándar profesional es materia de debate, y pueden existir desacuerdos razonables al respecto. No obstante, es posible identificar al menos tres criterios que podrían constituir fundamentos plausibles para delimitar las obligaciones profesionales.

Uno de ellos –al que denominamos modelo legal– sostiene que el profesionalismo en la atención médica exige que el profesional provea todos aquellos servicios a los que un paciente tiene derecho legal y que solicita de forma autónoma (ya sea directamente o por medio de un representante, en el caso de menores de edad o adultos con incapacidad). Esta obligación se aplica especialmente en relación con servicios cuya provisión está reservada exclusivamente a los

profesionales de la salud. Un ejemplo paradigmático es la asistencia médica para morir, cuando el paciente cumple con los requisitos legales vigentes. Una versión más controvertida de este criterio sostiene que el profesionalismo exige proveer tales servicios incluso cuando no exista una relación previa formalizada entre el profesional y el paciente, siempre que los profesionales de la salud sean los únicos autorizados a brindar dicho servicio. Esta postura presenta desafíos conceptuales importantes, en la medida en que requiere definir con claridad qué constituye una relación profesional-paciente, cuándo se establece y en qué condiciones específicas.

Un segundo criterio –que denominamos modelo de códigos profesionales– sostiene que el profesionalismo exige proveer los servicios que los pacientes solicitan de manera autónoma (directamente o mediante un representante) y que se ajusten a ciertas normas éticas propias de la profesión, tal como se establecen, por ejemplo, en los códigos de práctica vigentes en el momento en que el profesional se inscribe en el programa médico correspondiente. Por ejemplo, la American Medical Association actualmente considera que el aborto es compatible con la buena práctica médica. En su Código de Ética Médica señala: “Los Principios de Ética Médica de la AMA no prohíben que un médico realice un aborto conforme a la buena práctica médica y bajo circunstancias que no violen la ley” (Asociación Médica de Estados Unidos, 2022). Asimismo, la British Medical Association respalda explícitamente un enfoque gradualista sobre el estatus moral del feto, que permite el aborto hasta las 24 semanas de gestación (excepto en casos limitados) (Asociación Médica Británica, 2017). Si bien las asociaciones médicas y los organismos estatutarios no son necesariamente los depositarios finales de los estándares éticos profesionales, sí ofrecen orientación sobre cuáles son las normas vigentes en diferentes momentos.

Es posible distinguir entre las pautas profesionales que indican cómo actuar en el mejor interés del paciente y otros estándares profesionales, por un lado, y, por otro, las orientaciones de las asociaciones sobre cómo deben actuar los profesionales cuando esos estándares

entran en conflicto con la ley o con la conciencia del profesional. Las primeras constituyen probablemente un juicio profesional sobre el cual las entidades profesionales tienen experiencia y autoridad legítima. Sin embargo, no está claro hasta qué punto las asociaciones profesionales poseen autoridad legítima respecto a las segundas. Los códigos y estándares profesionales deberían reflejar sólidos principios de ética profesional –en este caso, ética médica y de atención sanitaria–, del mismo modo que los estándares éticos para quienes cumplen funciones sociales relevantes no deberían decidirse de forma exclusiva e interna por quienes desempeñan esas funciones. Por la naturaleza misma del profesionalismo, la ética profesional se relaciona en gran medida con la interacción entre los profesionales y la sociedad en la que ejercen su labor. Así, los estándares profesionales relevantes son aquellos sobre los cuales las organizaciones profesionales poseen autoridad legítima, en el sentido que hemos explicado. De hecho, presentamos argumentos que cuestionan el status quo, en el cual la objeción de conciencia se justifica con excesiva facilidad y goza de protección tanto legal como profesional.

Un tercer criterio –posiblemente suficiente por sí solo (aspecto al que retornaremos más adelante)– es lo que denominamos el modelo de ética médica, basado en los estándares propios de la ética médica, según el cual los profesionales tienen la obligación de adherirse a los estándares de ética médica y de atención sanitaria. Este enfoque sería ideal si existiera un consenso generalizado acerca de cuáles constituyen dichos estándares. Sin embargo, en ausencia de ese consenso, surge la pregunta fundamental: ¿quién tiene la autoridad para determinar cuáles son los estándares de la ética médica?

Existen al menos dos respuestas a esta interrogante. En primer lugar, la ética médica moderna emergió tras la Segunda Guerra Mundial y los experimentos nazis, con la promulgación del Código de Nuremberg, y consolidó su fuerza en las décadas del sesenta y setenta. Actualmente, se cuenta con una amplia literatura que orienta las decisiones sobre lo que ética y profesionalmente debe hacerse en medicina. En segundo lugar, como ocurre en todas las áreas de la

ética aplicada, lo que se considera buena ética médica puede ser objeto de debate. Durante un período prolongado, esta última se ha fundamentado en los cuatro principios identificados por Beauchamp y Childress, que han contado con un amplio respaldo: autonomía, beneficencia, no maleficencia y justicia (Beauchamp y Childress, 2009). No obstante, este enfoque basado en los cuatro principios ha sido objeto de críticas (Clouser y Gert, 1990; Lewis y Schuklenk, 2022; Schuklenk y Zhang, 2014). Parte del problema radica en que la ética médica parece abarcar más que estos cuatro principios, incluyendo otros valores como la confiabilidad o la solidaridad, que no pueden ser reducidos a los mencionados principios. Otra dificultad consiste en la incertidumbre sobre qué criterio aplicar para resolver los conflictos inevitables que surgen entre estos principios, como por ejemplo cuando dos pacientes podrían beneficiarse por igual de una intervención, pero los recursos solo alcanzan para atender a uno de ellos. Lo que parece menos controvertido –y que adoptaremos como estándar mínimo para la ética médica y la atención sanitaria– es que, independientemente de otras obligaciones profesionales, los proveedores de salud tienen la responsabilidad profesional de actuar en el mejor interés de sus pacientes, siempre que estos soliciten de manera autónoma servicios a los cuales tienen derecho legal. Por razones de equidad, existen límites en los costos que los sistemas públicos de salud deben asumir para proveer a los pacientes los servicios solicitados autónomamente; sin embargo, los casos típicos de objeción de conciencia no se fundamentan en consideraciones de equidad.

De acuerdo con esta perspectiva, un profesional debería realizar procedimientos médicos cuando sean en beneficio de la salud del paciente legalmente elegible, sean solicitados de forma autónoma y requieran medios o experiencia médica para su realización. En adelante, nos referiremos a este criterio como el “mejor interés médico” en lugar del “mejor interés” en un sentido más amplio, dado que implica competencia médica para su promoción y puede evaluarse mediante criterios reconocidos por la medicina, tales como el funcionamiento fisiológico, el bienestar o la salud. Esta precisión resulta crucial para

evitar dos problemas opuestos que podría generar la noción más amplia de “mejor interés”.

Uno de los problemas radica en que los pacientes podrían albergar expectativas excesivas respecto a los médicos. Los pacientes poseen diversos tipos de intereses, incluso aquellos relacionados con la salud, que no necesariamente recaen bajo la responsabilidad profesional de los médicos. Estos últimos cuentan únicamente con competencia, autoridad epistémica y responsabilidades profesionales respecto a ciertos aspectos médicos y a las intervenciones correspondientes. Por ende, los pacientes pueden esperar legítimamente que se les provean únicamente aquellos medios e intervenciones médicas que favorecen sus mejores intereses, razón por la cual utilizamos la expresión “intereses médicos”. No obstante, es importante destacar que los médicos no tienen la responsabilidad profesional de atender intereses que, si bien están vinculados a la salud, no son estrictamente médicos. Por ejemplo, en el caso de la pérdida de un empleo que repercute negativamente en la salud mental y física del paciente, el médico tiene la responsabilidad de asistir mediante medios médicos los problemas derivados, pero no la obligación profesional de ayudar a conseguir un nuevo empleo, aun cuando esta fuera la solución óptima para la mejoría del paciente. No todos los intereses del paciente, ni siquiera aquellos relacionados con la salud, pueden considerarse intereses médicos. Otros profesionales del ámbito sanitario poseen competencias y responsabilidades que exceden lo estrictamente médico; por ejemplo, las enfermeras asumen responsabilidades profesionales que no requieren la aplicación de medios médicos. Sin embargo, los intereses del paciente en recibir una adecuada atención de enfermería pueden ser considerados “médicos” en un sentido más amplio, dado que constituyen una condición necesaria para que la atención médica sea adecuada y efectiva, ya sea antes, durante o después de la intervención médica. Por otro lado, las enfermeras no tienen la responsabilidad de garantizar que un paciente reciba una atención adecuada en el hogar por parte de su familia tras el alta hospitalaria, por ejemplo.

Otro problema de la noción amplia del “mejor interés” es que los profesionales de la salud podrían utilizarla para restringir en exceso las opciones disponibles, al imponer unilateralmente su propia interpretación de lo que consideran beneficioso. Por ejemplo, las convicciones morales personales pueden influir en la evaluación de lo que se juzga mejor para un paciente. Si alguien considera que el aborto es un pecado, podría concluir que no es adecuado para una mujer, simplemente porque no comparte su concepción de lo que constituye su “mejor interés”. La noción de “interés médico” contribuye, al menos en parte, a mitigar este problema, ya que excluye muchas consideraciones morales personales que podrían sesgar el juicio clínico. El aborto es un procedimiento que un profesional detenta la competencia técnica para realizar y, de hecho, monopoliza su provisión en virtud de su formación y habilidades. Eso es lo único relevante para determinar si se encuentra en el mejor interés médico de una mujer acceder a dicho procedimiento, siempre que ella cumpla con los requisitos legales y lo solicite de manera autónoma.

Consideremos, por ejemplo, cómo distintos profesionales pueden discrepar respecto a si los efectos adversos de la quimioterapia justifican sus beneficios médicos al combatir el cáncer y prolongar la vida. El uso del término “justificar” introduce un juicio de valor en la evaluación clínica, pero esos valores deben ser los del paciente. Este, junto con su familia, podría tener en cuenta no solo la duración esperada de vida, sino también su calidad. La importancia relativa de la calidad de vida es una cuestión que define el mejor interés del paciente, pero no corresponde al médico establecerla, ni tiene la autoridad ni la competencia para hacerlo. Actuar en el mejor interés médico del paciente –a diferencia de hacerlo en un sentido más amplio– implica ofrecer información veraz sobre los efectos previstos del tratamiento en términos de síntomas y posibilidades de detener o curar la enfermedad, asegurarse de que el paciente y su familia comprendan esa información, y proceder conforme a sus deseos. Con eso basta para cumplir con el criterio de velar por su mejor interés médico. La determinación del mejor interés en un sentido más amplio debe

recaer en el propio paciente. Es importante subrayar que el hecho de que los médicos no tengan autoridad para definir el mejor interés general de sus pacientes no implica que siempre deban actuar en función de este. Existen consideraciones éticas relacionadas con la distribución equitativa de recursos escasos que pueden limitar la medida en que dicho interés puede ser promovido. No obstante, como veremos, esas limitaciones se derivan de criterios profesionales explícitos, y no de principios morales implícitos vinculados a la conciencia del profesional de la salud.

En ocasiones, un profesional puede apelar a consideraciones relacionadas con la salud mental. ¿Podría el aborto ser perjudicial para la salud mental de una mujer? ¿O existen motivos de salud mental que justifican su solicitud y que podrían abordarse de otro modo? Estas preguntas de difícil respuesta son, con todo, pertinentes, ya que la salud mental es una dimensión integral de la salud que puede verse afectada por un procedimiento médico, que el profesional debe ponderar en su evaluación. Sin embargo, los juicios y predicciones sobre salud mental deben sustentarse en evidencia clínica específica del caso, sobre la base de criterios diagnósticos establecidos –aunque sujetos a debate–, como los recogidos en el *Manual Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales* de la Asociación Psiquiátrica Americana. Son estos, u otros marcos clínicos reconocidos, los que deben guiar de manera exclusiva la evaluación profesional, conforme a la obligación ética y técnica del profesional de la salud. Ahora bien, también es cierto que todo juicio clínico implica la interpretación de una evidencia que, con frecuencia, es parcial, y que las creencias morales del profesional pueden incidir en dicha interpretación. Este proceso suele desarrollarse de manera implícita, y las razones que conducen a una determinada conclusión pueden no ser del todo claras, incluso para quien la formula. Por ello, incluso un juicio profesional sobre el mejor interés médico no siempre puede desvincularse con facilidad de las convicciones morales del profesional respecto al procedimiento en cuestión, aspecto sobre el cual nos detendremos más adelante.

La distinción entre intereses médicos y otros de carácter más amplio permite abordar –y descartar– un cuarto posible criterio relativo a las obligaciones profesionales: la idea de que los profesionales de la salud están obligados únicamente a prestar servicios que se encuentren dentro del ámbito propio de la atención médica (Curlin y Tollefsen, 2021). Esta perspectiva suele presentarse como el enfoque tradicional de la medicina, centrado exclusivamente en la promoción de la salud (Callahan, 2019, pp. 265-268). En contraste, el enfoque moderno de la atención sanitaria y de la práctica médica pone el acento en la autonomía del paciente y en la promoción de su interés general –entendido de manera amplia–, sustituyendo la noción de salud por la de “búsqueda de la felicidad o del bienestar humano en general”, y ampliando el alcance de la medicina hacia “el alivio del sufrimiento que proviene de la vida misma, no solo del cuerpo enfermo” (Callahan, 2019, p. 265). Como veremos en el capítulo 4, este argumento es esgrimido con frecuencia por quienes buscan defender el derecho a la objeción de conciencia frente a la provisión de abortos, al sostener que el aborto no constituye atención médica. Pero ¿qué entendemos por salud y qué por atención médica? Uno de los problemas de este criterio es que la atención médica abarca un campo más amplio que la medicina estrictamente entendida: existen múltiples formas de promover y cuidar la salud que no requieren competencias médicas ni pertenecen al ámbito de responsabilidad de los profesionales de la salud –por ejemplo, conseguir empleo, como se discutió antes–. En este sentido, el término “profesional de la salud” resulta en cierta medida impreciso e incluso equívoco, ya que podría sugerir que el ámbito de competencia de médicos y enfermeros es más amplio de lo que realmente es. Cuando se afirma que los profesionales de la salud solo tienen responsabilidades respecto de servicios incluidos en la atención médica, presumiblemente se está limitando la afirmación al ámbito de los servicios médicos propiamente dichos.

Pero incluso si se limitara el ámbito de las obligaciones profesionales al campo de la atención médica, este criterio corre el riesgo de resultar inaplicable debido al persistente desacuerdo sobre qué

se entiende por salud y atención médica. Tanto la literatura académica como las organizaciones de salud han ofrecido concepciones diversas de la salud, que a menudo entran en conflicto entre sí. Por ejemplo, la definición propuesta por la Organización Mundial de la Salud (OMS) implicaría que el alcance de la atención médica –y, en consecuencia, las responsabilidades de los profesionales de la salud– es considerablemente amplio, dado que dicho organismo considera la salud como “un estado de completo bienestar físico, mental y social, y no solamente la ausencia de afecciones o enfermedades” (Organización Mundial de la Salud, Constitución). Esta formulación podría exigir que la asistencia sanitaria, y las obligaciones de quienes la proveen, excedan ampliamente el ámbito del tratamiento o la prevención de enfermedades. No obstante, esta concepción resulta problemática, ya que, a primera vista, parece establecer un estándar de salud inalcanzable, lo cual podría legitimar demandas de acceso a la atención sanitaria por parte de cualquier persona en cualquier momento, dado que difícilmente alguien alcanzará ese tipo de bienestar “completo” (Callahan, 1973). Se han propuesto, no obstante, interpretaciones del término “completo” que hacen más plausible esta definición, como aquellas que lo entienden en términos de bienestar “holístico”, en lugar de total o perfecto (Schramme, 2023). Aquí no pretendemos adoptar una posición respecto a qué debe considerarse salud, ni evaluar los méritos de la definición de la OMS, sino más bien señalar que cualquier concepción de la salud implica la adopción de determinados valores éticos sobre lo que se considera digno de ser promovido; en el caso de la OMS, un nivel de bienestar integral, según cómo se interprete. Se trata, en definitiva, de un concepto normativo, no meramente descriptivo.

Cuando Christopher Boorse propuso su definición de “salud” en términos de funcionamiento normal estadísticamente típico de la especie –donde “funcionamiento” se refiere a la contribución del organismo a la supervivencia y reproducción del individuo–, uno de sus principales argumentos era que dicha definición carecía de contenido valorativo. Desde esta perspectiva, la salud sería

mensurable sin necesidad de recurrir a normas éticas o culturales sobre lo que debe considerarse normal o aceptable (Boorse, 1977). Es cierto que las medidas estadísticas son objetivas y neutrales en cuanto a valores; sin embargo, optar por utilizar estos criterios en lugar de, por ejemplo, el nivel de bienestar como referencia para definir la salud no es una decisión neutral, sino que implica una elección valorativa respecto de qué aspecto debe priorizarse al identificar un estado saludable, que acarrea consecuencias sobre qué deben considerar prioritario los profesionales y los sistemas de salud. Esta concepción puede resultar razonable, pero lo es, especialmente, en un sentido ético, no exclusivamente médico o científico. Lo mismo puede decirse de la definición de salud propuesta por Curlin y Tollefsen, quienes la emplean para delimitar el alcance de las obligaciones profesionales en el ámbito sanitario y, por consiguiente, de las objeciones de conciencia admisibles. Estos autores adoptan la concepción de Leon Kass, quien entiende la salud como el buen funcionamiento del organismo, en línea con una visión teleológica tradicional, de raíz aristotélica y basada en la ley natural, según la cual un cuerpo normal y saludable es aquel en el que cada parte cumple con su finalidad específica. Sostiene Kass:

Las partes de un organismo tienen funciones específicas que definen su naturaleza como partes: la médula ósea para producir glóbulos rojos; los pulmones para el intercambio de oxígeno y dióxido de carbono; el corazón para bombear la sangre. Incluso a nivel bioquímico, cada molécula puede caracterizarse según su función (Kass, 1975).

Siguiendo esta lógica, podría sostenerse que el embarazo constituye la función natural del sistema reproductivo femenino, por lo que no podría considerarse en sí mismo un estado patológico, salvo que surjan complicaciones. De ahí que, bajo esta concepción, la interrupción del embarazo no formaría parte de la medicina ni del cuidado de la salud. Esta posición puede resultar plausible o no, pero si lo es, lo será en virtud de determinados valores éticos,

como la relevancia moral atribuida a los mecanismos naturales. En el capítulo 4, examinaremos algunos argumentos que apelan a esta concepción para justificar la objeción de conciencia frente al aborto, sobre la base de que dicho procedimiento no constituye atención médica.

Estas posturas pueden considerarse objetivas en la medida en que adoptan una noción de salud cuyos parámetros son medibles o, al menos, observables, a diferencia de aquellas concepciones basadas en criterios subjetivos –como las preferencias personales, la felicidad, el bienestar o el florecimiento– que resultan inaccesibles para observadores externos. No obstante, dichas posturas no son objetivas si entendemos por objetividad la neutralidad en cuanto a valores, ya que optar por una definición de salud basada en el funcionamiento normal o en una visión teleológica inspirada en la teoría de la ley natural –o en cualquier otra– implica asumir ciertos valores éticos y supuestos normativos sobre la naturaleza humana. Leon Kass sostiene que “la salud es un estándar o norma natural, no una norma moral, ni un ‘valor’ frente a un ‘hecho’, ni una obligación, sino un estado de ser que se manifiesta en la actividad como un estándar de excelencia o aptitud corporal” (Kass, 1975, p. 28). Sin embargo, la elección de adoptar ese “estándar o norma natural” como criterio de salud constituye, en sí misma, una decisión valorativa, y más precisamente, una decisión de carácter moral. Además, conviene recordar que dicho “estándar natural” incluye también estados dolorosos, no solo condiciones de excelencia o aptitud corporal: el embarazo y el parto, por ejemplo, pueden implicar dolor, aunque se consideren procesos naturales. Bajo este criterio, ese dolor sería interpretado como saludable, lo cual llevaría a concluir que aliviarlo mediante intervenciones médicas no formaría parte de la medicina ni del cuidado de la salud, conclusión esta que puede sostenerse solo si se reconoce que se trata de una discusión de naturaleza ética.

Dado que la salud es un concepto normativo, el “cuidado de la salud” también lo es. Como se analizará en el capítulo 4, los desacuerdos respecto de si un procedimiento como el aborto constituye o no

cuidado de la salud no suelen deberse a discrepancias empíricas –por ejemplo, sobre en qué consisten los procedimientos abortivos, sus efectos sobre el funcionamiento biológico típico de la especie, el bienestar de las mujeres o los riesgos asociados–, sino a razones de otro orden. Lo que realmente está en discusión es si el aborto debería considerarse parte del cuidado de la salud y, por tanto, incluido entre los servicios que los profesionales y sistemas de salud deben proveer. Esto implica que, al intentar establecer las obligaciones profesionales y los límites de la objeción de conciencia en el ámbito sanitario, afirmar que el aborto es (o no es) cuidado de la salud equivale, en cierta medida, a asumir de antemano la conclusión de la cuestión debatida. Es decir, calificar algo como “cuidado de la salud” presupone juicios éticos sobre qué debe formar parte de las responsabilidades o de la discrecionalidad profesional de quienes trabajan en el ámbito sanitario, lo cual implica apelar a las consideraciones normativas que se han venido examinando: ¿Debe delimitarse el ámbito legítimo del cuidado de la salud por lo que establece la ley? ¿Por los códigos profesionales de práctica? ¿Por los principios de la ética médica? Y en cada caso, ¿cuáles son los criterios que determinan qué debe incluirse? Es un error concebir la pregunta “¿qué es el cuidado de la salud?” como un asunto conceptual previo y separado de las consideraciones normativas sobre el alcance adecuado de las obligaciones profesionales, sino que debe resolverse dentro del marco que proponen cada uno de los tres criterios normativos.

Podríamos, en efecto, entablar una discusión independiente sobre cómo deberían definirse la salud y el cuidado de la salud, y esa definición podría incorporarse posteriormente a la legislación, a los códigos profesionales o a los principios de la ética médica. Sin embargo, una vez más, se trataría de una discusión de carácter ético, no médico ni científico. Ello se debe a que tanto la salud como el cuidado de la salud son conceptos normativos, en la medida en que se sustentan en determinadas concepciones sobre qué estados físicos y mentales son valiosos y qué fines profesionales merecen

ser promovidos. En última instancia, es posible que debamos aceptar la existencia de desacuerdos y reconocer que distintos marcos legales, códigos deontológicos o enfoques éticos en medicina adoptarán definiciones divergentes de salud y de cuidado de la salud. No obstante, por todas las razones expuestas anteriormente, ello no implica que deba dejarse a la conciencia individual de cada profesional la decisión unilateral sobre qué cuenta como salud o cuidado de la salud en el ejercicio de su labor, especialmente frente a un paciente.

En parte debido a las diferencias en las nociones implícitas de salud y cuidado de la salud, los tres criterios de obligaciones profesionales identificados previamente pueden entrar en tensión entre sí. La ley puede exigir acciones o abstenciones que contravengan los principios de la ética médica. Las leyes que regulan procedimientos controvertidos, así como las directrices profesionales, suelen incluir cláusulas que permiten la objeción de conciencia a dichos procedimientos, incluso cuando estos se encuentran en el mejor interés de pacientes que cumplen con los criterios de elegibilidad, como ilustró, por ejemplo, el caso de la PrEP al inicio de este libro. Por su parte, las directrices profesionales pueden contradecir la ley, aunque generalmente los códigos de práctica exigen actuar dentro del marco legal. Resulta discutible si los tres criterios mencionados son todos necesarios para fundamentar las obligaciones profesionales –es decir, si los profesionales tienen la obligación de ofrecer únicamente aquellos servicios que sean legales, autorizados por las organizaciones profesionales y compatibles con los principios de la ética médica–. No adoptaremos una postura definitiva sobre esta cuestión aquí, aunque en el capítulo 4 abordaremos casos en los que se evidencia esta tensión.

Una distinción útil para abordar casos en los que pueda surgir tal tensión es la que se establece entre realizar directamente un procedimiento y participar en él únicamente para minimizar el dolor o maximizar la seguridad. Existen dos tipos de casos que resultan relevantes para esta discusión. El primer tipo ocurre

cuando se solicita a un profesional de la salud brindar asistencia médica exclusivamente para minimizar el dolor o aumentar la seguridad en un procedimiento que no se ajusta a los estándares de ética médica –como sucede, según muchos, con la mutilación genital femenina o la pena de muerte– pero que, de todas formas, se llevará a cabo. En tales situaciones, podría sostenerse que existe una obligación profesional de prestar ese servicio a pesar de la objeción de conciencia, ya que minimizar el dolor está en consonancia con los estándares éticos profesionales. Además, cuando pacientes con capacidad de decisión –al menos adultos– solicitan la intervención médica, esta respeta la autonomía del paciente. El segundo tipo de caso se presenta cuando se requiere al profesional realizar el procedimiento completo –no solo intervenir para minimizar el dolor–, que no cumple con los estándares profesionales, aunque sea legal y los individuos sean elegibles para solicitarlo de forma autónoma. En cierto sentido, aplica la misma consideración: la alternativa probablemente sería que el procedimiento se realice sin asistencia médica, lo que implicaría un dolor adicional evitable para el paciente. Sin embargo, dado que el procedimiento en sí no es profesional, resulta más complejo fundamentar una obligación del profesional de la salud para llevarlo a cabo. En estas circunstancias, el argumento a favor de permitir la objeción es más sólido, incluso si el profesional considera que el procedimiento se efectuará igualmente por personas no profesionales, lo que conllevaría un dolor adicional evitable. No obstante, la razón por la cual el argumento para conceder la objeción es más fuerte no radica en que se trate de una objeción “de conciencia” y que, por tanto, la libertad de conciencia tenga aquí un peso mayor que en otros casos; sencillamente, en este caso, existe una convergencia entre la objeción de conciencia y lo que podríamos denominar una “objeción profesional”. Por ejemplo, la mutilación genital femenina en una niña no se considera compatible con los estándares de ética médica porque es médicamente dañina –causa dolor– y no proporciona beneficio alguno para la salud.

Por ahora, basta señalar que en el ámbito de la salud, al igual que en otras profesiones, existe un estándar profesional que se espera que los miembros del ejercicio cumplan. Con el término “objeción”, nos referimos a una excepción a una línea de conducta, sobre la cual pesa, al menos, una presunción de que los profesionales deben seguirla. Esto no implica que no puedan existir razones válidas para objetar una conducta profesional o para conceder objeciones; sin embargo, sí requiere que se presente un argumento que respalde dicha objeción. No es posible asumir simplemente que la invocación de la conciencia constituya, por sí sola, una razón suficiente para trasladar la carga de la prueba a quienes buscan limitar el derecho a la objeción de conciencia en el contexto profesional de la atención sanitaria. Si las apelaciones a la conciencia justifican excepciones, se requiere una argumentación sólida que explique por qué.

Por esta razón, una parte sustancial de este libro –el capítulo 3– estará dedicada a dismantlar los argumentos a favor del derecho a la objeción de conciencia en el ámbito sanitario. Si el argumento a favor de la objeción de conciencia se basa principalmente en ofrecer una razón válida para conceder excepciones, entonces la refutación debe centrarse en neutralizar esas razones.

Ahora bien, se podría cuestionar legítimamente esta manera de plantear el problema: ser profesional no necesariamente implica, prima facie, la obligación de no seguir jamás la propia conciencia personal. Por una parte, los estándares profesionales pueden estar equivocados, mientras que la conciencia personal podría estar en lo correcto; por otra, ser profesional podría requerir, precisamente, ejercer el propio juicio consciente, lo que incluye aplicar los valores morales personales a la conducta profesional, especialmente en situaciones de conflicto entre valores que parecen irresolubles. Consideremos estas dos observaciones por separado antes de continuar con nuestro análisis sobre el profesionalismo en el ámbito de la salud.

¿Qué pasa si las normas profesionales están equivocadas y mi conciencia tiene razón?

Nadie puede negar la posibilidad de que algunas normas profesionales sean erróneas, que el análisis ético en el que se basan sea incorrecto, y que la conciencia de algunos profesionales pueda estar en lo cierto, incluso si en un momento dado forman parte de una minoría. En efecto, muchas sociedades y organismos profesionales han respaldado en el pasado normas claramente poco éticas en diversos contextos, incluida la profesión médica. Como mencionamos en el capítulo 1, los experimentos médicos realizados por los nazis son un ejemplo que a veces se cita para respaldar este argumento, aunque, en realidad, con frecuencia violaban las normas de ética médica incluso en su tiempo y causaban un daño evidente a los pacientes (Pruski, 2021). Las “terapias” forzadas para personas homosexuales, incluida la castración química para suprimir la orientación sexual, son quizás ejemplos más claros, dado que, en su momento, fueron ampliamente aceptadas por la comunidad médica. Cuando Alan Turing fue sometido a castración química, por ejemplo, el estamento médico apoyaba mayoritariamente el procedimiento como una alternativa válida a otros tipos de castigo legal por “indecencia grave”. Incluso si no se sostiene que el valor de la libertad de conciencia supere la importancia de las obligaciones profesionales, la libertad de conciencia podría tener un valor instrumental como recordatorio de las posibles razones en contra de los estándares aceptados actualmente. Una básica “humildad moral epistémica” podría funcionar como advertencia contra el exceso de confianza en nuestros estándares actuales (Sulmasy, 2008; Sulmasy, 2017). El tipo de pluralismo moral que sostiene la libertad de conciencia minimizaría el riesgo de obligar a los profesionales a realizar algo que no solo va en contra de su conciencia, sino que podría ser éticamente incorrecto. Si existe la posibilidad de que los estándares actuales –particularmente en procedimientos controvertidos como el aborto– sean éticamente

erróneos, parecería haber razones de peso, al menos, para permitir la objeción de conciencia.

Aceptamos la premisa de este argumento: muchos estándares profesionales podrían ser éticamente erróneos. Por ejemplo, ¿qué pasaría si se descubriera que los fetos desarrollan algún tipo de conciencia moral en una etapa temprana desconocida hasta el momento? ¿O si alguien presentara un argumento ético convincente a favor del derecho a la vida de los fetos que pudiera cambiar la opinión de quienes actualmente piensan que el aborto es moralmente permisible? ¿O si alguien descubriera que los animales sufren de manera desproporcionada en la experimentación médica, más allá de lo que habíamos asumido hasta ahora? No negamos que tales interrogantes deben ser considerados asiduamente: la humildad epistémica y moral son virtudes que debemos aplicar de forma constante, con el fin de mantener los estándares actuales bajo escrutinio y estar preparados para revisarlos si surgen buenas razones o nueva evidencia. De hecho, ser un profesional no debería impedir a nadie cuestionar las normas vigentes ni actuar para promover cambios a través de los medios legítimos que las sociedades democráticas liberales ponen a disposición (por ejemplo, campañas públicas, publicaciones, actividades políticas) (Savulescu, 2001).

Sin embargo, ser un profesional exige que ese cuestionamiento ético y esas acciones políticas no se lleven a cabo en el contexto de los encuentros clínicos con los pacientes, ni interfieran con el acceso fácil de los pacientes a los servicios que solicitan y a los que tienen derecho. Evaluar las normas profesionales requiere evidencia científica junto con una deliberación moral racional, no una simple introspección. La falibilidad de las normas profesionales no exige objeción de conciencia, sino un debate activo y la disposición a participar en el diálogo y la reforma a nivel profesional. El cuestionamiento de las normas profesionales pertenece al ámbito de la acción política, no al de la práctica clínica, y debe llevarse a cabo mediante los medios legítimos de las sociedades democráticas y la discusión abierta.

Consideremos dos casos controvertidos. Hay escasez de corazones para trasplante en niños. Algunos niños con síndrome de Down requieren un trasplante de corazón. Un principio de igualdad exige dar a estos niños la misma oportunidad de trasplante que a los niños sin síndrome de Down que tienen oportunidades de vida normales –por ejemplo, por sorteo u orden de llegada– dependiendo de la noción de justicia que se adopte. Sin embargo, un principio de maximización de la utilidad esperada requiere trasplantar primero a los niños sin síndrome de Down. No discutiremos aquí si debemos dar prioridad a la utilidad o a la igualdad, el punto relevante es que no debe ser una decisión que se deje a los valores o a la conciencia individual de los médicos. El público tiene el poder de decidir cómo equilibrar la igualdad y la utilidad, por ejemplo, votando por políticos que apoyen una postura determinada, o haciendo campaña para cambiar políticas o directrices profesionales, o utilizando cualquiera de los medios que las sociedades liberales ofrecen para promover cambios en las políticas. Idealmente, la deliberación pública debería estar informada por un escrutinio ético cuidadoso, pero esto no es algo en lo que los profesionales de la salud tengan una experiencia especial.

O consideremos el caso de un médico intensivista que suscribe el llamado enfoque de las “*fair innings*” (oportunidades justas) para la edad y la asignación de camas en cuidados intensivos. Según esta perspectiva, las personas mayores deberían tener menor prioridad para recibir estos recursos escasos porque es más probable que ya hayan disfrutado de su parte justa de recursos a lo largo de su vida –opinión razonable apoyada por algunos bioeticistas prominentes (Callahan, 1995)–. Sin embargo, si existe una obligación profesional de brindar acceso equitativo a cuidados intensivos sin importar la edad, entonces el intensivista debería admitir a los pacientes independientemente de su “*fair innings*”, sin importar su objeción de conciencia –por más plausible que sea– a tal criterio de asignación.

Parte de la justificación para el deber profesional de seguir los estándares profesionales es que tales reglas permiten la coordinación del grupo en cuestión. Frank Jackson pone el ejemplo del control sectorial de las multitudes en un partido de fútbol, esquema según el cual cada guardia de seguridad debe seguir reglas para manejar un determinado sector y de este modo lograr la coordinación de la multitud en su conjunto. Si cada guardia comienza a ejercer su propio juicio sobre lo que es mejor, es menos probable que se logre el control de la multitud (Callahan, 1995, p. 17). Por supuesto, a veces las reglas para la coordinación social o el control de multitudes son erróneas, pero ese no es el papel de los guardias individuales en un partido. En una emergencia extrema, un individuo debería romper las reglas para prevenir un daño mayor que probablemente resultaría si se siguieran las reglas. En el desastre de Hillsborough durante un partido de la FA Cup en 1989, la policía no permitió que los aficionados ingresaran al campo después de que se aglomeraron en las puertas de entrada por temor a un motín, temor que resultó ser infundado. Noventa y siete personas murieron como consecuencia de que los oficiales de policía simplemente siguieron las reglas. Pero esta es una emergencia extrema y obvia. Un individuo podría verse obligado por las circunstancias a romper las reglas, pero también debe estar preparado, después de una revisión de sus acciones, para enfrentar las consecuencias disciplinarias por haber quebrantado dichas reglas. Cuando consideramos los casos típicos de objeción de conciencia en la atención sanitaria, difícilmente se trate de situaciones en las que los profesionales deban tomar decisiones rápidas en emergencias, sino que se suceden antes de los encuentros clínicos, cuando la aplicación de ciertos estándares para alcanzar los objetivos esperados por la profesión (como la atención sanitaria adecuada definida por el estándar profesional vigente) es relativamente clara. Una vez más, los médicos individuales pueden estar en desacuerdo con tales estándares e incluso tener buenas razones para ello, pero ser profesional implica igualmente cumplir con esos estándares profesionales.

Si en efecto existieran razones éticas de peso para incumplir un estándar profesional, eso no significaría que cierto requerimiento deje de ser un estándar profesional, sino más bien que los médicos tienen una obligación ética de actuar en contra de ese estándar profesional. Aunque esto pueda parecer una concesión a quienes están a favor de la objeción de conciencia en el ámbito sanitario, en realidad el punto es poco controvertido y no es una prerrogativa exclusiva del profesionalismo. Lo mismo se aplica a la ley. A veces puede haber buenas razones éticas para actuar en contra de la ley, por ejemplo, si es injusta o si, en un caso específico, se reduciría el daño al quebrantarla, pero eso no significa que algo deje de ser un requisito legal, sino que, en determinados casos, participar en un acto de desobediencia civil puede estar éticamente justificado. No obstante, precisamente porque la justificación ética no anula la naturaleza del requerimiento legal dentro de una determinada norma, existen consecuencias legales para quienes incurren en desobediencia civil. Lo mismo se aplica a actuar en contra de los estándares profesionales: si un profesional considera que existen buenas razones éticas para actuar en contra de ellos, su conducta debería ser tratada como un acto de desobediencia civil.

Típicamente, la desobediencia civil es un acto u omisión contrario a la ley, cuyo objetivo es provocar un cambio en las políticas públicas o manifestar el desacuerdo con una determinada política (Glover, 1977). Al participar en un acto de desobediencia civil, las personas no esperan que esta acción esté libre de consecuencias, sino que, aun a sabiendas de las posibles sanciones legales y de los altos costos personales, consideran que la causa que defienden merece asumir dichos costos. Por ejemplo, en un país como Suecia, donde (al momento de escribir el presente trabajo) no existe protección legal para la objeción de conciencia en el ámbito sanitario, la negativa de un médico a realizar un aborto al que una mujer tiene derecho constituiría un acto de desobediencia civil que podría acarrear sanciones legales y profesionales. A menudo, la desobediencia civil se adopta cuando otros mecanismos democráticos resultan ineficaces;

en ocasiones, está éticamente justificada si el statu quo al que se opone una persona es moralmente inaceptable. Por ejemplo, existía una sólida justificación ética para que los médicos se negaran a participar en los crueles experimentos de hipotermia del régimen nazi, en los que se sumergía a individuos en agua helada para probar la resistencia del cuerpo humano a bajas temperaturas. Que los profesionales de la salud estén éticamente justificados o no al involucrarse en actos de desobediencia civil depende en gran medida de consideraciones éticas sustantivas sobre la práctica en cuestión, por ejemplo, sobre la ética del aborto en sí mismo. Sin embargo, como señalamos en el capítulo 1, tales cuestiones éticas sustantivas están fuera del alcance de este libro, al igual que la desobediencia civil.

En última instancia, aun cuando los estándares profesionales actuales pueden estar equivocados, al menos en las sociedades democráticas liberales, contamos con los medios –y posiblemente con el deber– de examinarlos y debatirlos constantemente sin recurrir a la objeción de conciencia en la práctica clínica. Las acciones políticas legítimas pueden estar justificadas éticamente y ofrecer ciertos beneficios. Sin embargo, negarse a brindar servicios médicos simplemente por valores personales durante el ejercicio clínico no puede justificarse ni ética ni profesionalmente, como argumentaremos con más detalle en nuestra discusión sobre el profesionalismo más adelante en el capítulo.

Conciencia profesional

Un segundo posible contrapunto a la afirmación de que el profesionalismo es incompatible con seguir la propia conciencia sostiene que, por el contrario, ejercer una profesión implica necesariamente actuar con juicio moral consciente. Como se ha señalado, las decisiones clínicas están impregnadas de valores: el interés superior del paciente, su autonomía o la distribución equitativa de recursos escasos son, todos ellos, principios normativos.

Los profesionales de la salud deben sopesar estos valores cuando entran en tensión, puesto que difícilmente podrían tomar decisiones moralmente responsables si se les niega la posibilidad de actuar conforme a su conciencia, es decir, aquello que debería orientar su juicio moral.

Como vimos en el capítulo 1, la conciencia constituye un componente esencial de la identidad personal, en tanto solemos identificarnos –y reconocer a otros– por nuestras convicciones morales más arraigadas, de modo que resulta poco razonable esperar que los profesionales tomen decisiones moralmente significativas sobre la vida y la muerte dejando su conciencia al margen. Si aceptamos que la conciencia es relevante en cuanto parte constitutiva del sujeto moral, entonces ejercer una profesión médica supone integrar esa práctica como dimensión significativa que no puede ser excluida del conjunto de factores pertinentes inherentes a sus obligaciones. Sin embargo, si se desea preservar la conciencia como elemento fundamental del comportamiento profesional, es necesario precisar qué se entiende por un profesional de la salud con conciencia. No se trata simplemente de alguien que actúa conforme a convicciones personales, sino quien ha interiorizado una conciencia profesional: una identidad moral vinculada a los valores y estándares éticos propios de la profesión. Ante un conflicto, esta conciencia exige –cuando corresponda– subordinar las creencias individuales al marco normativo profesional. Actuar con conciencia, entonces, implica conducirse profesionalmente, sin dejarse guiar por valores meramente personales o idiosincráticos. Los valores profesionales, lejos de ser arbitrarios, se hallan articulados en documentos fundamentales –como la Declaración de Ginebra de la Asociación Médica Mundial y otros códigos éticos nacionales–, y se caracterizan por su compromiso con el bien común y la primacía del bienestar del paciente, dentro de los límites que impone la distribución de recursos.

En este marco, cuando Thomas Cavanaugh defiende el derecho a la objeción de conciencia en el ámbito sanitario con base en el juramento profesional, no apela a la conciencia entendida como

expresión de valores personales, sino precisamente a la conciencia profesional aquí descrita. Como él mismo señala:

Ese aspecto de la conciencia que es formado por la profesión y en el que uno confía como practicante equivale a la faceta profesional de la conciencia. Por supuesto, esta característica de la conciencia refleja la ética interna de la práctica [...]. Esa ética no se limita a reiterar lo que la moralidad podría sostener independientemente de la formación como miembro de la profesión. Más bien, en consonancia con la ética interna, la conciencia profesional –si se me permite llamarla así– impone exigencias únicas sobre la conducta. Exigencias distintas de las normas morales que uno comparte con quienes no pertenecen a la misma profesión (Glover, 1977, p. 31).

Existen, al menos, dos formas en las que un profesional de la salud puede actuar conforme a su conciencia sin recurrir necesariamente a la objeción de conciencia. La primera consiste en sostener convicciones morales personales que coinciden o se alinean con los valores éticos que sustentan los estándares profesionales. Así, por ejemplo, un profesional que, por razones de conciencia, apoya el derecho al aborto y ejerce en una jurisdicción donde este es legal, puede realizar abortos sin experimentar un conflicto ético, integrando armónicamente sus creencias personales con las exigencias de la profesión. En tales casos, no resulta necesario reprimir las propias convicciones morales para actuar profesionalmente. Esto sugiere, sin embargo, que no toda persona posee las disposiciones éticas o la configuración de creencias necesaria para ejercer una profesión sanitaria. La medicina, como otras profesiones, no es adecuada para cualquiera. De modo análogo, alguien con profundas convicciones religiosas que se opone a enseñar la teoría de la evolución podría no ser apto para ejercer la docencia en biología. Se suele decir que la profesión sanitaria es una vocación, lo que implica ciertas predisposiciones personales, entre ellas, el compromiso con un conjunto específico de valores. Quienes no estén dispuestos a asumir esos valores, podrían

considerar otras trayectorias profesionales, del mismo modo en que un pacifista optaría por no ingresar en las fuerzas armadas.

La segunda vía para actuar profesionalmente sin vulnerar la conciencia consiste en revisar y, en algunos casos, modificar las propias creencias morales a la luz de los valores y principios que estructuran la práctica sanitaria. Del mismo modo que una persona religiosa que inicialmente se resiste a enseñar la evolución, podría, tras un proceso reflexivo, reevaluar su cosmovisión o, al menos, aprender a mantenerla al margen de su rol docente, un profesional de la salud cuyas creencias entran en tensión con intervenciones médicas controvertidas puede cuestionar o reconfigurar dichas creencias para adecuarse a los estándares de la profesión. No obstante, para muchas personas este ajuste resulta sumamente difícil, incluso inviable, como lo sería para un cristiano devoto enseñar principios evolutivos o para un pacifista servir en el ejército. Nadie discute que la profesión médica plantea exigencias significativas, que para algunos individuos pueden resultar simplemente excesivas.

Nada de lo expuesto hasta aquí implica que los profesionales de la salud tengan la obligación de abstenerse, en todo caso, de formular objeciones éticas a determinados procedimientos médicos. En ocasiones, tales objeciones no solo están justificadas, sino que constituyen un deber moral y profesional. Sin embargo, cuando esto ocurre, la justificación no radica en la conciencia personal del profesional, sino en los valores y principios constitutivos de la práctica médica en el momento de la decisión. Estos pueden coincidir –o no– con las convicciones individuales del profesional, y su contenido permanece, como se ha señalado, sujeto a debate y revisión.

Consideremos dos ejemplos ilustrativos. En el primero, un paciente solicita antibióticos para tratar una infección viral, tratamiento que es médicamente ineficaz. En el segundo, otro paciente pide antibióticos para una infección bacteriana leve y autolimitada, que el médico estima se resolverá espontáneamente con medidas tópicas en pocos días. En el primer caso, el médico tiene una clara obligación profesional y ética de rechazar la solicitud: prescribir

antibióticos en tales circunstancias no solo carece de beneficio clínico, sino que expone al paciente a riesgos innecesarios y contribuye a la creciente amenaza de resistencia antimicrobiana, tanto individual como colectiva. En el segundo caso, si bien la objeción podría estar justificada, la decisión es más compleja, pues exige ponderar el interés inmediato del paciente frente a posibles efectos adversos para la salud pública. Esta tensión entre el bienestar individual y el colectivo es inherente a muchas decisiones clínicas y éticas. Lo relevante en ambos escenarios es que la objeción, de estar justificada o incluso ser requerida, no lo es por ser una objeción de conciencia en el sentido personal o subjetivo del término, sino una expresión de conciencia profesional: el compromiso con los principios éticos de la práctica médica, incluidos aquellos que regulan la justa conciliación entre los intereses del paciente y los del conjunto social.

Determinar qué decisión se ajusta mejor a los estándares profesionales puede ser difícil, especialmente en contextos marcados por incertidumbre genuina o desacuerdo razonable, por ejemplo, en casos como la posible retirada de tratamientos de soporte vital a pacientes inconscientes o la negativa a prescribir antibióticos para proteger la eficacia colectiva de estos fármacos. Tales situaciones se presentan, en general, cuando la profesión carece de un estándar de atención claro y explícito que delimite lo que se espera del profesional, y por tanto habilitan un cierto grado de discrecionalidad individual. Se podría argumentar que estas circunstancias no se distinguen significativamente de aquellas que motivan objeciones de conciencia frente al aborto, dado que en ambos escenarios el profesional fundamenta sus decisiones en convicciones morales personales –ya sea en torno al equilibrio entre intereses individuales y colectivos, la interpretación del principio de equidad en la asignación de recursos, o el valor de la vida humana cuya interrupción se le solicita–. Esta analogía contiene una parte de verdad: toda decisión clínica implica, en algún grado, un juicio ético, aun cuando los valores en juego no se expliciten. Sin embargo, aunque pueda haber divergencias razonables respecto de cómo aplicar determinados principios éticos, el

juicio subjetivo del profesional no debería prevalecer cuando existen estándares profesionales bien definidos. En tales casos, la conciencia personal no puede reemplazar los marcos normativos compartidos. A modo de analogía, una agente encargada del control de multitudes puede ejercer cierta discrecionalidad operativa, pero no tiene legitimidad para reescribir las reglas del procedimiento ni para sustituir el modelo establecido, por ejemplo, decidiendo reorganizar arbitrariamente la disposición del público según criterios personales.

Cabe subrayar, además, una distinción relevante entre distintos tipos de incertidumbre ética que puede enfrentar un profesional de la salud. En el caso de la prescripción de antibióticos, la tensión surge entre valores que son inherentes a los estándares éticos profesionales, por ejemplo, el deber de promover la salud individual del paciente frente a la responsabilidad de preservar la eficacia colectiva de los antibióticos como recurso limitado. En este tipo de dilemas, la decisión recae legítimamente en la discrecionalidad del profesional, encargado de sopesar y equilibrar valores que, aunque en conflicto, son reconocidos como éticamente pertinentes dentro del marco profesional. Los casos relacionados con el aborto, en cambio, suelen presentar una tensión de otro orden: el conflicto no se produce entre principios profesionales, sino entre estos y convicciones morales personales que no forman parte del cuerpo normativo de la profesión, por ejemplo, la creencia de que la vida fetal tiene un valor absoluto que debería prevalecer sobre la salud física o mental de la gestante. Es este segundo tipo de conflicto el que nos ocupa aquí. Reconocer esta distinción no implica negar la legitimidad del desacuerdo razonable en situaciones como la prescripción de antibióticos, sino precisar que se trata de problemas éticamente distintos en cuanto a su ubicación dentro –o fuera– del marco profesional normativo.

Incluso si se adoptara el criterio según el cual los profesionales deben proporcionar todos los servicios legalmente disponibles para los cuales los pacientes son elegibles y sobre los cuales existe un monopolio profesional, la tesis central permanece intacta: la conducta profesional se define, en gran medida, por el marco legal que regula

el acceso a dichos servicios. Aunque este marco pueda ser objeto de críticas éticas o suscitar desacuerdos razonables, constituye el punto de referencia normativo que los profesionales aceptan al decidir integrarse voluntariamente a la práctica médica. Como se argumentará más adelante, este enfoque no reduce las obligaciones profesionales a lo que se ajusta a lo legal en determinado momento histórico implica una identificación absoluta entre lo legal y lo éticamente obligatorio, pero el marco legal establece el umbral mínimo de servicios que un paciente legalmente elegible puede esperar recibir por parte de un profesional de la salud.

Como se ha señalado, resulta difícil trazar una línea nítida entre el juicio clínico sobre el mejor interés médico de un paciente –referido a las consecuencias en su salud– y las convicciones morales del profesional que interpreta la evidencia disponible. Decisiones como recomendar radioterapia a un paciente con cáncer avanzado o evaluar el impacto de un aborto en la salud mental de una mujer pueden estar influidas, en mayor o menor medida, por las posturas morales del profesional. Quien se oponga moralmente al aborto o privilegie la prolongación de la vida tenderá, probablemente, a enfatizar los riesgos asociados con el aborto o los beneficios potenciales de la quimioterapia, mientras quienes valoren la autonomía reproductiva o prioricen la calidad de vida podrían inclinarse a destacar los riesgos de negar un aborto o los efectos adversos de tratamientos agresivos. Exigir transparencia en la justificación de las decisiones clínicas podría contribuir a visibilizar la influencia de las convicciones personales en la práctica profesional, a pesar de que, en muchos casos, los límites entre lo clínico y lo moral resultan difíciles de discernir.

Una alternativa aún más adecuada ante decisiones éticamente controvertidas podría ser recurrir a la opinión de múltiples profesionales. El desacuerdo entre colegas es no solo posible, sino a veces esperable, y puede señalar la existencia de un margen legítimo de discrecionalidad dentro de la práctica profesional. En determinados contextos clínicos, este llamado *dissensus* médico puede resultar incluso beneficioso. Uno de nosotros ha sostenido, junto con Dominic

Wilkinson, que no siempre se debe aspirar al consenso: cuando existe un desacuerdo razonable sobre cuál es el curso clínico más adecuado, el *dissensus* puede ser pertinente y valioso, en tanto amplía las opciones disponibles para los pacientes en lugar de restringirlas (Glover, 1977, p. 31). El núcleo de este modelo radica en una actitud de humildad respecto de los juicios profesionales sobre el mejor interés médico del paciente. No obstante, el *dissensus* médico al que aquí se alude se refiere a discrepancias razonables en torno a lo que beneficia clínicamente al paciente, no a desacuerdos basados en convicciones éticas externas al marco normativo de la profesión.

Creencias de conciencia y conflictos de interés

Una consecuencia inherente al carácter fiduciario de los profesionales de la salud respecto a sus pacientes es la obligación de evitar conflictos de interés, cuestión de indiscutible relevancia. Como enfatiza McLeod, los conflictos de interés surgen “cuando un fiduciario, obligado por ese deber de lealtad en el ejercicio de su juicio, puede verse influido por factores que, precisamente debido a dicho deber, no debería considerar: ya sea su interés personal o el de un tercero” (Glover, 1977, p. 31). En términos similares, Lionel Smith define el conflicto de interés como “una situación en la que una persona debe ejercer su juicio de forma desinteresada, pero se enfrenta a circunstancias en las que dicho juicio puede verse comprometido por intereses egoístas o contrapuestos” (Glover, 1977, p. 42).

Los médicos y demás profesionales de la salud que sostienen creencias de conciencia contrarias a los estándares de su profesión enfrentan un conflicto de interés no financiero. Si bien este tipo de conflicto difiere en naturaleza de los conflictos financieros, ambos comparten aspectos éticos relevantes, pues en ambos casos el interés personal puede motivar al profesional a actuar en contra de las exigencias profesionales. No obstante, esto no implica que siempre actúen conforme a dicho interés, por lo que los conflictos de interés no

son per se impermisibles. Como se señaló previamente, la profesionalidad supone, entre otras cosas, la capacidad de soslayar creencias personales cuando entran en contradicción con las obligaciones propias del rol. Algunos profesionales logran esta separación; sin embargo, si finalmente sus acciones son impulsadas por intereses personales, el conflicto se vuelve éticamente problemático y la conducta resultante, impermissible si incumple los estándares profesionales.

En el ámbito sanitario, existen diversas estrategias para gestionar los conflictos de interés. Habitualmente, cuando estos surgen en medicina o investigación científica, se exige una declaración pública del conflicto. Por ejemplo, las revistas médicas implementan políticas rigurosas de conflicto de interés que aplican a autores, revisores expertos e incluso editores (Engelhardt, 1996), obligación esta que suele extenderse también a posturas divergentes que podrían sesgar a los evaluadores o autores. El propósito de revelar posibles conflictos no es eliminar el conflicto en sí, sino facilitar la detección de situaciones en las que este pueda interferir con el cumplimiento de las responsabilidades profesionales. La transparencia no se valora como un fin en sí misma, sino como un mecanismo que reduce la probabilidad de que el conflicto impacte negativamente en la investigación o la práctica médica.

Resulta quizás sorprendente que estas mismas preocupaciones rara vez se planteen en relación con los conflictos de interés derivados de creencias morales personales. En numerosas jurisdicciones de Estados Unidos, los médicos no están obligados a informar a sus pacientes sobre su objeción de conciencia para negar ciertos servicios, ni a comunicarles sus derechos. Uno de nosotros ha propuesto una obligación de transparencia para profesionales con conflictos de interés basados en la conciencia, que implicaría declarar sus posturas personales antes de cualquier encuentro clínico –por ejemplo, mediante un aviso en la puerta o en su página web–, es decir, antes de asumir responsabilidad profesional alguna (Engelhardt, 1996, p. 381). Por otro lado, dos de nosotros hemos argumentado que el único modo ético de gestionar este tipo de conflicto es

impedir que la objeción de conciencia se materialice (Engelhardt, 1996, p. 382). Ambas propuestas buscan prevenir que un conflicto potencial se convierta en un obstáculo para el cumplimiento de las responsabilidades profesionales.

La primera solución busca ofrecer una cierta acomodación a la objeción de conciencia, constituyendo así un compromiso. De ser efectiva, protegería tanto los intereses de los profesionales de la salud –quienes no tendrían que comprometer su conciencia al proporcionar información o derivaciones, acciones que, como hemos visto, no siempre son moralmente inocentes– como los de los pacientes, quienes conocerían desde el inicio a qué profesionales pueden acudir y a cuáles no. Sin embargo, este compromiso podría implicar una carga o riesgo adicional para los pacientes, pues si un número excesivo de profesionales en un hospital o área geográfica determinada son objetores, la mera divulgación no garantizaría el acceso oportuno a la atención médica requerida. De allí que la transparencia mediante la divulgación solo tenga valor en la medida en que previene que los conflictos de interés obstaculicen el acceso adecuado a los servicios de salud. Esta propuesta incluye, pues, la condición de que las autoridades aseguren una proporción adecuada entre médicos objetores y no objetores en cada área o institución. El compromiso radica en permitir que algunos profesionales se aparten de los estándares, siempre que ello no cause un daño significativo a los pacientes. Su fundamento no es un llamado al profesionalismo, sino al principio de no causar daño; la libertad para seguir la conciencia está garantizada salvo cuando implique perjuicio considerable para los pacientes.

La segunda solución se asemeja al enfoque habitual en la gestión de conflictos de interés en el ámbito de la investigación, donde la prioridad es garantizar que no derive en una conducta no profesional ni cause perjuicios a terceros, en este caso, a los pacientes. Si bien en investigación una simple declaración suele ser suficiente para este propósito, revelar las creencias morales personales puede resultar inapropiado si genera en el paciente, por ejemplo, una

sensación de juicio moral o culpa, y tampoco garantiza que dichas creencias no interfieran en el cumplimiento de las obligaciones profesionales. Como se ha señalado, esta interferencia puede ocasionar daños al paciente o potencial paciente, especialmente cuando existe un número excesivo de objetores en una determinada región. Asimismo, esta problemática incluye consideraciones relevantes sobre la conducta profesional, como la equidad hacia colegas, sistemas de salud y pacientes.

Independientemente de la solución adoptada, el objetivo primordial consiste en asegurar que los conflictos de interés no financieros no obstaculicen la correcta prestación de los servicios de salud. La adecuada gestión de estos conflictos resulta fundamental para regular las relaciones en contextos profesionales, no solo en el ámbito sanitario, sino también en otras disciplinas.

¿No estamos reduciendo a médicos altamente capacitados a simples técnicos?

Recordemos que el paciente paradigmático en nuestro estudio es *competente para decidir, cumple los requisitos para acceder a un servicio de salud específico y lo solicita de manera autónoma*. El profesional de la salud objetor de conciencia posee *un monopolio social sobre la prestación de dicho servicio*, negándose a proporcionarlo no por razones clínicas, sino por *motivos de valores y convicciones personales*.

Se podría argumentar que, bajo este modelo, el profesional se reduce a un mero técnico que verifica criterios de elegibilidad basados en competencias clínicas y que sucesivamente ejecuta un curso de acción predefinido (Beauchamp, 2003), perspectiva que contradice la relevancia que asignamos al profesionalismo médico y, en cierta medida, nuestras afirmaciones sobre el profesional como fiduciario del paciente. En efecto, un profesional que asuma con seriedad sus obligaciones fiduciarias podría considerar que el estándar local de atención no es adecuado para un paciente particular y,

en consecuencia, debería esforzarse, cuando sea posible, por garantizarle lo que juzga su mejor interés médico. Si los médicos están obligados a prestar ciertos servicios únicamente porque así lo exige el marco normativo vigente, su juicio profesional pierde relevancia en la prestación del servicio.

¿Reduce esto a los médicos a meros técnicos? Esta objeción contiene un elemento de verdad: el margen para la discreción profesional es limitado y, en ciertos casos, extremadamente estrecho, de modo que lo único esperable es que se siga un procedimiento establecido. Un caso ilustrativo es el de un residente quirúrgico en Sudáfrica que, tras convertirse en Testigo de Jehová, declaró que se negaría por motivos religiosos a “ordenar, facilitar, promover o recomendar una transfusión de sangre”, aun cuando esta sea la norma clínica de su especialidad (Childress, 1990). No obstante, nuestro argumento sostiene que el cirujano, pese a sus creencias, sigue obligado a garantizar la disponibilidad de transfusiones para pacientes que cumplan criterios de elegibilidad predeterminados en su jurisdicción, dado que su rol profesional implica realizar un juicio clínico sobre dicha elegibilidad, evaluar si la transfusión es el curso adecuado conforme a las guías clínicas y proveer el servicio durante la intervención. Nada le impide abogar por una reforma de las guías entre colegas o asociaciones especializadas; sin embargo, mientras la normativa permanezca vigente, el servicio debe ser prestado. Otros compromisos extraprofesionales del cirujano, como su conversión religiosa y la conocida postura de su confesión respecto a las transfusiones, resultan irrelevantes para sus decisiones y acciones profesionales.

La elegibilidad de un paciente frente al estándar de atención requiere un juicio clínico profesional, que en ocasiones incluye un abanico de opciones terapéuticas o de cuidado dentro de los servicios disponibles en un ámbito local. En su rol fiduciario, el profesional de la salud debe entonces discernir cuál de dichas opciones responde mejor al interés del paciente y orientarlo en consecuencia. La cuestión que persiste es qué consideraciones normativas específicas deben regir su conducta. Hasta ahora, hemos establecido

que los profesionales tienen la obligación ética –y deberían tener también la legal– de priorizar sus deberes profesionales por encima de sus convicciones morales personales, dado que actúan como proveedores monopólicos de servicios regulados mediante un contrato voluntariamente aceptado. Sin embargo, la definición exacta de esos deberes permanece abierta. En este capítulo se propusieron tres posibles criterios: ofrecer todos los servicios a los que un paciente es legalmente elegible y que solicita de manera autónoma; proveer los servicios consistentes con los códigos de práctica de las organizaciones profesionales pertinentes; o brindar aquellos que se ajusten a los estándares vigentes de la ética médica y biomédica, aun cuando difieran del marco legal aplicable. Ninguna de estas alternativas reduce al médico a un mero técnico, pues en todas ellas el juicio profesional permanece esencial y no se ve sustituido por simples procedimientos.

Respecto a los dos primeros criterios, la evaluación de la elegibilidad legal o la conformidad con los códigos de práctica profesional para un servicio médico determinado implica, con frecuencia, que los médicos emitan juicios clínicos sobre la necesidad del tratamiento y sobre qué curso de acción responde mejor al interés del paciente. Dado que la elegibilidad suele ser un aspecto que los pacientes rara vez pueden evaluar por sí mismos, deben confiar en la experiencia del profesional. Estos juicios, sin embargo, pueden variar entre distintos profesionales frente a un mismo caso. Por ejemplo, la determinación de la elegibilidad para un tratamiento de soporte vital depende en gran medida de la valoración clínica, que estipula las probabilidades de supervivencia, los años de vida ajustados por calidad (QALYs) esperados y la demanda de recursos limitados para otros pacientes. Todos estos elementos requieren un juicio profesional, y es razonable que surjan discrepancias incluso aplicando los mismos estándares. No obstante, resulta inapropiado que se traslade una visión moral personal –como una concepción particular sobre el valor de la vida humana– en la atención directa al paciente. Los profesionales pueden expresar sus valores de forma colectiva durante la elaboración

de políticas y, dado que no existe una teoría de la justicia universalmente aceptada, pueden adherir a distintas corrientes –utilitarismo, contractualismo, igualitarismo, entre otras–. El debate profesional, institucional y colectivo es indispensable, pero debe limitarse al ámbito adecuado, no al de la atención clínica directa.

El tercer criterio para la conducta profesional establece que los profesionales de la salud deben proporcionar todos los servicios acordes con un estándar aceptado de buena ética médica, independientemente del marco legal vigente. Exigir la adhesión a este estándar profesional, en lugar de a la propia conciencia, no reduce a la profesión a una mera ejecución procedimental carente de discreción o posibilidad de desacuerdo. Al igual que cuando se espera que el profesional ofrezca cualquier atención para la cual el paciente sea elegible, los principios involucrados exigen la aplicación juiciosa y equilibrada de la pericia clínica, y es posible que surja un desacuerdo profesional razonable en la interpretación y aplicación de dichos estándares.

Uno de nosotros ha propuesto el modelo liberal-racionalista de la relación médico-paciente –también denominado paternalismo racional no intervencionista (Callahan, 1990)–, según el cual los profesionales no solo deben limitarse a informar hechos médicos sobre las opciones y sus consecuencias (modelo proveedor de hechos o de consumo), ni simplemente explorar los valores del paciente (toma compartida de decisiones), sino que también pueden cuestionar esos valores mediante argumentos racionales. Según este modelo, los médicos deben expresar sus propios valores y entablar un diálogo con los del paciente acerca de lo que este debería hacer en una situación particular, promoviendo un diálogo racional basado en el equilibrio reflexivo, conceptualizado por John Rawls (Toulmin, 1981). El médico debe utilizar lógica y evidencias, mostrando empatía y comprensión hacia el paciente, y estar dispuesto a reconsiderar su propia postura frente a los argumentos del paciente. Por ejemplo, un médico puede expresar objeciones morales al aborto, la eutanasia o la anticoncepción, pero también debe escuchar las razones del paciente para solicitarlos. No es imprescindible llegar a un acuerdo, pero una vez

concluido el diálogo, si la opción es legal, solicitada autónomamente, coherente con la justicia distributiva, está en el interés del paciente y solo puede ser brindada por médicos, el profesional debe proveerla. Lejos de tratarse de un paternalismo que cierre opciones, es un diálogo razonable, respetuoso y no coercitivo, donde el médico puede persuadir, sin aprovechar la vulnerabilidad del paciente ni imponer sus valores.

Esta propuesta conlleva dos desventajas que deben sopesarse. En primer lugar, los médicos carecen de una especialización moral específica para abordar discusiones éticas profundas; el paciente podría preferir buscar asesoría en otros ámbitos –como familiares, amigos o líderes espirituales– o incluso rechazar recibir consejo ético, particularmente de parte del profesional de la salud. En segundo término, dada la asimetría de poder y la dependencia inherente en la relación médico-paciente, existe el riesgo de que un diálogo que debería ser racional e igualitario derive en un sermón o en una forma de presión para que el paciente adopte la opción favorecida por el médico. Si los beneficios de este enfoque superan sus desventajas es una cuestión que dejamos abierta a debate.

Consecuencias perjudiciales de la aceptación de la objeción de conciencia

Horst Saffranek, residente de 78 años en Comox, un pequeño pueblo en la costa este de la isla de Vancouver, comenzó a presentar insuficiencia pulmonar severa como consecuencia de un cáncer de pulmón. Saffranek cumplía con los criterios legales para acceder a la muerte asistida en Canadá y solicitó dicho procedimiento. Sin embargo, el hospital St. Joseph's General, único en la comunidad, se negó a brindar este servicio a sus pacientes. Su hija, enfermera registrada, destacó que su padre conocía y valoraba el hospital, pues había sido su centro habitual de atención durante unos 25 años. Debido a la negativa institucional, Horst Saffranek tuvo que ser trasladado

en ambulancia a un hospital ubicado a una hora y media de distancia. Su hija describió su angustia ante la situación: “Me preguntaba, ‘¿sobrevivirá al traslado?’ Este anciano estuvo atrapado en la parte trasera de una ambulancia para poder acceder a sus deseos de morir.” Al parecer, llegó “agotado” al hospital de destino y falleció al día siguiente sin recibir asistencia médica para morir, probablemente experimentando más sufrimiento del que habría evitado con el procedimiento. La hija concluyó que los días previos a su muerte fueron caóticos y “muy estresantes, cuando deberían haber sido una celebración de la vida de mi padre y un momento de paz” (Jonsen, 1991).

Iniciamos este capítulo con ejemplos de diversas regiones del mundo que ilustran cómo la objeción de conciencia en el ámbito sanitario incrementa el riesgo de daño para los pacientes. No pretendemos aquí ofrecer un análisis exhaustivo del impacto que la aceptación de dicha objeción tiene sobre el acceso a la atención médica, ya sea a nivel nacional o global, en parte porque, hasta la fecha, no se dispone de investigaciones que proporcionen evidencia concluyente al respecto. Esta carencia se debe, en gran medida, al hecho de que muchas –si no la mayoría– de las normativas nacionales no exigen que los profesionales de la salud objetores registren formalmente sus peticiones ante las autoridades gubernamentales o reguladoras. No obstante, sí existe cierta evidencia disponible, tanto en estudios basados en encuestas como en reportes de casos individuales, que se enfoca predominantemente en el acceso de las mujeres a servicios de salud reproductiva, particularmente al aborto. Esta información nos permitirá no solo dimensionar la magnitud del problema, sino también mostrar cómo la aceptación de la objeción de conciencia socava la razón misma por la cual las sociedades instituyen determinadas profesiones y los monopolios que inevitablemente las acompañan. Cabe destacar que las consecuencias perjudiciales para quienes buscan atención médica oportuna varían considerablemente entre sociedades, así como dentro de una misma sociedad, por ejemplo, entre zonas rurales con escasa disponibilidad de servicios y áreas metropolitanas con múltiples proveedores, o en función del nivel de

acceso que logran los pacientes en situación de vulnerabilidad económica frente a quienes gozan de mayores recursos.

Wendy Chavkin y sus colaboradores señalan que aproximadamente el 70 % de los ginecólogos en Italia –los profesionales encargados de proporcionar servicios de aborto en ese país– se han registrado como objetores de conciencia, cifra que asciende al 80 % en el caso de sus homólogos en Portugal (Clouser y Gert, 1990). Según se informa, en 2019, toda una región italiana, Molise, dependía exclusivamente de un único médico no objetor para garantizar el acceso al aborto a las mujeres que cumplían con los requisitos legales; cuando este profesional se ausentaba, ya fuera por enfermedad u otros motivos personales, se suspendía por completo la prestación de dichos servicios en toda la región. Elena Caruso reporta asimismo que, en la ciudad meridional de Trapani, “el único médico que realizaba abortos se jubiló, y los servicios correspondientes dejaron de funcionar” (Gert, Culver y Clouser, 1997). A esto se suma el caso de una mujer embarazada en la ciudad septentrional de Padua, “cuya solicitud de aborto fue rechazada por 23 hospitales públicos” (Jonsen y Toulmin, 1988).

Informes como estos han suscitado la preocupación de organismos internacionales, como se evidencia en la declaración emitida en 2017 por un comité de derechos humanos de las Naciones Unidas, el cual expresó inquietud “por las dificultades reportadas para acceder a abortos legales debido al alto número de médicos que se niegan a realizarlos por motivos de conciencia y la distribución de dichos médicos en todo el país,” lo cual suscita “un número significativo de abortos clandestinos” (Arras, 1991). La negativa a prestar determinados servicios o la derivación efectiva de pacientes constituyen, en la práctica, una vulneración de los derechos del paciente. La exigencia de que el objetor de conciencia proporcione una derivación efectiva constituye una política ampliamente adoptada en aquellos países que procuran alcanzar un equilibrio entre cierto grado de respeto por las convicciones del profesional y la necesidad de garantizar a las pacientes un acceso confiable a la atención médica.

En Canadá, desde finales de la década del ochenta, no existen restricciones legales respecto al aborto, por lo que las mujeres embarazadas tienen el derecho de solicitarlo por cualquier motivo y en cualquier momento durante el embarazo. La atención para abortos está generalmente financiada por los sistemas de salud provinciales o territoriales, y aproximadamente una de cada tres mujeres canadienses se somete a este procedimiento a lo largo de su vida. Solo los médicos cuentan con la licencia para proporcionar servicios de aborto, y cerca del 76 % de estos procedimientos son realizados por médicos de familia. Según una encuesta, alrededor del 79 % de los médicos residentes en medicina familiar –es decir, médicos en formación– nunca han observado ni participado en la prestación de atención para abortos (Strong, 2000), y muchos de ellos expresan su descontento por la falta de capacitación. Susan Phillips, profesora de medicina familiar en Canadá, atribuye esta carencia principalmente a la presión ejercida por una pequeña pero activa minoría de miembros del profesorado y estudiantado opuestos a la provisión de servicios y formación en atención para abortos, lo que, según Phillips, ha llevado a que “las escuelas quizá hayan capitulado”. La acomodación de los objetores de conciencia se señala explícitamente como una de las causas de esta deficiencia formativa. En palabras de Phillips, los programas de residencia en las facultades de medicina estarían “anteponiendo la acomodación del alumno o profesor individual a los valores y estándares sostenidos públicamente” (Richardson, 2000). Como consecuencia, la falta de formación adecuada en la atención para abortos entre los residentes podría traducirse, a medio y largo plazo, en la dificultad para que las mujeres embarazadas encuentren proveedores capacitados en el futuro.

En Estados Unidos, NBC News reportó el caso de Lori Boyer, de 35 años, quien, tras sufrir una violación, acudió directamente al Hospital Good Samaritan en Lebanon, Pensilvania. Tras administrar el protocolo para casos de violación, una consejera le recomendó a la mujer tomar la píldora del día después. Sin embargo, el médico que la atendió, el Dr. Martin Gish, respondió: “No puedo hacer eso... va en contra de mi religión”. Así, Boyer salió de la sala de urgencias con las

manos vacías. “Estaba tan vulnerable –relata–. Me sentí victimizada otra vez: primero la violación, y luego el médico haciéndome sentir impotente”. Más tarde ese mismo día, su consejera logró dar con otro médico dispuesto a recetarle anticoncepción de emergencia. No obstante, la negativa del Dr. Gish la afectó profundamente, hasta el punto de que no ha acudido a un ginecólogo en los dos años y medio posteriores al episodio. “No he reunido el valor para ir, por miedo a ser juzgada de nuevo”, afirma (Erdely, 2007). Aunque finalmente pudo acceder a la píldora del día después, la objeción de conciencia del Dr. Gish le causó un daño significativo que la llevó a evitar la atención ginecológica durante un prolongado periodo.

Dentro del sistema público de salud chileno, los objetores de conciencia cuentan con protecciones amplias. Como consecuencia, las sobrevivientes de violación enfrentan un acceso poco confiable a la anticoncepción de emergencia, “porque algunos prestadores de salud no estaban dispuestos a recetar anticoncepción de emergencia” (Casas, 2009). De hecho, en los últimos años, las declaraciones de objeción de conciencia han cobrado relevancia ante la promulgación de leyes y políticas que garantizan derechos reproductivos –como en Perú y Argentina–, que permiten el aborto inducido –como en Ciudad de México y Colombia– o que incorporan la anticoncepción de emergencia como parte de la política sanitaria –como en Chile– (Casas, 2009). En Colombia –a diferencia de Canadá o Estados Unidos en la actualidad– la Corte Constitucional determinó que los derechos de conciencia no aplican a las instituciones de salud ni al Estado. Este fallo se emitió tras el caso de una niña de 13 años, sobreviviente de una violación, a quien médicos de tres hospitales, alegando motivos religiosos, se negaron no solo a practicarle una interrupción legal del embarazo, sino también a derivarla a un proveedor dispuesto a realizar el procedimiento, circunstancia que, según la Corte Constitucional, “vulneró sus derechos fundamentales” (Casas, 2009).

Los pacientes elegibles para obtener asistencia para morir en jurisdicciones donde este procedimiento es legal también han enfrentado obstáculos por parte de objetores de conciencia. En una reseña,

Catharine J. Schiller reflexiona sobre los desafíos que enfrentan algunos pacientes en zonas rurales de Canadá:

Aunque quienes residen en entornos urbanos pueden encontrar con relativa facilidad a otro profesional dispuesto a evaluar o proporcionar el procedimiento, para un paciente rural resulta considerablemente más difícil hallar profesionales elegibles y dispuestos a brindar este servicio. Teniendo en cuenta que dichos proveedores pueden ejercer su derecho a la objeción de conciencia, la disponibilidad para ofrecer asistencia médica para morir se reduce aún más. Es fundamental recordar que quienes solicitan este procedimiento suelen encontrarse próximos al final de su vida natural, padecen dolor y sufrimiento intolerables y se encuentran en un estado irreversible de deterioro avanzado. Es un enorme desafío asegurar que personas en situaciones extremas de sufrimiento y angustia no se vean obligadas a desplazarse por toda su provincia –o incluso el país– en busca de una institución o profesionales de salud disponibles para acceder a un servicio al que tienen derecho legal (Schiller, 2017).

El problema del acceso a la atención médica se agrava aún más en centros de salud con afiliación religiosa, donde, independientemente de las convicciones personales de los profesionales, las políticas institucionales suelen imponer rechazos colectivos por objeción de conciencia para la prestación de ciertos servicios controvertidos, especialmente la atención para abortos, la asistencia médica para morir y la fertilización *in vitro* (FIV). En el capítulo 4, se analizará la ética de tales posturas; aquí nos limitamos a señalar el daño inevitable que estas decisiones causan a los pacientes que cumplen los requisitos y buscan acceder a estos cuidados.

En ocasiones, el perjuicio no se produce de manera directa por la negativa a brindar atención para abortos, sino de forma indirecta, ya que las mujeres a quienes se les niega a menudo recurren a métodos inseguros. En el capítulo final, examinaremos hasta qué punto este tipo de daño indirecto puede considerarse un perjuicio por el cual los profesionales de la salud podrían ser responsables y cuya prevención

constituye una obligación profesional. No resulta sorprendente que, de los aproximadamente 25,1 millones de abortos inseguros que ocurren anualmente en el mundo, la gran mayoría (97 %) se concentre en países en desarrollo (Faundes, Comendant, Dilbaz, et al., 2020).

Estos abortos se vuelven inseguros debido a una combinación de regímenes regulatorios restrictivos y a la negativa de médicos a proporcionar atención por objeción de conciencia, lo que obliga a las mujeres a recurrir a abortos clandestinos. En Ghana, cerca del 40 % de médicos, parteras, enfermeras y asistentes médicos en hospitales del norte del país son objetores de conciencia (Awoonor-Williams, Baffoe, Ayivor, et al., 2018). Como señalaron Chavkin y sus colegas, las dificultades para acceder a atención para abortos se vieron agravadas “por la renuencia de los clínicos a realizar abortos y la invocación de la objeción de conciencia como medio para evitar hacerlo” (Chavkin, Stifani, Bridgman-Packer, et al., 2018).

Gran parte de lo expuesto hasta ahora se refiere a las consecuencias perjudiciales derivadas de la acomodación de la objeción de conciencia en procedimientos que, en términos generales, podrían clasificarse como relacionados con la “vida”, pero el problema trasciende ampliamente las controversias clásicas sobre temas de vida o muerte, como el aborto y la eutanasia. De hecho, no existe una manera clara de anticipar qué tipos de objeciones podrían presentarse, dado que la naturaleza misma de estas objeciones implica que escapan al escrutinio crítico y profesional, siendo a menudo profundamente idiosincráticas y, por ende, impredecibles.

Razones éticas ajenas al daño en contra de la objeción de conciencia: justicia y responsabilidad profesional colectiva

El contrato que hemos analizado establece una responsabilidad profesional que exige anteponer la atención médica del paciente a la conciencia privada del profesional. No obstante, podría argumentarse que calificar esta responsabilidad como “profesional” implica

una obligación del colectivo profesional más que de cada individuo en particular, es decir, que la profesión, o el sistema de salud al que pertenece un profesional, garantice el acceso al servicio al que el paciente tiene derecho según un estándar aceptado. Esto implicaría únicamente facilitar que el paciente obtenga el servicio de forma relativamente sencilla a través de otro miembro de la profesión, lo cual constituye la práctica habitual en relación con procedimientos controvertidos como el aborto o la eutanasia. Como mínimo, el profesional está obligado a proporcionar una derivación efectiva a un colega dispuesto a ofrecer el servicio, al cual el paciente pueda acceder de manera rápida y sencilla. Sin embargo, si existen motivos fundados para creer que el paciente puede acceder al servicio fácilmente a través de otro colega –por ejemplo, uno que trabaja en el mismo centro–, la derivación podría incluso no ser necesaria. Así, desde esta perspectiva, el profesionalismo no resulta incompatible con la objeción de conciencia, dado que la responsabilidad que implica es colectiva y no necesariamente individual.

Hasta ahora hemos argumentado que, en la práctica, las cláusulas de objeción de conciencia pueden ocasionar daño a los pacientes. Sin embargo, el requisito de derivación –es decir, la remisión efectiva a otro profesional– también presenta problemas, dado que las responsabilidades colectivas implican consecuencias para las responsabilidades individuales de cada miembro del grupo. En términos generales, una responsabilidad colectiva conlleva la obligación de que sus miembros compartan equitativamente las cargas necesarias para cumplirla, y que la institución que organiza dicho colectivo distribuya dichas cargas de manera equilibrada entre sus integrantes (Giubilini, 2019). Si la obligación profesional se limitara únicamente a derivar pacientes, este principio de equidad no se cumpliría, puesto que algunos miembros del colectivo acabarían asumiendo una mayor carga laboral o desempeñando tareas que resultan psicológicamente más exigentes –como aquellas que más frecuentemente motivan objeciones de conciencia, tales como el aborto o la asistencia médica para morir–. Además, la objeción de conciencia generalizada

impone un peso adicional sobre los profesionales dispuestos a prestar estos servicios. Investigaciones basadas en encuestas revelan que los ginecólogos que aceptan realizar abortos en Italia “experimentan discriminación, sobrecarga de trabajo y limitaciones en sus trayectorias profesionales” (Chavkin, Leitman, y Polin, 2013), circunstancias que motivan a muchos profesionales a registrarse como objetores de conciencia, simplemente para evitar la desaprobación por parte de sus colegas.

Además, tales daños y cargas recaen sobre algunos profesionales, mientras que los médicos objetores suelen reclamar una exención sin costo alguno, lo que agrava aún más la distribución desigual de las responsabilidades. Como se mencionó en el capítulo 1, incluso en contextos externos al ámbito sanitario, donde existe un consenso más amplio sobre la acomodación de la objeción de conciencia, se espera que los objetores compensen la exención. Por ejemplo, los pacifistas que rechazan la conscripción militar suelen estar obligados a realizar algún tipo de servicio social alternativo valioso, precisamente porque se reconoce que su objeción vulnera un requisito básico de equidad, como el deber de contribuir al bien público en materia de seguridad nacional. En este caso, dada la naturaleza no voluntaria de la conscripción, el servicio social alternativo representa un compromiso justo y justificable.

Sorprendentemente, y a diferencia de la situación de los pacifistas, la objeción de conciencia en el ámbito sanitario resulta neutral en cuanto a costos únicamente para los propios objetores. No obstante, el argumento que sostiene la necesidad de que cada individuo asuma su parte justa es aún más sólido cuando se consideran las responsabilidades asociadas a una profesión elegida voluntariamente, en lugar de una conscripción impuesta por el Estado. Por lo tanto, la justicia hacia los colegas y el sistema de salud exige, como mínimo, que la exención no sea gratuita. Asimismo, asignar un costo a las exenciones contribuye a incrementar la probabilidad de que la objeción sea genuina y no meramente una cuestión de conveniencia. Estar dispuesto a asumir un costo razonable constituye un buen indicador de la sinceridad de

las creencias declaradas, especialmente si dicho costo compensa cualquier beneficio derivado de la comodidad que implica la objeción. Por ejemplo, se podría requerir al objetor que preste un servicio alternativo dentro de la profesión o que compense a los colegas no objetores mediante mecanismos como menor prioridad en la asignación de turnos, la realización de turnos adicionales, una reducción proporcional del salario por la menor carga de trabajo, o que esta compensación financie a quienes asumen procedimientos psicológicamente más exigentes, como los abortos.

Cualquier régimen regulatorio que permita la acomodación de la objeción de conciencia implica inevitablemente la aceptación de un gasto de recursos de salud que afecta negativamente la eficiencia en la prestación de servicios médicos. Todos los sistemas sanitarios operan con recursos limitados, ya sean públicos –financiados mediante impuestos– o privados –provenientes de compañías de seguros u otras fuentes similares–, de modo que un régimen que admite la objeción de conciencia conlleva la necesidad de destinar horas adicionales de personal para su gestión, así como posibles costos asociados al traslado de pacientes gravemente enfermos entre hospitales, con el fin de garantizar que sean atendidos por profesionales dispuestos a proporcionar el servicio requerido. Es probable que cantidades considerables de recursos que podrían destinarse a mejorar la eficiencia y la calidad de la atención médica se vean desviadas para facilitar la objeción de conciencia, en detrimento directo de la atención a los pacientes.

¿Debería permitirse alguna vez que un profesional de la salud objete por motivos de conciencia?

Hasta ahora hemos sostenido que un profesional de la salud que se niega a brindar un servicio al que un paciente tiene derecho, amparándose en su conciencia personal, está incumpliendo una obligación profesional. Sin embargo, este principio no resuelve por sí solo si, o en qué condiciones, los profesionales deberían contar con

permiso para objetar por motivos de conciencia. Podrían mencionarse cuatro excepciones.

El primer caso es aquel en que, aun ante una obligación profesional de prestar un servicio, existen razones contrapuestas que justifiquen la acomodación de la objeción de conciencia, considerando todos los factores relevantes, por ejemplo, si la negativa a respetar la objeción implica un mayor riesgo de daño para el paciente, podría argumentarse que algunas objeciones deberían permitirse.

Supongamos un médico con profundas convicciones religiosas que se opone moralmente al aborto. Es posible que, en este caso, él no sea el profesional más adecuado para realizar el procedimiento, dado que su oposición podría afectar la seguridad o competencia con que lo lleve a cabo. Obligarlo a intervenir podría, entonces, aumentar el riesgo de daño para la paciente. No obstante, la prevención del daño ha sido el fundamento principal para argumentar que la objeción de conciencia en la atención médica contradice la ética profesional. Por lo tanto, no es coherente sostener que debe permitirse la objeción si ello conlleva un mayor riesgo para el paciente. En síntesis, si las obligaciones profesionales se basan principalmente en evitar daños a los pacientes, la prevención del daño se convierte en un principio ético central dentro del profesionalismo. No obstante, incluso aceptando que negarse a prestar un servicio por motivos de conciencia contradice el contrato profesional, podría sostenerse que, en ciertos casos, permitir la objeción es legítimo cuando la prevención del daño pesa más que la obligación profesional. Este argumento propone, por ende, una excepción pragmática centrada en el bienestar del paciente, más que en los derechos del profesional.

Esta salvedad se basa en dos supuestos cuestionables: el primero es que el riesgo de daño evitado al permitir la objeción de conciencia sea mayor que el riesgo de daño causado por dicha objeción, afirmación que podría no ser cierta; el segundo es que la única manera de evitar el riesgo de daño al paciente sea conceder la objeción de conciencia. Sin embargo, existen alternativas evidentes, como sancionar a los profesionales de la salud que brindan una atención

subóptima, independientemente de sus motivaciones (la negligencia ya está penada en el ámbito sanitario, y cualquier negligencia derivada de creencias personales también debería ser sancionada). Otra opción sería restringir el acceso a la formación médica a quienes objeten por conciencia ciertos aspectos esenciales del trabajo. Contar con un profesional dispuesto a realizar el procedimiento controvertido ayuda a minimizar el riesgo y debería preferirse siempre que los recursos y la disponibilidad de personal alternativo lo permitan. Sin embargo, esto no debe considerarse un “derecho” de la persona objeto, sino más bien un acto de cortesía, compatible con un uso justo de los recursos y condiciones laborales equitativas para quienes asumen esas tareas (Persson, 2022).

Una segunda posible excepción se basa en la consideración de que algunos de los términos del contrato sobre el cual se fundamentan las obligaciones profesionales pueden cambiar con el tiempo: lo que se espera de los profesionales cuando ingresan voluntariamente a la profesión depende de los términos vigentes en el momento de su aceptación. Por ejemplo, alguien que ingresó a un programa de medicina hace 40 años probablemente tenía expectativas diferentes sobre sus obligaciones en comparación con alguien que se inscribe hoy, y este a su vez podría diferir de quien lo haga dentro de cuarenta años. En este sentido, incluso aceptando que negarse a prestar un servicio por motivos de conciencia sea poco profesional en función de un contrato previamente aceptado, un profesional podría legítimamente negarse a brindar un servicio que no formaba parte del conjunto de servicios esperados cuando se incorporó a la profesión.

Sin embargo, podría argumentarse que ningún médico tiene razones para asumir que podrá ejercer la medicina durante décadas basándose únicamente en los estándares vigentes en su momento de ingreso, pues los estándares de práctica, guías clínicas y alcance profesional habrían de sufrir modificaciones a lo largo de la vida profesional. Procedimientos que en un momento fueron ilegales, no éticamente aceptables o no viables, pueden volverse legales, aceptables o disponibles con el tiempo, como se ha observado relación con

el aborto, la asistencia médica para morir, y la fertilización in vitro, entre otros. Siempre que esta expectativa sea razonable, puede asumirse que quienes ingresan a la profesión de la salud aceptan, como parte de su compromiso, los cambios inevitables en los estándares profesionales.

Una manera de minimizar la probabilidad de que estas situaciones se presenten en el futuro consiste en que las escuelas de medicina seleccionen o limiten la admisión de aspirantes que no estén dispuestos a cumplir con los requisitos profesionales, los cuales razonablemente pueden esperarse que evolucionen con el tiempo.

Incluso suponiendo que los términos originales del contrato profesional sean los únicos relevantes, ello podría justificar la concesión de una especie de “derecho adquirido” a quienes ingresaron a la profesión bajo un conjunto normativo previo y enfrentan un cambio sustancial en dichas normas; sin embargo, esta prerrogativa no se extendería a quienes ingresen bajo los nuevos estándares. Además, dicha concesión debe ponderarse en relación con los intereses de los pacientes: si el sistema puede acomodar un determinado “derecho adquirido”, esto resulta aceptable; de lo contrario, debe priorizarse el bienestar del paciente.

Una tercera posible excepción radica en que el principio no define con claridad cuándo un paciente es elegible para recibir un determinado servicio médico. Como se analizó previamente, existen al menos tres criterios plausibles para determinar dicha elegibilidad: la legalidad del acceso, la conformidad con ciertos estándares éticos profesionales en el marco de una relación fiduciaria médico-paciente, y la elegibilidad conforme a estándares éticos profesionales fuera de una relación fiduciaria establecida. Por lo tanto, aun admitiendo que la negativa a prestar un servicio por motivos de conciencia representa una falta profesional basada en un contrato previamente aceptado, un profesional de la salud podría legítimamente rehusarse a brindar atención a quienes no cumplen uno o más de estos criterios.

En cuarto lugar, exigir a alguien actuar en contra de sus valores más profundos, como la conciencia, genera sufrimiento. Este padecimiento constituye un argumento para permitir la objeción de conciencia (Persson, 2022). Por ejemplo, en Suecia y Finlandia, los empleadores pueden optar por considerar la objeción de conciencia, aunque no están legalmente obligados a aceptarla. Resulta deseable respetar los valores individuales y prevenir el sufrimiento personal, pero tal consideración debe sopesarse frente a las necesidades del paciente, los principios de profesionalismo y la equidad en la distribución de las cargas que implica la responsabilidad colectiva de la profesión. En particular, si la negativa provoca sufrimiento en el paciente, la prevención de dicho sufrimiento debe prevalecer sobre la evitación del sufrimiento del médico.

Próximos pasos

En este capítulo hemos expuesto nuestros argumentos en contra del derecho a la objeción de conciencia en el ámbito sanitario, fundamentándonos en la noción de profesionalismo guiada por los estándares de la ética médica. El ejercicio profesional que monopoliza la provisión de un bien básico, como la atención médica, implica una obligación ética y profesional de ofrecer aquellos servicios a los que los individuos son legalmente elegibles, que solicitan de manera autónoma y que cumplen con los estándares aceptados de la ética médica. Una razón por la cual el profesionalismo justifica tal obligación –y por ende entra en conflicto con un derecho a la objeción de conciencia en salud– es que los argumentos que suelen defender la libertad de conciencia en la sociedad en general no se aplican, o lo hacen con menor fuerza, en un contexto profesional específico como el sanitario. No obstante, dado que algunos de estos argumentos son poderosos –y, de hecho, coincidimos con muchos cuando se aplican a la sociedad en general–, resulta necesario analizar los casos más sólidos en favor de la objeción de conciencia, objeto del capítulo 3.

Capítulo 3

Refutación de los argumentos a favor de la objeción de conciencia

Introducción

Los defensores de la objeción de conciencia y de las leyes que permiten rehusarse a prestar determinados servicios de salud suelen presentar a los objetores como minorías vulnerables que las sociedades liberales deben proteger frente al predominio –secular– de la mayoría. Douglas NeJaime y Reva B. Siegel describen el empleo de esta estrategia por grupos cristianos durante el debate sobre el matrimonio igualitario en Estados Unidos:

Los actores religiosos pueden pasar de hablar como mayoría que intenta imponer la moral tradicional a hablar como minoría que solicita exenciones a leyes que contravienen esa moral. Este desplazamiento es decisivo: cuando los defensores del matrimonio tradicional ya no logran persuadir apelando a creencias compartidas acerca de la supuesta inmoralidad de las relaciones entre personas del mismo sexo, recurren a la importancia de proteger el pluralismo religioso, reformulando así su argumento secular de forma que exprese más directa y libremente su lógica religiosa (NeJaime y Siegel, 2014).

Una narrativa similar –protección de minorías y pluralismo religioso– se invoca para respaldar la objeción de conciencia en el ámbito sanitario. Si, por ejemplo, una persona católica no puede ejercer la medicina sin practicar abortos, se ve obligada a escoger

entre su fe y su carrera, dilema que no afrontan quienes no consideran inmoral dicho procedimiento. Así, ciertas trayectorias profesionales quedan vedadas a los creyentes. ¿Cómo justificar que convicciones morales personales restrinjan el acceso a oportunidades laborales? Ante tal restricción, la negativa a reconocer la objeción de conciencia se interpreta a menudo como una forma de discriminación basada en creencias religiosas o morales (Maclure y Dumont, 2017; Maclure, 2011).

La negación de la objeción por razones de conciencia podría entenderse como una política intolerante, dado que no contempla el pluralismo moral que caracteriza a las sociedades liberales, las cuales se distinguen de las autoritarias por su disposición a tolerar distintas perspectivas éticas y religiosas, siempre que estas sean razonables y no promuevan la intolerancia. Y la diversidad, en tanto valor, no solo debe ser tolerada sino fomentada. La diversidad de visiones morales a nivel social se refleja también en el ámbito de la salud, ya que los profesionales no solo forman parte de la sociedad, sino que a menudo tienen orígenes diversos. ¿Cómo justificar, entonces, que ciertas convicciones morales toleradas en la sociedad no sean admitidas dentro de la práctica sanitaria? Tal restricción parece igualmente intolerante.

Ahora bien, estas objeciones encierran una falacia. La conciencia de una persona solo se vulnera en la medida en que se le obligue a ejercer una profesión que le exija actuar contra sus principios, como sucede, por ejemplo, en el reclutamiento militar forzoso durante una guerra; en cambio, nadie es obligado a convertirse en médico (Stahl y Emanuel, 2017). Esa decisión puede tomarse libremente, según las propias convicciones. Incluso quien elige ejercer la medicina puede incidir activamente en su colegio profesional o impulsar cambios legislativos, de modo que existen múltiples vías para salvaguardar la conciencia del profesional de la salud. Lo que resulta inaceptable, ética y profesionalmente, como se argumentó en el capítulo 2, es subordinar el bienestar médico del paciente a las creencias personales del médico, del mismo modo que no se aceptaría que un

soldado profesional objetase ciertas funciones militares por razones de conciencia.

Este capítulo inicia con el análisis del argumento de la razonabilidad en defensa de la objeción de conciencia por dos motivos: primero, por ser el más sólido en respaldo de un derecho limitado a objetar en el ámbito sanitario, y segundo, porque sintetiza muchas justificaciones habituales, como la igualdad, la tolerancia y la diversidad. Así, al examinar la razonabilidad, también respondemos en parte a otros argumentos que trataremos más brevemente luego.

El argumento de la razonabilidad

En sociedades liberales y pluralistas, las creencias morales deben ser respetadas en la medida en que sean razonables, tesis que Robert Card ha sostenido en diversas ocasiones –inspirado principalmente en la obra de John Rawls– para defender un derecho limitado a la objeción de conciencia en el ámbito sanitario (Card, 2020, 2014, 2007). Este argumento traslada a la esfera de la salud un principio central del liberalismo difícil de refutar: las sociedades liberales justas deben respetar una pluralidad de cosmovisiones, siempre que estas se ajusten a ciertos criterios de razonabilidad. Por ejemplo, la equidad exige que todas las creencias religiosas sean igualmente respetadas, en la medida en que sus postulados sean compatibles con el reconocimiento igualitario de visiones, excluyendo así aquellas consideradas irrazonables, como las que promueven la imposición de una religión sobre otra o justifican la violencia contra quienes profesan creencias distintas.

Dado que el desacuerdo es inevitable, incluso entre personas razonables, un acuerdo justo debe fundarse en un “consenso superpuesto” entre quienes sostienen doctrinas comprensivas distintas e irreconciliables, tal como las denominó Rawls. Desde esta perspectiva, la neutralidad estatal frente a tales doctrinas constituye una condición indispensable del liberalismo político. La alternativa sería, o bien, exigir

una convergencia general hacia una única visión del mundo –lo cual resulta inviable–, o bien que el Estado adopte una postura en cuestiones morales sustantivas e imponga una determinada cosmovisión (por ejemplo, la católica, la musulmana o una concepción naturalista), lo que implicaría una vulneración del principio de neutralidad y una injusticia hacia las demás posiciones (Blackford y Schuklenk, 2021).

Este pluralismo razonable se funda en la concepción de los ciudadanos como libres e iguales (Rawls, 2005, p. 42): deben tener la libertad de seguir sus convicciones morales o religiosas, y deben gozar equitativamente de esa misma libertad, siempre que sean ciudadanos razonables y respeten las libertades ajenas. En consecuencia, las distintas “doctrinas comprensivas” deben coincidir en respaldar un principio de respeto mutuo o reciprocidad para ser consideradas razonables y compatibles con la justicia como equidad. Solo quienes no puedan contribuir a ese consenso superpuesto deberían quedar excluidos del conjunto de cosmovisiones aceptables en sociedades liberales y pluralistas. Según John Rawls:

Los ciudadanos son razonables cuando, viéndose mutuamente como libres e iguales en un sistema de cooperación social que se extiende a lo largo de generaciones, están dispuestos a ofrecerse términos justos de cooperación social (definidos por principios e ideales), y acuerdan actuar conforme a esos términos, aun a costa de sus propios intereses en situaciones particulares, siempre que los demás también los acepten. (Rawls, 2005, p. 42).

Esos términos que personas razonables, incluso con cosmovisiones diversas y en conflicto, pueden aceptar, definen lo que Rawls denomina “razón pública”, es decir, el tipo de razonamiento que puede presentarse en el ámbito público y que otros individuos razonables pueden aceptar sin necesidad de renunciar a sus propias convicciones morales. Quien no aceptare la idea de respeto mutuo o igualdad ciudadana porque su “doctrina comprensiva” no lo permite detendrá una visión moral irrazonable, que no debe ser tolerada en sociedades liberales. Robert Card sostiene que ese mismo pluralismo razonable

se debería permitir en la profesión médica, justificando así formas razonables de objeción de conciencia en el ámbito sanitario. Impugnar de plano la objeción de conciencia no cumple con el estándar de neutralidad frente a diversas cosmovisiones que las sociedades liberales deben garantizar; solo han de rechazarse aquellas objeciones que resulten irrazonables.

La “perspectiva de la razonabilidad” supera lo que en el capítulo 1 identificamos como uno de los problemas centrales de las apelaciones a la conciencia y a la objeción de conciencia: la tendencia a considerar la apelación a la conciencia como una justificación moral concluyente para negarse a prestar un servicio profesional, sin importar si las razones que la sustentan son sólidas o débiles, válidas o infundadas. Como recordará el lector, tales apelaciones suelen entenderse como el cierre –y no el inicio– de un diálogo, lo que facilita un uso y abuso sin regulación de las reivindicaciones basadas en la conciencia. La perspectiva de Card no presenta este inconveniente, pues no sostiene que la objeción de conciencia sea admisible únicamente por tratarse de una cuestión de conciencia. En efecto, la “razón pública” rawlsiana resulta aquí central, al exigir que los objetores en el ámbito sanitario “expongan públicamente la objeción y las razones que fundamentan su petición de exención por conciencia”, y que “tanto la objeción como sus fundamentos sean evaluados conforme a un estándar de razonabilidad” (Card, 2020, p. 68). En esto reside la solidez del argumento de Card a favor de un derecho limitado a la objeción de conciencia: las razones importan. No obstante, existen dos aspectos problemáticos que abordaremos en las próximas secciones.

Primer problema: ¿debe la profesión de la salud ser liberal y pluralista?

El primer problema que plantea el argumento de la razonabilidad es si el tipo de desacuerdo razonable en sociedades pluralistas debe también aceptarse en el ámbito profesional. Las razones que

justifican y promueven el pluralismo en la sociedad no necesariamente se extienden a contextos profesionales, regidos por normas distintas y orientados a fines específicos que no coinciden con los del liberalismo político, de modo que no se espera que una profesión deba ser liberal en el mismo sentido que la sociedad en general. A diferencia del orden social, las profesiones no existen para fomentar el pluralismo, sino para asegurar la prestación eficiente y equitativa de determinados servicios, especialmente cuando quienes los brindan detentan un monopolio. Si bien pueden contribuir a garantizar condiciones de ciudadanía libre e igual –como en el acceso a la salud–, no deben necesariamente regirse por los mismos principios que la estructura política liberal.

La razón principal para sostener esta distinción es que, a diferencia de la pertenencia a la sociedad, el ingreso a una profesión es un acto voluntario. Justamente porque la sociedad es pluralista, todas las personas deberían tener oportunidades equitativas para elegir la carrera que consideren más adecuada, lo cual, sin embargo, no supone un derecho incondicional a ejercer una profesión conforme a las propias convicciones.

La objeción de conciencia razonable puede justificarse en contextos profesionales que no son libremente elegidos por ciudadanos libres e iguales, como en el caso del servicio militar obligatorio, donde se impone una exigencia social que puede vulnerar las convicciones morales de quienes, razonablemente, consideran que la guerra es injustificable –sin entrar aquí a valorar si dicha postura lo es efectivamente–. Como el reclutamiento no admite una negativa real, forzar a alguien a actuar en contra de sus convicciones profundas comprometería su condición de ciudadano libre e igual.

En contraste, profesiones como la medicina se eligen de forma voluntaria, es decir, están abiertas a cualquier persona con la formación y competencia adecuadas, lo cual constituye una expresión de libertad e igualdad ciudadana en sí misma. Aquellos cuyas convicciones razonables no se alinean con los estándares profesionales pueden optar por otras trayectorias laborales que no les exijan

comprometer su conciencia, siempre que se garantice una igualdad de oportunidades justa. Pero dicha igualdad no puede interpretarse como el derecho incondicional a ejercer cualquier ocupación en los propios términos morales. El acceso a una profesión implica asumir responsabilidades específicas y rehusarse a cumplirlas puede acarrear consecuencias legítimas, siempre que existan alternativas profesionales razonables.

Consideremos, por analogía, el caso de un empleo en un matadero: una persona vegana, moralmente opuesta a la matanza de animales, no puede aceptar ese trabajo y luego negarse a matar, pero puede, en cambio, optar por no postularse. Si lo hace, debe estar dispuesta a cumplir con las funciones inherentes al puesto. Negar a un médico el derecho a objetar ciertas prestaciones no constituye una restricción indebida de sus oportunidades profesionales. Por ejemplo, un médico testigo de Jehová que rechaza la administración de sangre por motivos religiosos no puede ingresar a la especialidad de hematología y luego negarse a realizar transfusiones. Exigir que un hematólogo esté dispuesto a administrarlas es una condición profesional razonable que no vulnera la igualdad de oportunidades siempre que existan múltiples opciones laborales, tanto dentro como fuera del ámbito médico. Incluso si alguien desea ejercer la medicina, impedirle objetar a las transfusiones no lo invalida como médico, sino únicamente a desempeñarse en una especialidad concreta.

Prohibir la objeción de conciencia en el ámbito sanitario no supone un trato injusto hacia quienes sostienen ciertas convicciones morales, sino el reconocimiento que la libertad de conciencia no es un valor absoluto. En una sociedad pluralista, ninguna cosmovisión debe imponerse a los demás. Un médico que se niega a prestar un servicio a un paciente que cumple los requisitos impone su visión del mundo de forma potencialmente perjudicial, dado su rol privilegiado en la provisión del servicio. En cambio, un paciente que solicita atención no impone su visión: el médico fue libre de no ingresar a la profesión, de elegir otra especialidad o, según algunas posturas, de derivar al paciente. El paciente no puede acceder a la salud sin

asistencia médica; el médico, en cambio, puede vivir según su conciencia eligiendo otra trayectoria profesional.

Una objeción común es que el médico podría derivar al paciente, respetando así su conciencia. Sin embargo, como hemos argumentado, la derivación puede implicar costos significativos para el paciente, además de que muchos médicos se niegan a derivar o lo hacen de forma obstructiva, o puede provocar una distribución injusta de cargas entre colegas. En un mundo ideal, la derivación permitiría conciliar objeción y acceso, pero en la práctica, sus costos la vuelven problemáticamente ineficaz.

Segundo problema: ¿qué se considera razonable?

Aun concediendo –solo a efectos del argumento– que prohibir la objeción de conciencia en el ámbito sanitario constituiría una forma de discriminación que limitaría la igualdad de acceso a determinadas trayectorias profesionales, persiste un segundo problema: definir qué cuenta como “razonable” cuando pasamos de principios políticos generales a casos concretos. Para Rawls se trata de doctrinas que pueden ser aceptadas por ciudadanos que reconocen a los demás como libres e iguales y están dispuestos a cooperar en términos justos, criterio que resulta insuficiente en la resolución de conflictos específicos en los que no es posible dar igual consideración a reclamos contrapuestos. Tolerar visiones que también sean tolerantes constituye una guía valiosa para el diseño institucional en sociedades liberales, pero el escenario se torna más complejo cuando las decisiones personales afectan directamente a terceros, como ocurre en ciertos casos de objeción de conciencia en el ámbito de la salud.

Por ejemplo, si un paciente solicita la eutanasia y el médico se opone por razones de conciencia, resulta difícil imaginar un consenso superpuesto que permita respetar simultáneamente ambas posturas. Nadie sugiere que el médico deba adherir moralmente a la eutanasia, pero si es el único profesional disponible, su negativa

impacta de manera directa en el paciente, situación que se agrava aún más si el profesional se niega a una derivación por considerarlo un modo de complicidad, o si se trata de una situación de urgencia en la que no es viable.

El propio Rawls, por otra parte, nunca definió con precisión qué ha de entenderse por “razonable”. La noción de razón pública –esto es, aquel tipo de razonamiento susceptible de ser aceptado por otros ciudadanos, con independencia de sus doctrinas comprensivas particulares– deja amplio margen para la controversia sobre qué puede considerarse aceptable. Tomemos, por ejemplo, el caso del aborto: ¿debería considerarse razonable cierta oposición religiosa al aborto y, por tanto, estar protegida mediante cláusulas de conciencia en sociedades liberales?

Según Robert Card, depende de la razonabilidad de los argumentos que sustentan dicha oposición. Por ejemplo, sostener que la vida humana, incluso en sus primeras etapas de desarrollo, tiene un alto valor moral puede derivarse de una doctrina comprensiva, como una visión cristiana, pero constituiría una postura razonable siempre que no cause un daño grave a las mujeres (Card, 2020, p. 121-122). En este caso, la objeción de conciencia podría admitirse, siempre que se cumplan ciertas condiciones, como que la mujer pueda acceder al aborto por otras vías. En cambio, una objeción basada en una visión sexista sobre el papel o los supuestos deberes naturales o sociales de las mujeres no sería razonable, pues implicaría negarles su condición de ciudadanas libres e iguales. Como afirma Card:

Dado que no podemos encontrar una buena razón pública para justificar la organización de las instituciones en función de las identidades raciales o de género de quienes las integran... simplemente podemos negarnos a usar tales consideraciones como principios organizativos de nuestras instituciones sociales. Solo las objeciones basadas en una concepción razonable del bien pueden justificar una exención de conciencia dentro de la estructura institucional pública de la medicina (Card, 2014, p. 233).

Aunque esta posición resulta plausible, su utilidad práctica para evaluar la razonabilidad de las objeciones frente al aborto es limitada. Card recurre a ejemplos evidentes de discriminación, que establecen un umbral demasiado bajo. Existen posturas respecto al aborto que, sin ser abiertamente discriminatorias, difícilmente podrían considerarse razonables, por ejemplo, la idea de que el embarazo representa un castigo merecido para las mujeres que no hicieron lo suficiente para evitar una violación.

La dificultad queda patente en la reflexión de Rawls sobre el aborto, en pasajes que Card también examina. Rawls oscila entre dos posiciones: una que considera irrazonable negar a las mujeres el derecho al aborto durante el primer trimestre, y otra que admite como razonables las doctrinas religiosas que lo rechazan, incluso en ese período. La primera postura se fundamenta en un equilibrio que Rawls identifica entre tres “valores políticos importantes”: el respeto debido a la vida humana, la reproducción ordenada de la sociedad política a lo largo del tiempo –incluyendo la familia– y, finalmente, la igualdad de las mujeres como ciudadanas (Rawls, 2005, p. 243). La segunda postura parte de la idea, señalada por Card, de que “quienes se oponen al derecho al aborto pueden ofrecer un equilibrio razonable de valores políticos que lo niegan, así como los defensores pueden hacerlo a favor”, por lo que “una doctrina comprehensiva religiosa que lo rechaza no es automáticamente considerada irrazonable desde una perspectiva rawlsiana” (Card, 2020, p. 130).

Así, la posición de Rawls sobre la razonabilidad del aborto dentro del liberalismo político resulta ambigua. Como reconoce Card, “existen argumentos en la razón pública tanto a favor como en contra del derecho al aborto” (Card, 2020, p. 130). Interpretar la postura moral y política precisa de Rawls excede el alcance de este estudio, pero esta ambivalencia refleja más la vaguedad problemática del concepto de “razonable” que las convicciones específicas de Rawls. Con todo, esta consideración podría no preocupar en exceso a Card. En efecto, la razón pública puede admitir posturas contradictorias sobre el derecho al aborto. Bajo una interpretación generosa, una objeción

de conciencia al aborto por parte de un profesional sanitario podría considerarse razonable según la razón pública, incluso si simultáneamente se reconoce como razonable el derecho al aborto, por dos razones estrechamente vinculadas pero distintas.

La primera razón es que posiblemente no exista un conflicto real entre ambas posturas, pues no todo derecho implica un deber correlativo para individuos específicos. El derecho de las mujeres al aborto puede ser razonable, pero ello no conlleva necesariamente la obligación de los profesionales de la salud de prestarlo. La cuestión de si las mujeres poseen ese derecho y en qué condiciones es un debate ético y político más amplio; mientras que la objeción de conciencia se circunscribe a la ética profesional, es decir, a lo que se debe exigir a los profesionales. Muchos, aunque no estén obligados a realizar abortos, pueden reconocer dicho derecho. De manera análoga, existen más médicos que apoyan la asistencia médica para morir que los que están dispuestos a practicarla. La defensa de la objeción de conciencia no requiere fundamentarse en posiciones éticas sustantivas sobre derechos ciudadanos: es plenamente coherente sostener que el aborto es un derecho moral de las mujeres y, simultáneamente, defender el derecho a la objeción de conciencia en el ámbito sanitario. Esta es precisamente la postura que, en distinta medida, sostienen numerosos defensores de la objeción de conciencia, incluido Card. El derecho de las mujeres al aborto no implica automáticamente que un profesional tenga el deber de proveerlo si su negativa es razonable: que ese derecho genere una obligación depende de los criterios que definan la razonabilidad de las obligaciones profesionales y de la objeción de conciencia.

La segunda razón es que, aunque el conflicto exista, podría resolverse de manera que ambas posiciones sean respetadas: una mujer podría acceder a un aborto seguro y efectivo –satisfaciendo así su derecho razonable– mientras ciertos profesionales de la salud serían eximidos de realizarlo por objeción de conciencia, respetando así sus legítimas convicciones. El derecho de la mujer podría generar una obligación para el cuerpo profesional, pero no necesariamente para

el individuo. Nuevamente, si este derecho implica un deber personal depende de los criterios que establezcan la razonabilidad de las obligaciones profesionales.

Razonabilidad de la objeción de conciencia

La cuestión central, entonces, es cómo definir y determinar qué constituye una objeción de conciencia razonable en el ámbito de la salud. En el capítulo 2 argumentamos que, en tanto proveedores monopólicos, los profesionales sanitarios no gozarían del derecho a objetar. Card coincide parcialmente, al sostener el denominado principio de primacía, según el cual los intereses de los pacientes deben prevalecer sobre las convicciones personales del profesional. Al igual que nuestra posición, su planteo parte de un contrato social que atribuye a los profesionales una función monopólica en la provisión de servicios y fundamenta una “obligación fiduciaria” (Card, 2020, p. 27). No obstante, esta primacía no excluye por completo la objeción de conciencia mientras se cumpla con un estándar de razonabilidad; en este caso, garantizar que el paciente acceda al servicio que solicita de forma autónoma y al que tiene derecho.

Este criterio, sin embargo, resulta aún demasiado amplio, ya que, en principio, permitiría que un profesional objete cualquier procedimiento, siempre que el paciente pueda acceder a él por otra vía. Desde esta perspectiva, se ha sostenido de manera plausible que el estándar de razonabilidad es excesivamente inclusivo (Giubilini, 2017). En términos filosóficos más precisos, el principio de primacía constituye una condición necesaria, pero no suficiente, para calificar una objeción como razonable. Se requiere una definición más exigente, salvo que se pretenda permitir la objeción a prácticamente cualquier procedimiento siempre que se garantice su provisión por otro profesional. Aunque algunos defensores de la objeción de conciencia aceptarían esta conclusión, difícilmente lo harían quienes adhieren a la noción de razonabilidad.

Esto se debe a que dicho concepto posee una dimensión intuitiva que debe preservarse al aplicarse a distintos casos. Es poco probable que los defensores de la razonabilidad acepten, por ejemplo, que se objete a la administración de vacunas o antibióticos por creencias sobre el estatus moral de virus o bacterias, o por convicciones acerca del poder curativo de la naturaleza, incluso si otro profesional pudiera proveer el tratamiento (Card, 2020, p. 94), o que se rechace el uso de medicamentos vitales por haber sido testados en animales, con base en creencias sobre los derechos de estos.

Una posición que admita objeciones a cualquier práctica mientras otro profesional garantice su provisión, sin evaluar la aceptabilidad ética de la objeción, no puede considerarse una teoría de la razonabilidad; se requieren criterios adicionales que delimiten de forma más rigurosa qué constituye una objeción de conciencia razonable. Lamentablemente, al igual que Rawls, Card afirma que no pretende ofrecer condiciones necesarias y suficientes para determinar la razonabilidad, sino desarrollar un enfoque guiado por principios aplicables de manera heurística en contextos específicos (Card, 2020, p. 94), atendiendo a factores “intrínsecos” y “extrínsecos”. Los primeros se refieren a las creencias que fundamentan la objeción de conciencia, y buscan excluir motivaciones arbitrarias; los segundos remiten a las circunstancias en las que la objeción se plantea, y garantizan el cumplimiento del principio de primacía, esto es, que el paciente acceda sin dificultad al servicio a través de otro profesional dispuesto a prestarlo. Según Card, una objeción será razonable si satisface dos condiciones intrínsecas: (1) estar fundada en una creencia moral central y sinceramente sostenida, y no en preferencias caprichosas o razones de conveniencia; (2) ser coherente con la evidencia empírica disponible, es decir, no basarse en errores fácticos (por ejemplo, la falsa creencia de que el aborto provoca cáncer de mama) (Card, 2020, p. 94).

Ahora bien, quienes defienden esta concepción deben mostrar cómo dichas condiciones permiten distinguir entre casos como la negativa a prescribir antibióticos o medicamentos testados en animales y la objeción al aborto. El criterio de razonabilidad se debería

corresponder, al menos en parte, con distinciones intuitivas o con fundamentos médicos rigurosos, como el tipo de disenso profesional examinado en el capítulo 2. Supóngase que, en un caso concreto, no existe disenso profesional relevante respecto de la idoneidad médica de una intervención, y que las consideraciones clínicas y el interés del paciente confluyen en su recomendación. En ese escenario, resulta difícil sostener que negarse a practicar un aborto médicamente indicado y solicitado de forma autónoma sea más razonable que negarse a prescribir antibióticos o medicamentos testados en animales. Al menos, los “factores intrínsecos” ofrecidos por Card no permiten establecer una distinción clara entre estos supuestos.

Jason Marsh ha cuestionado la solidez de las condiciones intrínsecas para evaluar la razonabilidad en dos sentidos. En primer lugar, advierte que el estándar propuesto podría resultar excesivamente exigente. Si el requisito empírico se entiende como la obligación de demostrar que una determinada creencia es verdadera o, al menos, probablemente verdadera, el umbral sería prácticamente inalcanzable. Así, por ejemplo, un médico que objetara al aborto invocando la teoría del *ensoulment* fetal tendría que convencer a un comité de que el dualismo –la tesis de que el alma y el cuerpo son sustancias distintas– es verdadero o verosímil según la evidencia empírica disponible. Como señala Marsh, “si bien podemos afirmar que diversas hipótesis científicas están bien fundamentadas, esto es mucho más difícil en lo que respecta a la metafísica, la religión o incluso la moral, algo que queda reflejado en el amplio desacuerdo existente en estos ámbitos” (Marsh, 2014, p. 316). La segunda objeción de Marsh es que la única alternativa viable sería considerar justificadas aquellas creencias que se sostienen con sinceridad, un criterio tan amplio, no obstante, que vaciaría de contenido la noción misma de razonabilidad.

Con todo, en defensa de Card, conviene subrayar que su concepción no exige demostrar la verdad de las creencias ni se basa en criterios probabilísticos estrictos. Como él mismo afirma, “la evidencia y la verdad son cosas distintas. Así como los tribunales valoran la evidencia conforme a ciertos estándares –por ejemplo, que

la preponderancia de la evidencia respalde una determinada posición-, del mismo modo debería proceder una Junta de Evaluación de Objeciones de Conciencia Médica” encargada de valorar qué objeciones son admisibles y con base en qué razones (Card, 2014, p. 321). Esta propuesta parece neutralizar la primera crítica de Marsh. Asimismo, dado que la noción rawlsiana de razonabilidad apela a la aceptabilidad pública de las creencias –y no meramente a su sinceridad subjetiva-, resulta evidente que, para Card, la sinceridad no constituye una condición suficiente, lo cual permite también responder a la segunda objeción.

El pasaje ofrece una ampliación crítica a las objeciones formuladas por Jason Marsh y revela, a la vez, limitaciones estructurales en la propuesta de Card, incluso si esta logra sortear los cuestionamientos más inmediatos. El argumento central señala que, aun prescindiendo de un criterio empírico estricto o de la exigencia de verdad, subsiste un problema fundamental respecto a la aplicabilidad del estándar de “consonancia con la evidencia” en el caso de creencias morales, metafísicas o religiosas que, por su propia naturaleza, no son susceptibles de verificación o refutación empírica.

Esto resulta especialmente claro en objeciones de conciencia vinculadas al aborto, donde convicciones como la *ensoulment* fetal temprano o la atribución de un valor moral absoluto a la vida humana desde la fecundación no dependen de propiedades empíricamente observables como la conciencia o la autoconciencia. Aunque pudiera suponerse que la información empírica pertinente alude a características biológicas relevantes para determinar el estatus moral –como la sensibilidad al dolor-, muchas objeciones religiosas no descansan sobre dichos criterios. En este punto, la concepción rawlsiana de razonabilidad se enfrenta a una tensión: ¿puede considerarse razonable una objeción que no guarda correlato empírico alguno?

Si bien en ciertos casos –como la objeción a la anticoncepción de emergencia (EC)- parece factible apelar a definiciones médicas para refutar la creencia subyacente (por ejemplo, que la EC no

interrumpe un embarazo, sino que impide su inicio) (Card, 2007), esta estrategia resulta ineficaz cuando la objeción moral se funda en una concepción alternativa del comienzo de la vida. Para algunos objetores, lo éticamente decisivo es la fertilización, no la implantación; por tanto, la distinción médica entre fecundación y embarazo carece de relevancia normativa. Así, queda en evidencia que las clasificaciones clínicas, por útiles que sean desde una perspectiva técnico-científica, no siempre coinciden con los criterios que los objetores consideran moralmente significativos (Scientific American, 26 de septiembre de 2005).

En consecuencia, aunque Card proponga modelar la evaluación de objeciones de conciencia siguiendo el patrón de la deliberación judicial –basada en la preponderancia de la evidencia–, este enfoque parece inaplicable cuando las convicciones invocadas no se estructuran según una lógica probatoria. Cualquier estándar de razonabilidad que exija cierto grado de apoyo empírico corre el riesgo de excluir de manera sistemática las objeciones religiosas o metafísicas, sin una justificación plenamente satisfactoria. Pero si se renuncia a ese requisito, se cae en el riesgo contrario: trivializar la razonabilidad hasta hacerla indistinguible de la mera sinceridad. En este sentido, la observación de Marsh cobra nueva fuerza: el estándar propuesto parece ser, inevitablemente, demasiado estricto o permisivo. En muchos casos de objeción de conciencia, no existe un punto intermedio claro entre la exigencia de evidencia y la aceptación de convicciones radicalmente subjetivas.

Las condiciones extrínsecas parecen aportar mayor especificidad, sentido y aplicabilidad al concepto de “razonable” en el contexto de la objeción de conciencia, al referirse a hechos más fácilmente verificables. Estas condiciones establecen que una negativa de conciencia justificada y razonable (1) “no debe causar daño innecesario o injustificado a los pacientes”, (2) “no debe presentar una apariencia innegablemente interesada y debe respetar la desigualdad de poder entre médicos y pacientes, evitando agravar desigualdades sociales preexistentes”, (3) “no debe basarse en creencias

discriminatorias”, (4) “no debe violar el deber de cuidado al rehusarse a asistir a pacientes en situaciones de emergencia o circunstancias urgentes”, y, por último, (5) “requiere una carga probatoria más exigente, en igualdad de condiciones, en comparación con una prestación de cuidado basada en la conciencia” (Card, 2020).

La quinta condición reafirma la prioridad de actuar en el mejor interés del paciente, lo que podría justificar éticamente la prestación de servicios no permitidos legalmente, siempre que redunden en beneficio del paciente. Las otras cuatro condiciones implican que una objeción puede considerarse razonable si no genera un daño neto al paciente que se habría evitado de no haberse planteado la objeción, y si no es discriminatoria en un sentido relevante –es decir, si no explota el desequilibrio inherente a la relación médico-paciente, donde este último se encuentra en una situación de vulnerabilidad, ni se funda en posturas sexistas, racistas u otras formas de discriminación injusta–. En efecto, tales requisitos parecen razonables, al menos en el sentido intuitivo en que suele emplearse el término.

Ahora bien, todas estas condiciones fundamentan una postura de compromiso calificado respecto a la objeción de conciencia. Mientras la objeción no se base en creencias discriminatorias (por ejemplo, sexistas o racistas) ni contradiga la evidencia empírica, debería permitirse al profesional de la salud negarse a prestar el servicio, siempre y cuando garantice la atención a la que tiene derecho el paciente, por ejemplo, proporcionando información relevante sobre el servicio u ofreciendo una derivación, según corresponda. ¿Sería éticamente aceptable esta forma de “compromiso razonable”? Como se argumentará en la siguiente sección, existen exigencias importantes del profesionalismo que esta solución no lograría satisfacer, además de no respetar adecuadamente la conciencia de quienes desean objetar, como también se verá más adelante. Si nuestro análisis es correcto, estas posturas de compromiso no serían la solución beneficiosa para ambas partes que sus defensores suponen.

Dos argumentos contra la concepción de la razonabilidad: un resumen

Hemos presentado dos argumentos en contra de la concepción de la razonabilidad como defensa de la objeción de conciencia, tal como la propone Card. Según el primero, lo que puede considerarse razonable en aras de un pluralismo de opiniones en sociedades liberales no puede servir como fundamento para tolerar ese mismo pluralismo dentro de la profesión médica, cuando este se manifiesta a través del derecho a la objeción de conciencia. Por ejemplo, la idea de que la experimentación con animales es moralmente inaceptable, o que las personas mayores no deberían tener prioridad en el acceso a tratamientos médicos por haber ya recibido su parte justa de recursos sanitarios escasos, son posturas razonables que pueden defenderse en el marco del pluralismo liberal. Quienes las sostienen tienen derecho a expresarlas públicamente, participar en acciones políticas para promoverlas, abogar por su incorporación en la ética profesional del ámbito sanitario, o incluso vivir de acuerdo con ellas, por ejemplo, evitando productos testeados en animales o renunciando a tratamientos médicos prolongadores de vida en la vejez. Sin embargo, tales convicciones no otorgan a los profesionales el derecho a, respectivamente, negarse a recetar medicamentos probados en animales o a negar atención médica a personas únicamente en función de su edad (a menos que esta última funcione como un indicador válido de algún otro criterio reconocido por los estándares profesionales vigentes).

El segundo argumento señala que la noción misma de razonabilidad es problemática y, en última instancia, ofrece escasa orientación para determinar qué tipos de objeción de conciencia deberían o no permitirse en el ejercicio profesional sanitario, incluso si –contrario a lo sostenido en el primer argumento– se aceptara, por hipótesis, que deben acogerse las objeciones razonables. La dificultad de aplicar de manera operativa el enfoque de la razonabilidad

se vuelve evidente cuando se analiza, desde una perspectiva pragmática, cómo deberían evaluarse estas solicitudes de acomodación y quién debería encargarse de dicha evaluación.

Neutralidad del Estado y razonabilidad

El enfoque de la razonabilidad tiene dificultades para abordar la razonabilidad de las solicitudes de acomodación que surgen cuando los profesionales conocen lo que se espera de ellos según las normas profesionales y, aun así, deciden objetar por motivos personales. Son precisamente estos motivos personales los que deben poder justificarse conforme a algún criterio dentro del enfoque de la razonabilidad, es decir, a partir de una teoría filosófica que lo haga viable, aunque muchos pondrían en duda la posibilidad misma de tal empresa.

Sin embargo, en las democracias liberales este no es el único obstáculo que enfrenta dicho enfoque. Dado que la razonabilidad de estas solicitudes de acomodación se basa con frecuencia en creencias religiosas, morales u otras convicciones normativas, el Estado, los tribunales u otra autoridad reguladora tendrían que adoptar una postura deliberada sobre la razonabilidad de dichas convicciones, por ejemplo, de una doctrina religiosa determinada, problema que excede la cuestión de si una objeción de conciencia puede considerarse razonable desde un análisis filosófico.

El requisito de *justificabilidad* del enfoque de la razonabilidad entra en conflicto directo con el principio de “neutralidad estatal” en materia religiosa (Blackford y Schuklenk, 2021), es decir, la no adhesión del Estado a los postulados metafísicos y morales de distintas religiones en cuanto tales –aunque pueda, o incluso deba en algunos casos, respaldar ciertas convicciones sustantivas por razones que no impliquen la validación de una religión en particular (Arneson, 2003; Sher, 1997; Tahzib, 2022)–. Esta neutralidad, entendida de ese modo, constituye una condición necesaria para la existencia de la libertad religiosa, pues si el Estado declara que una determinada visión religiosa

es correcta, se arroga el rol de árbitro de la verdad religiosa. ¿Qué capacidad tendría un Estado liberal para establecer la verdad o falsedad de una determinada doctrina religiosa frente a otra?

Una posible respuesta a esta objeción es que, al permitir la objeción de conciencia con el requisito de derivación, el Estado no estaría adoptando una postura respecto a la corrección moral de una objeción en particular, sino una posición de neutralidad: siempre que el paciente pueda acceder al servicio por otra vía, debería respetarse la convicción moral del profesional. El problema fundamental, sin embargo, es que en la práctica esta solución puede comprometer la atención al paciente, como se argumentó en el capítulo 2.

Desde la Ilustración, se ha concebido al Estado como una entidad que actúa conforme a razones seculares, es decir, con el propósito de atender las necesidades terrenales de sus ciudadanos. Estas incluyen, ciertamente, la posibilidad de practicar una religión y vivir conforme a sus principios, pero entendida como una necesidad más entre muchas que coexisten en una comunidad plural. En su célebre *Carta sobre la tolerancia* de 1689, John Locke sostenía que la función propia del Estado es garantizar:

la Vida, la Libertad, la Salud y el Alivio del Cuerpo; y la posesión de bienes materiales como el Dinero, las Tierras, las Casas, los Muebles, y similares, [pero no la] Salvación de las Almas. [...] Considero absolutamente necesario distinguir con precisión los asuntos del Gobierno Civil de los de la Religión, y trazar con claridad los límites justos entre ambos (Locke, 1983).

Y advertía sobre los riesgos de no establecer estos límites con claridad:

Jamás terminarán las controversias que surgen entre quienes tienen –o al menos afirman tener–, por un lado, el encargo de velar por los intereses del alma de los hombres, y por otro, quienes se ocupan del bienestar de la comunidad (Locke, 1983, p. 26).

En las democracias liberales, se protege el derecho de los ciudadanos a mantener ciertas creencias y a vivir conforme a ellas, dentro de los

límites que impone su impacto sobre los demás. Esta concepción se refleja en documentos internacionales de derechos humanos, como el *Pacto Internacional de Derechos Civiles y Políticos* de las Naciones Unidas, cuyo artículo 18(3) establece: “La libertad de manifestar la propia religión o las propias creencias no podrá ser objeto de más restricciones que las que estén previstas por la ley y sean necesarias para proteger la seguridad, el orden, la salud o la moral públicos, o los derechos y libertades fundamentales de los demás” (Pacto Internacional de Derechos Civiles y Políticos 1966).

La Corte Suprema de los Estados Unidos ha reconocido la imposibilidad de que los tribunales actúen como árbitros de la razonabilidad de una religión, ya sea en términos de la solidez de sus postulados o de la centralidad de ciertas enseñanzas para la fe de los creyentes (*División de Empleo, Departamento de Recursos Humanos de Oregón contra Smith*, 1990). La Corte Suprema de Canadá ha sido igualmente categórica: al redactar la opinión mayoritaria, el juez Iacobucci afirmó que “el Estado no está en condiciones de ser –ni debería convertirse en– árbitro del dogma religioso” (*Syndicat Northcrest v. Amselem*, 2004). Estas decisiones no son excepcionales en comparación con la postura adoptada en otras democracias liberales occidentales. Y, naturalmente, lo que aplica a los tribunales es extensible a los demás poderes del Estado y, por ende, a los organismos reguladores encargados de supervisar las profesiones sanitarias.

La conclusión de este análisis es que, en muchos –si no en todos– los casos en que se solicita una acomodación de conciencia, la razonabilidad de dichas objeciones no podría ser evaluada por el Estado ni por organismos estatales designados, ya que ello contravendría el principio de neutralidad religiosa del Estado. Una posible vía para salvar el enfoque de la razonabilidad frente a estas objeciones consiste en interpretarlo simplemente como una forma de postura de compromiso, según la cual una objeción de conciencia es razonable siempre que no impida al paciente acceder al servicio requerido, aun si esto implica que el profesional objetor deba remitir al paciente a otro proveedor.

Hemos sugerido, en efecto, que el enfoque de la razonabilidad parece reducirse, en última instancia, a una posición de compromiso que, no obstante, presenta sus propios problemas, especialmente en la práctica. Algunos podrían objetar que es posible implementar medidas para prevenir perjuicios a los pacientes. Pero existe una razón más profunda por la cual estas soluciones de compromiso están destinadas al fracaso: el problema de la *complicidad*.

Pacto Internacional de Derechos Civiles y Políticos

Numerosos defensores de la acomodación de la objeción de conciencia respaldan alguna variante de la postura de compromiso, como señalamos en el capítulo 1 (Fernández Lynch, 2008; Brock, 2008; Wicclair, 2011). En términos generales, esta perspectiva sostiene que el derecho a objetar se limita a la negativa a realizar personalmente un procedimiento determinado, sin que ello conlleve el derecho a rehusarse a derivar al paciente a otro profesional, ni a facilitar su traslado a dicho colega. Esta solución suele presentarse como un escenario de mutuo beneficio: el profesional mantiene su integridad moral al no participar directamente en lo que considera un acto inmoral, y el paciente accede al servicio al que legalmente tiene derecho. Por ello, en muchas jurisdicciones se permite a los médicos negarse a realizar abortos, aunque están legalmente obligados a informar a sus pacientes sobre esta posibilidad y derivarlos a un profesional que sí lo practique.

El problema de fondo es que esta solución exige a los profesionales actuar de forma que, a su juicio, los vuelve cómplices de una acción inmoral. Para muchos objetores, no basta con evitar la ejecución directa del acto que rechazan; también consideran moralmente inaceptable participar de manera indirecta en su concreción –ya sea facilitando información, remitiendo al paciente o colaborando en su acceso al tratamiento–, pues ello los implicaría en un proceder que vulnera sus convicciones éticas más profundas.

Grados de complicidad

Dan Brock, uno de los bioeticistas más influyentes que han defendido la postura de compromiso, sostiene que la complicidad en actos moralmente objetables admite distintos grados, según el tipo de intervención requerida al profesional sanitario. Desde su perspectiva, ciertas formas de cooperación con el mal no son moralmente condenables o, al menos, no lo son en tal medida que deban eximir al profesional de llevarlas a cabo. Así, informar a una paciente embarazada de un feto con anomalías genéticas sobre sus opciones –incluido el aborto tardío– o derivarla a un colega dispuesto a realizar dicho procedimiento, implicarían solo un grado mínimo de complicidad. Por ello, tales actos no deberían estar amparados por normativas que permitan objeción de conciencia (Brock, 2008). Naturalmente, los objetores de conciencia podrían disentir, ya que la percepción de lo que constituye complicidad dependerá del sistema de creencias individual.

De acuerdo con este enfoque moderado, cada intervención tiene un grado intrínseco de complicidad: informar sobre alternativas terapéuticas implicaría una complicidad menor, pues solo se proporciona información que el paciente utilizará autónomamente para decidir; en cambio, derivar activamente al paciente a un colega dispuesto a realizar el procedimiento representa un grado mayor, ya que la acción del profesional contribuye de forma más directa al desenlace –por ejemplo, el aborto–.

Consideremos un hipotético ejemplo de complicidad en otro ámbito. Imaginemos que A le dice a B que, para disfrutar de unas buenas vacaciones, puede pagar un viaje o usar la casa de campo de su abuela, y B responde que no tiene dinero y que la abuela no permite que nadie use la casa. B concluye que la solución más fácil es matar a la abuela, pero se pregunta cómo hacerlo parecer un accidente para evitar la prisión. Entonces, A, quien acaba de leer un libro titulado *Cómo salirse con la suya tras un asesinato*, le sugiere diversas opciones; finalmente, B decide envenenar a la abuela con un risotto de setas

mortales. En este caso hipotético, diríamos que A tuvo un papel decisivo en la cadena de eventos que condujeron a la muerte, aunque su implicación fue menor que la de C, el amigo que consiguió las setas venenosas a cambio de usar la casa una vez al año. Intuitivamente, se reconoce que C es más cómplice por estar más cerca del desenlace, pero ambos son suficientemente responsables como para ser culpables, lo que explica por qué los objetores de conciencia rechazan incluso formas más indirectas de complicidad.

¿Son los grados de complicidad intrínsecos a ciertas actividades o dependen del contexto?

No resulta evidente que la complicidad se presente en grados definidos, ni que estos sean moralmente relevantes o inherentes a la naturaleza misma de la actividad realizada. En el caso planteado, podríamos concluir que A tiene un papel más decisivo que C porque proporciona un plan que probablemente no existiría sin su intervención. Por ejemplo, si B no está bien informado, pero vive en un entorno donde es fácil encontrar a alguien que distinga setas venenosas, podría conseguir fácilmente ayuda para ejecutar su plan; sin embargo, si B carece de capacidad para elaborar un plan complejo, y A es el único que lo diseña, entonces es razonable atribuirle a A un mayor grado de complicidad que al recolector de setas.

Aplicando esto al caso del aborto, informar sobre ciertas opciones terapéuticas puede implicar una complicidad mayor que la mera derivación, pues tal conocimiento podría derivar directamente en la decisión de interrupción del embarazo por parte del paciente, quien estaría en condiciones de acceder por sus propios medios a un profesional dispuesto a realizar el procedimiento. Así, la complicidad no está necesariamente ligada a un tipo específico de acción, sino que depende del contexto: en ciertas circunstancias, el médico informante puede desempeñar un papel más crucial en la cadena de eventos que conduce al aborto que aquel que solo deriva

al paciente. Más aún, los objetores de conciencia suelen percibirse a sí mismos como suficientemente implicados para rechazar cualquier facilitación de abortos u otras prácticas controvertidas (Lawrence y Curlin, 2009).

¿Es la complicidad lo que realmente importa?

Según la Iglesia Católica, lo relevante no es el grado de connivencia, sino si alguien es o no cómplice de una acción inmoral, es decir, si se ha prestado ayuda con conocimiento de las intenciones del autor del acto inmoral, o si se actuó sin conciencia de las consecuencias. La Iglesia aborda esta cuestión en la encíclica *Evangelium Vitae*, definiendo la complicidad como la realización de un acto que facilita a otro la comisión de un acto inmoral. Se considera cómplice a quien:

- Participa directa y voluntariamente en la acción del malhechor.
- Ordena, aconseja, elogia o aprueba dicha acción.
- No denuncia o impide la acción cuando tiene la obligación de hacerlo.
- Protege al malhechor (Juan Pablo II, 1995).

Desde esta perspectiva, la cooperación puede ser positiva (realizar actos que ayudan a lograr un fin inmoral) o negativa (omitir actos que podrían impedirlo), y a su vez, directa (relación estrecha que implica la conciencia del cómplice) o indirecta (desconocimiento de las intenciones, lo que atenúa o incluso excluye la responsabilidad moral del cómplice).

Edmund Pellegrino, siguiendo en gran medida la postura católica, propone ciertos parámetros para evaluar la complicidad moral de una persona: la “distancia moral” se mide según la intención compartida de causar daño, el estatus moral del acto, la gravedad del daño, la necesidad y causalidad de la acción del cooperador con relación al daño, y la proporcionalidad entre daño y beneficio (Pellegrino, 2002). Según él, si bien algunos casos de complicidad pueden ser permisibles, esto jamás aplica a prácticas como el aborto o la eutanasia, pues, aunque el

profesional no comparta las intenciones del paciente, su acción suele ser necesaria para la concreción del acto.

De forma similar, Daniel Sulmasy juzga la permisibilidad moral de la cooperación en función de: cuán necesaria y cercana es, si existe coacción, la probabilidad de que se vuelva habitual, el potencial de escándalo, si se viola un rol especial, y si hay una razón proporcionalmente importante para cooperar (Sulmasy, 2008). Para Sulmasy, algunas formas de cooperación pueden ser aceptables si la conexión con el acto final es indirecta o no decisiva; sin embargo, en la mayoría de los casos relacionados con el aborto o la eutanasia, los médicos no cumplen esos criterios. En suma, Pellegrino, Sulmasy y la doctrina católica coinciden en que los profesionales de la salud no están moralmente justificados para facilitar tratamientos que consideran inmorales.

Cooperación con acciones inmorales y la postura moderada

La postura moderada sobre la objeción de conciencia sostiene que los profesionales pueden negarse a realizar tratamientos que consideren inmorales, pero deben cumplir con otras acciones relacionadas indirectamente con dichos tratamientos, buscando así equilibrar los intereses del profesional y del paciente. Así, los médicos evitan involucrarse directamente en actos que juzgan gravemente inmorales, mientras que los pacientes pueden acceder a los tratamientos, aunque con posible retraso si la derivación no es inmediata.

No obstante, al considerar la complicidad en presuntas acciones inmorales, esta postura pierde fuerza, ya que exigir a los objetores que informen o deriven en interés del paciente no resuelve su preocupación de “mantener las manos limpias”. Por ejemplo, Carolyn A. Laabs sostiene que los médicos católicos no tienen el deber de recomendar pruebas genéticas prenatales a sus pacientes, ya que hacerlo implicaría cooperar con una acción moralmente reprochable:

Aunque el acto de realizar pruebas de detección pueda ser moralmente neutro en sí mismo –argumenta– si las circunstancias indican que la intención de la madre al realizar la prueba es abortar si los resultados no son los deseados, entonces no debe realizarse. No existen razones proporcionadas que justifiquen lo que constituiría cooperación material mediata con el grave y esencial mal del aborto, incluso si la ayuda es indirecta. [...] Ni la expectativa de los pacientes, ni las recomendaciones de asociaciones profesionales, ni el temor a demandas por nacimiento indebido constituyen motivos proporcionados para justificar la realización de pruebas sin tener en cuenta la intención de la paciente” (Laabs, 2020).

Desde una perspectiva práctica, esta postura también puede generar consecuencias negativas, pues los médicos que se ven obligados a realizar procedimientos que rechazan por razones de conciencia a menudo actúan de manera que perjudica, en lugar de beneficiar, al paciente. Y si ni siquiera el temor a posibles demandas por discriminación es considerado una razón suficiente para ofrecer pruebas prenatales a una mujer embarazada, resulta difícil prever qué podría impedir que los médicos se nieguen a participar en otras prácticas que consideren inmorales. En algunos casos, las consecuencias pueden ser incluso fatales: como se mencionó en el capítulo 1, una paciente fue rechazada para una colonoscopia debido al temor del médico de dañar al feto; la mujer sufrió un aborto espontáneo y finalmente falleció (Centro de Derechos Reproductivos, 1 de septiembre de 2008).

En general, es razonable suponer que los profesionales que se ven forzados a actuar en contra de su conciencia probablemente no realicen los procedimientos con la misma competencia que aquellos que no presentan objeciones. De hecho, en la mayoría de las jurisdicciones que reconocen la objeción de conciencia, los médicos están obligados a intervenir si la vida de la paciente corre peligro en ausencia de un aborto; sin embargo, incluso en situaciones extremas, algunos se niegan a prestar atención médica. En 2016, una mujer embarazada de gemelos falleció en un hospital italiano porque, a pesar de su estado crítico y del riesgo inminente de muerte, el médico se

negó a practicar el aborto que habría salvado su vida, mientras los fetos aún presentaban latido cardíaco (Somma, 2016).

Dado que la negligencia profesional es sancionada dentro del ámbito de la atención médica, también debería suceder cuando la esta deriva de creencias personales del profesional. Con todo, muchos de estos casos pueden resultar difíciles de detectar y, por tanto, de sancionar adecuadamente. Además, el porcentaje de objetores de conciencia puede ser tan elevado que dificulte el acceso oportuno al aborto. Por ejemplo, en 2020, en 40 hospitales italianos todos los médicos eran objetores de conciencia, y en muchos otros más del 80 % se negaban a practicar abortos. En dos regiones del país, se reportó la existencia de un único médico dispuesto a realizarlos, lo cual implica que las mujeres deben esperar durante periodos prolongados antes de poder acceder al procedimiento (Gobierno Italiano. Ministerio de la Salud). Entre quienes se identifican como objetores se encuentran también anestesistas y personal de enfermería, es decir, trabajadores que no están directamente involucrados en la práctica del aborto, razón por la cual muchas mujeres italianas con recursos económicos prefieran asumir los costos adicionales y recurrir a servicios en el extranjero, donde el acceso al aborto es más eficiente.

Posible solución

Hemos sostenido que el enfoque moderado no logra conciliar adecuadamente los intereses de médicos y pacientes, dado que muchos profesionales procuran evitar cualquier forma de complicidad en prácticas que consideran moralmente inadmisibles, negándose a participar, directa o indirectamente, en procedimientos como el aborto u otros que juzgan inmorales. A su vez, una alta proporción de objetores de conciencia compromete de forma significativa el acceso de los pacientes a una atención médica oportuna y de calidad.

Ante este escenario, resulta necesario considerar soluciones alternativas. Una opción consiste en suprimir el derecho a la objeción

de conciencia, conforme a ciertas versiones del enfoque de la incompatibilidad, según el cual los profesionales de la salud no deberían estar facultados para rechazar procedimientos legalmente autorizados y solicitados por los pacientes. Esta medida permitiría, por ejemplo, hacer frente al elevado número de objetores en países como Italia. No obstante, su implementación requeriría intervenir desde fases tempranas de la formación profesional, como el ingreso a las facultades de medicina o a los programas de especialización. En ese marco, podría considerarse la selección de candidatos en función, entre otros criterios, de su disposición real a realizar procedimientos como abortos, sedaciones terminales o eutanasias, en aquellos países donde tales prácticas son legales y están reguladas por el sistema sanitario.

Sin embargo, esta alternativa presenta desventajas evidentes desde la perspectiva de los profesionales, especialmente porque implicaría la exclusión de quienes objetan por razones de conciencia, salvo que renuncien plenamente a su negativa a participar en determinados procedimientos. Una posible solución intermedia sería promover la formación de estos profesionales en instituciones con orientación moral o religiosa, así como su inserción laboral en hospitales vinculados a confesiones religiosas. Si bien ello podría limitar sus oportunidades profesionales, permitiría al mismo tiempo preservar sus convicciones éticas sin obstaculizar el acceso de los pacientes a los servicios de salud.

El argumento de los derechos humanos

En el capítulo 1, examinamos la cuestión de los derechos humanos y cómo, en ocasiones, la libertad de conciencia se interpreta como un derecho humano que se aplica directamente para respaldar la objeción de conciencia en el ámbito sanitario. ¿Existe realmente un derecho humano a la objeción de conciencia? Reconocida tanto en declaraciones internacionales de derechos humanos como en

legislaciones nacionales, la libertad de conciencia se basa en el artículo 18 de la Declaración Universal de Derechos Humanos, según el cual “toda persona tiene derecho a la libertad de pensamiento, de conciencia y de religión” (Naciones Unidas 1948, Declaración Universal de Derechos Humanos). Ahora bien, ¿qué ocurre cuando dos conciencias entran en conflicto? ¿O cuando la conciencia de una persona se opone a otro principio o derecho igualmente relevante?

Eliminar el derecho a la objeción de conciencia en medicina no equivale a imponer creencias, sino a establecer requisitos mínimos para el desempeño de una función. Por ejemplo, quien se alista voluntariamente en el ejército debe estar dispuesto a matar o facilitar la muerte de otro ser humano; los pacifistas no deberían poder alistarse si esto implica invocar la objeción de conciencia ante el acto de matar. Esto no invalida el pacifismo como postura legítima en una sociedad pluralista: las personas pueden seguir creyendo que toda forma de matar es inmoral, promover públicamente esa visión y vivir conforme a dicho principio ético. Existen aún múltiples profesiones a las que pueden dedicarse; simplemente no pueden ser soldados.

Asimismo, el artículo 30 de la Declaración establece: “Nada en esta Declaración podrá interpretarse en el sentido de conferir derecho alguno al Estado, a un grupo o a una persona para emprender actividades o realizar actos tendientes a la supresión de cualquiera de los derechos y libertades proclamados en esta Declaración” (Naciones Unidas 1948, Declaración Universal de Derechos Humanos). Aquí termina la Declaración y comienza una discusión ética interesante. Es inevitable que, en ocasiones, actuar conforme a la propia conciencia socave las libertades de otras personas. A veces parece evidente cómo deben resolverse estos conflictos (por ejemplo, si la conciencia de alguien le exige matar a quienes no profesan determinada religión); sin embargo, en casos menos claros –como la objeción de conciencia en el ámbito sanitario– es necesario apelar a lo que los éticos denominan “principios morales” y aplicarlos de manera coherente a casos concretos. La libertad de conciencia no es más que uno entre muchos principios éticos.

Probablemente, los Estados miembros de las Naciones Unidas eran conscientes de cierto grado de inconsistencia de los principios de la Declaración Universal de Derechos Humanos, especialmente en lo que respecta a conflictos reales entre personas con demandas divergentes vinculadas a la conciencia. A fines de la década del sesenta, la ONU elaboró una serie de pactos destinados tanto a dar fuerza normativa a la Declaración Universal como a abordar conflictos como el que acabamos de señalar. Así, por ejemplo, el Pacto Internacional de Derechos Civiles y Políticos, en su artículo 18(1) establece:

Toda persona tiene derecho a la libertad de pensamiento, de conciencia y de religión. Este derecho incluye la libertad de tener o de adoptar la religión o las creencias de su elección, así como la libertad de manifestarlas, individual o colectivamente, tanto en público como en privado, mediante el culto, la observancia, la práctica y la enseñanza. (Pacto Internacional de Derechos Civiles y Políticos, 1966).

A pesar de que el artículo es pasible de ser interpretado como un derecho absoluto a la objeción de conciencia, el artículo 18(3) del mismo Pacto establece límites al ejercicio de estas libertades:

La libertad de manifestar la propia religión o las propias creencias estará sujeta únicamente a las limitaciones prescritas por la ley y que sean necesarias para proteger la seguridad, el orden, la salud o la moral públicos, o los derechos y libertades fundamentales de los demás.

Si bien esta disposición parece trazar una línea clara frente a quienes exigen protecciones absolutas para las acciones motivadas por su conciencia, el Pacto ofrece escasas orientaciones sobre dónde debe trazarse exactamente esa línea.

Un órgano de las Naciones Unidas, el Comité de Derechos Humanos –encargado de interpretar y supervisar el cumplimiento del Pacto Internacional de Derechos Civiles y Políticos por parte de los Estados miembros– emitió una advertencia tras evaluar la situación de Polonia en relación con dicho cumplimiento. Señaló que “en la práctica, muchas mujeres se ven privadas del acceso a servicios de

salud reproductiva, incluida la asesoría sobre anticoncepción, pruebas prenatales e interrupción legal del embarazo”, y recomendó que el país “introduzca regulaciones que prohíban el uso indebido y la aplicación abusiva de la ‘cláusula de conciencia’ por parte del personal médico” (Zampas y Andión-Ibañez, 2012). Posiblemente advertido de las elevadas tasas de abortos clandestinos en el país, con las consabidas consecuencias adversas para la salud y el bienestar de las mujeres, el Comité identificó la raíz del problema en “la negativa de médicos y clínicas a realizar intervenciones legales, invocando la objeción de conciencia” (Zampas y Andión-Ibañez, 2012), señalando situaciones análogas en países como Croacia, Italia y Eslovaquia.

¿Qué tipo de casos relacionados con la conciencia están llegando actualmente a los tribunales con el fin de promover la agenda de los grupos activistas contrarios al derecho a decidir, así como la de sus aliados políticos? Christina Zampas y su colega Ximena Andión-Ibañez analizaron casos judiciales de objeción de conciencia en el ámbito europeo promovidos por la agenda de grupos contrarios al derecho a decidir (Zampas y Andión-Ibañez, 2012). En 2001, el Tribunal Europeo de Derechos Humanos intervino en el caso de farmacéuticos franceses que se negaban a la venta de anticonceptivos con receta médica, invocando objeción de conciencia basada en sus convicciones religiosas. El órgano falló en contra de los demandantes (los farmacéuticos), señalando que la venta de anticonceptivos es legal siempre que esté acompañada de una receta médica (como en este caso), que dichos productos no pueden adquirirse fuera de una farmacia, y que los profesionales “no pueden anteponer sus creencias religiosas ni imponerlas a otros como justificación para negarse a vender tales productos, dado que pueden manifestar sus creencias de muchas otras formas fuera del ámbito profesional” (Zampas y Andión-Ibañez, 2012).

En otro caso, ocurrido en Polonia, un médico se negó a proporcionar a una mujer embarazada acceso a pruebas genéticas, con el fin de impedir que tomara una decisión informada sobre continuar o interrumpir el embarazo. En su dictamen, el Tribunal Europeo de Derechos Humanos calificó la conducta del médico como “miserable”

y causa de una “profunda angustia” para la paciente, concluyendo que se había vulnerado su derecho humano a no ser sometida a un trato inhumano y degradante. El Tribunal afirmó: “En el contexto del embarazo, el acceso efectivo a información relevante sobre la salud de la madre y del feto, cuando la legislación permite el aborto en determinadas circunstancias, es directamente pertinente para el ejercicio de la autonomía personal” (Zampas y Andión-Ibañez, 2012). El artículo 9 del Convenio Europeo de Derechos Humanos garantiza, entre otros, el derecho a la libertad de conciencia; sin embargo, no protege “todo acto o forma de comportamiento motivado o inspirado por una religión o creencia” (*Pichon and Sajous v France*, 2001). Esta interpretación es coherente con otros instrumentos internacionales relevantes en materia de derechos humanos.

Al igual que otras personas, los profesionales de la salud, gozan de un fundamento moral defendible para reclamar la libertad de conciencia y de religión, derecho que no se pretende absoluto, sino que encuentra limitado por los derechos fundamentales de otras personas. En muchas jurisdicciones, se ha buscado una posición intermedia que equilibre la protección de la conciencia con el acceso del paciente a la atención médica, como sucede, al momento de redactar este texto, en la provincia canadiense de Ontario, y que aún recorre el sistema judicial del país.

El organismo regulador en la provincia, el Colegio de Médicos y Cirujanos de Ontario (CPSO), exige que los médicos objetores por razones de conciencia proporcionen lo que denomina una “derivación efectiva” a un colega dispuesto a brindar el servicio (Colegio de Médicos y Cirujanos de Ontario, 2018). Una coalición de agrupaciones religiosas de médicos se opone a esta exigencia, reivindicando el derecho absoluto a no participar de ningún modo en la prestación de servicios que consideran moralmente objetables. Perdieron su caso en instancias judiciales inferiores. Algunos fragmentos del fallo resultan especialmente relevantes para nuestro análisis. Los tres jueces a cargo del caso llegaron a una conclusión unánime:

El objetivo de garantizar el acceso a la atención sanitaria, en particular el acceso equitativo, es urgente y sustancial. Las exigencias de derivación efectiva que establecen las políticas están racionalmente vinculadas a dicho objetivo. [...] Estas exigencias afectan la libertad religiosa de los demandantes solo en la medida estrictamente necesaria para alcanzar ese fin. [...] Los demandantes no tienen un derecho consuetudinario ni patrimonial a ejercer la medicina, y mucho menos un derecho constitucionalmente protegido. [...] Quienes disfrutan de los beneficios de una licencia para ejercer una profesión regulada deben aceptar estar sujetos a requisitos normativos orientados al interés público, más que al interés de los propios profesionales. (Loriggia, 2018).

Como se analizó en el capítulo 2, la justificación principal para que las sociedades cuenten con profesiones proveedoras en régimen de monopolio es precisamente el servicio al bien público, principio que prevalece sobre los intereses particulares o sectarios de los profesionales individuales. Encontrar un equilibrio justo entre intereses en conflicto es el eje central de casos judiciales como los mencionados. Las jurisdicciones nacionales suelen reflejar la redacción del Pacto Internacional, otorgando –según el caso– mayor peso a la protección de las objeciones individuales de conciencia o, por el contrario, a limitar el daño que otros sufrirían si no pudieran acceder oportunamente a servicios profesionales.

Otro ámbito donde se observa una gran diversidad en los fallos judiciales es en la aplicación de este tipo de razonamientos a instituciones, como hospitales afiliados a organizaciones religiosas. El Tribunal Europeo de Derechos Humanos, ya citado, ha señalado explícitamente que las protecciones de conciencia contempladas en el Convenio Europeo de Derechos Humanos se aplican únicamente a las personas físicas, no a las instituciones (Zampas y Andión-Ibañez, 2012). La Corte Suprema de los Estados Unidos, en cambio, llegó a la conclusión opuesta (NeJaime y Siegel, 2015).

Estados Unidos constituye una excepción significativa frente a las jurisdicciones antes analizadas. Grupos activistas religiosos han

logrado que legislaturas estatales aprueben normas redactadas por ellos mismos. En ese país, incluso en situaciones de emergencia, los profesionales de la salud no tienen el deber de atender a conciudadanos que requieren cuidados urgentes, lo cual constituye un caso sin precedentes en otros países del norte global. En 2019, la administración del entonces presidente Trump emitió nuevas regulaciones a través del Departamento de Salud y Servicios Humanos según las cuales “los profesionales e instituciones no estarán obligados a proporcionar, participar en, financiar, cubrir o derivar a otros para procedimientos a los que se opongan por motivos religiosos o morales” (Alonso-Zaldivar, 2019). Como era de esperar, estas regulaciones fueron impugnadas judicialmente. La naturaleza marcadamente radical de estas políticas –en comparación con el estándar internacional– se explica tanto por las denominadas guerras culturales del país como por la Primera Enmienda de la Constitución de los Estados Unidos, que establece: “El Congreso no promulgará ley alguna que establezca una religión, ni que prohíba el libre ejercicio de la misma” (Constitución de los Estados Unidos, Primera Enmienda). Es evidente quienes redactaron la Constitución consideraban la religión y su ejercicio como algo excepcional, merecedor de protecciones especiales y absolutas. Aunque esta visión es difícil de sostener filosóficamente, ha dado lugar a políticas como las regulaciones sobre conciencia impulsadas por el expresidente Trump.

El argumento de la tolerancia

Estrechamente vinculado al argumento de la razonabilidad –que defiende el pluralismo razonable en las sociedades liberales– se encuentra el argumento de la tolerancia. Ambos están relacionados, ya que la tolerancia de creencias religiosas protege la capacidad de las personas para sostener convicciones divergentes en sociedades modernas, pluralistas y multiculturales, al tiempo que permite la convivencia pacífica entre ellas.

La tolerancia, como concepto político, se remonta al menos a los inicios del cristianismo. Por ejemplo, Agustín sostenía que la tolerancia es importante porque la fe verdadera no puede imponerse por la fuerza externa: es necesario que cada persona sea libre de seguir su conciencia para que la fe sea genuina (Forst, 2017). Uno de los primeros defensores explícitos de la tolerancia en la filosofía política moderna fue John Locke, quien, en su célebre *Carta sobre la tolerancia*, argumentó a favor de admitir diversas corrientes del cristianismo –una postura que hoy puede parecer evidente, pero que en la Inglaterra del siglo XVII representaba una visión pionera (Locke, 1983)–. Locke consideraba que la mejor forma de preservar la paz social era una postura neutral del Estado frente a las ideologías religiosas (en su caso, dentro del cristianismo). La tolerancia se ha convertido en un principio fundamental de las sociedades liberales porque apelar a ella no exige adoptar ninguna postura moral particular, al tiempo que ofrece un amplio espacio, tanto privado como público, para las convicciones religiosas, que solo pueden verse restringidas cuando resulten destructivas para la sociedad (por ejemplo, si socavan el bien público), pero no simplemente porque su contenido resulte objetable para algunos.

Sin embargo, la tolerancia no necesariamente fundamenta un derecho a la objeción de conciencia. Se puede tolerar la postura de un médico católico que se niega a practicar un aborto y optar por permitirle objetar (estipulando que lo realice un colega o estructurando el sistema de manera que siempre haya disponible un médico no objetor). Pero nada de esto basta para establecer un “derecho” a objetar por conciencia, si por ello entendemos algo reconocido por la legislación o por un código normativo. Y si existe tal legislación o código que establece ese derecho, entonces la tolerancia ya no es necesaria: podría simplemente “soportar” la existencia de esa norma sin, en sentido estricto, tolerarla (Forst, 2017).

No obstante, la tolerancia ha sido invocada como fundamento para consagrar, mediante leyes o códigos, un derecho a la libertad de conciencia o religión. Daniel Sulmasy ha apelado a este principio

para justificar la acomodación de objetores de conciencia en el ámbito sanitario (Sulmasy, 2017). El autor rechaza la noción de tolerancia de John Stuart Mill, expuesta en *Sobre la libertad* –el manifiesto liberal por excelencia del siglo XIX– como mera no interferencia en las acciones ajenas (Stuart Mill, 2009), aduciendo que esta concepción revela una visión de la sociedad como una colección de individuos desconectados. En cambio, apela a Locke para defender una noción más sustantiva de tolerancia, basada en el respeto por la conciencia, entendida como “una muestra de respeto hacia otras personas con quienes estamos vinculados” (Sulmasy, 2017, p. 11). Esta noción de tolerancia remite a una naturaleza moral compartida: es precisamente porque nosotros mismos tenemos conciencia que adquirimos un compromiso moral con el respeto a la conciencia ajena. La conciencia es la fuente de la moralidad, y la moralidad exige respetar a los demás. Según Sulmasy, la profesión médica no constituye una excepción, ya que los profesionales también tienen conciencia, independientemente de si están moralmente de acuerdo o no con un procedimiento médico controvertido.

Rosamond Rhodes señala que Locke parece haber previsto este tipo de interpretación de su pensamiento y trató de anticiparse a ella, limitando, por ejemplo, la libertad de los magistrados e instando a que no se les permitiera imponer en su función profesional sus convicciones privadas sobre otros ciudadanos. Como explica Rhodes:

Además de sostener que las personas con objeciones de conciencia deben asumir las cargas derivadas de su compromiso, Locke afirma que quienes asumen responsabilidades profesionales y luego imponen restricciones basadas en valores personales a otros sobrepasan y abusan de su autoridad, y con ello manifiestan intolerancia (Rhodes, 2019).

El argumento de la tolerancia resulta especialmente interesante desde una perspectiva sociológica y política, dada su trayectoria histórica y el contexto en el que reaparece hoy. Históricamente, este tipo de argumentos fue esgrimido por sectores de orientación liberal, interesados en promover una actitud de “vive y deja vivir” frente a quienes

sostenían valores distintos; por ejemplo, un individuo conservador contrario al aborto simplemente no debería abortar, pero sí permitir que quienes desean acceder a ese servicio puedan hacerlo. Este enfoque, por supuesto, no elimina los desacuerdos ideológicos, pero permite la convivencia pacífica, a diferencia de aquellas sociedades en las que quienes detentan el poder imponen sus convicciones ideológicas a quienes no las comparten (Blackford y Schuklenk, 2021).

Tradicionalmente, las posturas conservadoras han predominado en el ámbito sanitario, restringiendo notablemente el acceso a servicios como el aborto o la asistencia médica para morir, y desestimando las apelaciones a la tolerancia por parte de quienes buscaban acceder a estos servicios. Actualmente, en el marco de los debates sobre la objeción de conciencia, se observa que el repertorio político asociado al liberalismo se utiliza para apoyar a sectores conservadores decididos a restringir el acceso de los pacientes a servicios que consideran moralmente objetables. Sulmasy defiende la tolerancia respecto de los objetores de conciencia (Sulmasy, 2017), pero no ha abogado con igual énfasis por la tolerancia hacia los profesionales dispuestos a proporcionar abortos o asistencia médica para morir en hospitales afiliados a la Iglesia católica.

Incluso si cabe cierto escepticismo sobre la sinceridad de algunos individuos que hoy reclaman tolerancia social, el argumento podría seguir siendo válido: tal vez existan buenas razones para acomodar a los objetores de conciencia con el fin de posibilitar la convivencia pacífica entre ciudadanos con concepciones muy distintas de la vida buena. La cuestión, entonces, podría ser de carácter empírico: ¿qué favorece más eficazmente la convivencia social? ¿Una mayor disposición a acomodar a quienes se niegan a prestar ciertos servicios, o una postura de no acomodación estricta? NeJaime y Siegel han sugerido que, en el caso de Estados Unidos, lejos de reducir el conflicto social, la política de acomodación ha derivado en un número creciente de demandas de exención, de modo que, en el contexto de la objeción de conciencia en la atención sanitaria, la tolerancia tiende a prolongar –más que resolver– los conflictos que busca mitigar (NeJaime y Siegel, 2015).

El argumento de la diversidad

La tolerancia puede considerarse valiosa en sí misma, pero también de manera instrumental, como un medio para alcanzar algún otro bien. En particular, la tolerancia hacia distintas visiones morales y religiosas probablemente promueva una mayor diversidad en la sociedad y en el ámbito laboral. Así, otro argumento a favor del derecho a la objeción de conciencia en la atención sanitaria advierte sobre el riesgo de reducción de la diversidad en la profesión, motivado por expectativas de mayor uniformidad en la prestación de servicios por parte de los profesionales (Bouchard, 2016). Mark Wicclair, por ejemplo, sostiene: “Proteger el ejercicio de la conciencia por parte de los profesionales de la salud puede promover la diversidad dentro de las profesiones sanitarias. Por el contrario, no proteger ese ejercicio puede desalentar a minorías religiosas y étnicas de convertirse en profesionales de la salud” (Wicclair, 2021). Implícitamente, se infiere que sería perjudicial que personas que se adscriben a ciertas ideologías religiosas y/o pertenecen a minorías étnicas optaran por no ejercer en el ámbito sanitario.

Vale la pena detenerse a considerar por qué debería valorarse la diversidad en la prestación de servicios de salud. La diversidad no es un fin en sí mismo. La psicopatía, por ejemplo, forma parte de la diversidad humana, pero no es una condición que se deba mantener necesariamente. La diversidad suele ser un indicador o medio para alcanzar otro bien deseable (como la equidad en los procesos de admisión) o para lograr un fin (por ejemplo, contribuir al bien público que los hospitales deben procurar, es decir, a la mejora de la salud.) Así, contar con profesionales de salud provenientes de minorías étnicas facilitaría la elaboración de políticas que respondan a las necesidades específicas de pacientes de esos grupos, además de facilitar la comunicación, generar mayor confianza y crear un entorno más acogedor que redundaría indirectamente en la calidad de la salud pública. Esto se evidenció durante las campañas de vacunación contra el COVID-19, cuando se convocó a profesionales de minorías étnicas para difundir mensajes que

promovieran la vacunación entre poblaciones tradicionalmente más reticentes a confiar en las autoridades sanitarias. Por tanto, un motivo importante para favorecer la diversidad en la atención sanitaria es que esta contribuye a mejorar la salud y la atención médica.

Conviene entonces preguntarse si una fuerza laboral más diversa, que incluya deliberadamente a profesionales que se niegan a prestar ciertos servicios, contribuiría a ese bien. Si asumimos que la mejora de la salud y la atención médica es el fin que la profesión debe cumplir, la respuesta a esta cuestión parece ser negativa: la salud pública no se sostiene con profesionales que solicitan permiso para negarse a ofrecer servicios dentro del alcance de su práctica a pacientes elegibles que los solicitan. Una respuesta a esto es que algunos pacientes religiosos se sentirán mejor conectados con médicos que compartan sus creencias. Esto puede o no ser cierto. En cualquier caso, no estamos sugiriendo que las personas con creencias religiosas no deban ser médicos. Solo deberían abstenerse aquellos que tienen objeciones de conciencia que les impiden ejercer ciertas especialidades, como obstetricia o ginecología. Sin embargo, dentro de nuestro marco, aquellos que tienen creencias religiosas y son tolerantes con una amplia diversidad de creencias de los pacientes (incluyendo las no religiosas) podrían aun ejercer tales especialidades.

Se ha argumentado que la diversidad en la fuerza laboral refleja un cierto grado de humildad epistémica al permitir la diversidad de opiniones, al menos sobre temas controvertidos como el aborto y la eutanasia. Después de todo, como sostenía Mill en *Sobre la libertad*, podríamos estar equivocados, y nunca lo sabríamos si elimináramos toda divergencia de opinión (Mill, 2009). La acertada observación de Mill, sin embargo, no dirime cuál es el lugar apropiado para los debates éticos o religiosos sobre prácticas particulares en la atención sanitaria. ¿Deberían realmente disputarse esas cuestiones al pie de la cama del paciente, o deberían debatirse a nivel social donde, una vez tomada una decisión por medios legítimos, corresponde a la profesión implementarla? Como hemos argumentado dos de nosotros,

[...] el lugar de las razones y valores en la medicina se encuentra propiamente en el diálogo con los pacientes, y en el intento de influir en las políticas y leyes [...]. Sin embargo, los profesionales de la salud no tienen derecho a imponer esos valores a los pacientes durante la prestación de servicios de salud ni a negar tratamientos cuando esos pacientes tienen derecho legal a acceder a dicho servicio” (Savulescu y Schuklenk, 2017).

Nada impide –ni debería impedir– que las personas en democracias liberales defiendan sus puntos de vista sobre la práctica sanitaria: los escépticos de las vacunas pueden, o deberían poder, expresar libremente sus opiniones; los homeópatas pueden hacerlo sobre las ventajas de la homeopatía frente a la medicina alopática, y así sucesivamente. Sin embargo, existe una diferencia entre expresar o promover una opinión y esforzarse por convertirse en el proveedor monopolístico de servicios de salud controvertidos para luego negar esos servicios al público elegible. Este tipo de diversidad en la profesión no contribuye al bien público.

El argumento de la integridad del médico

Mark Wicclair, en una defensa temprana de la acomodación de la objeción de conciencia, sostiene que al proteger a los objetores la sociedad garantiza respeto por las decisiones morales y la integridad de agentes autónomos (Wicclair, 2021). En este análisis, la negativa de un profesional de la salud a prestar servicios por motivos de conciencia no constituye solo una expresión de sus valores morales, en contraste con su juicio profesional, sino que implica también una advertencia acerca de su integridad como agente moral. En palabras de Wicclair:

Quando un médico afirma que hay una acción que no puede realizar de buena conciencia, no está simplemente señalando que dicha acción es poco ética, sino que afirma con mayor fuerza que su integridad moral está en riesgo, y las apelaciones a la conciencia pueden entenderse como esfuerzos por preservar o mantener esa integridad moral (Wicclair, 2000).

La preservación de la integridad moral implica, por ende, el respeto a los “valores éticos fundamentales” que forman parte de la comprensión que el individuo tiene de sí mismo (Wicclair, 2021). Razonamientos semejantes son abordados por Edmund Pellegrino (Pellegrino, 2002). Como se indicó en el capítulo 1, la conciencia es considerada por muchos autores como un aspecto esencial del sentido de identidad.

No resulta difícil reconocer que las amenazas o la pérdida percibida de la integridad moral pueden causar daños psicológicos significativos, dado que verse forzado a elegir entre actuar conforme a los propios valores o cumplir con el deber profesional constituye una decisión ardua que, de acuerdo con autores como Wicclair y Pellegrino, no debería imponerse a los profesionales de la salud. Este argumento reaparece en debates sobre si la autenticidad debiera ser un factor decisivo para acomodar una objeción de conciencia; Myers y Woods, por ejemplo, sostienen que los objetores deben demostrar la seriedad suficiente de su objeción, de modo que la negativa a acomodarla les provoque un sufrimiento mental significativo (Myers y Woods, 2007).

En todo caso, este argumento podría contemplar la “cláusula de privilegio” para quienes actualmente se encuentran en ejercicio de la profesión, permitiéndoles no brindar ciertos servicios si estos no formaban parte de las expectativas profesionales al momento de su ingreso a la escuela de medicina. En el capítulo 2, presentamos razones en contra de otorgar un trato preferencial en estos casos respecto a la acomodación de conciencia, dado que existe una expectativa razonable de que el alcance de la práctica cambie con el tiempo y que en algún momento se solicite a los profesionales en ejercicio prestar nuevos servicios. No obstante, aun con esta salvedad, el argumento de la integridad del médico no es aplicable a quienes deciden incorporarse ahora a la atención sanitaria. En este marco, establecer requisitos mínimos para determinados cargos o restringir el ingreso a programas médicos o de especialización en función de la disposición a realizar ciertos procedimientos resultaría plenamente razonable.

Cabe señalar que Wicclair no propone acomodar cualquier objeción de conciencia de profesionales sanitarios. Según su planteamiento, la medicina es esencialmente una empresa moral y, para que una reclamación de conciencia constituya una amenaza a la integridad, debe estar relacionada con los objetivos y valores de la medicina. Wicclair afirma que “una apelación a la conciencia tiene un peso moral significativo solo si los valores éticos fundamentales en los que se basa corresponden a uno o más valores centrales de la medicina” (Wicclair, 2021), postura que introduce una suerte de restricción de “razonabilidad” similar a la defendida por Robert Card. Sin embargo, distinguir las objeciones legítimas de las infundadas puede ser una estrategia infructuosa. Por ejemplo, en el momento en que Wicclair redactó su artículo, la práctica del suicidio asistido por médicos era considerada por la profesión como contraria a sus valores fundamentales, pero actualmente el procedimiento está legalmente permitido en un número creciente de jurisdicciones y las asociaciones médicas nacionales han declarado explícitamente que se trata de un servicio médico según su juicio profesional. Aun así, muchos médicos podrían sostener que la obligación de brindar este servicio amenaza su integridad, incluso después de que la profesión revise y modifique su posición al respecto. Por ello, el criterio propuesto por Wicclair no parece ofrecer una solución viable para quienes desean mantener un régimen restringido de acomodación de la objeción de conciencia.

Supongamos, no obstante, que pudiera establecerse un umbral operativo procedimentalmente viable. ¿Sería entonces excesivamente exigente nuestra postura de no acomodación? ¿Deberíamos conceder al argumento basado en la amenaza a la integridad personal del profesional sanitario un peso suficiente como para aceptar la necesidad de, al menos, alguna forma de acomodación? A nuestro juicio, existen diversas soluciones para abordar esta problemática. El médico en conflicto debió haber elegido con mayor prudencia su especialidad, evitando aquellas en las que pudiera presentarse un conflicto futuro susceptible de amenazar su integridad. Por ejemplo,

una carrera en odontología habría eliminado la clase de fricciones que podría enfrentar un ginecólogo que se oponga a la prestación de servicios abortivos. Además, trabajar como profesional es una elección voluntaria, así como un privilegio conferido por la sociedad, punto que ha sido destacado en fallos judiciales en jurisdicciones tan diversas como Europa y Canadá. Si en algún momento un profesional considera que no puede prestar servicios dentro de su ámbito de práctica sin comprometer su integridad, nada debería impedirle cambiar de carrera y dedicarse a otra actividad que estime más valiosa. De hecho, no es raro que muchos médicos contemplan abandonar la profesión médica por variadas razones, por lo que esta propuesta no resulta sin precedentes en el ámbito de la medicina y la atención sanitaria (Consejo Médico General, 2018).

En el Reino Unido, un informe señala que el 30 % de los médicos considera factible abandonar la práctica clínica y comenzar una nueva carrera (Consejo Médico General, 2018). Esto no resulta ni sorprendente ni inusual: según informes, el trabajador promedio cambia de carrera aproximadamente cinco veces durante su vida laboral (Barrett, 2017). Por tanto, aquellos médicos que se nieguen a desempeñar sus funciones profesionales podrían contemplar esta opción. La postura que prioriza la integridad del profesional sanitario por encima del acceso de los pacientes a la atención médica desatiende datos que evidencian cambios de carrera entre otros trabajadores por motivos con frecuencia menos trascendentes. No resulta pues claro el estatus excepcional de la integridad médica para que deban sacrificarse los intereses de los pacientes, aun cuando reconozcamos que la integridad es un valor de suma importancia.

El argumento de la igualdad de oportunidades

Jocelyn Maclure e Isabelle Dumont sostienen que una política que rechaza de plano la acomodación de conciencia afectaría de manera inaceptable la igualdad de oportunidades en relación con la elección

y las opciones laborales en el ámbito sanitario (Maclure y Dumont, 2017). En términos sencillos, quienes se niegan a prestar ciertos servicios no contarían con las mismas oportunidades que otros para incorporarse a la profesión. Este tipo de perspectiva, según hemos argumentado, puede incluirse dentro de la visión de razonabilidad sobre la objeción de conciencia: no proteger la conciencia de los médicos cuando resulta razonable equivale a no tratar a los ciudadanos como iguales, dado que supuestamente no se les brindan las mismas oportunidades. Este punto ya fue abordado previamente. Sin embargo, la objeción planteada por Maclure y Dumont no remite a ese marco filosófico de inspiración rawlsiana, sino que se centra en la igualdad de oportunidades como principio fundamental y evidente –incorporado en la jurisprudencia estadounidense– que se vulnera cada vez que no se concede la objeción de conciencia.

Como señalamos en el capítulo 2, las profesiones sanitarias funcionan como carteles sancionados por el Estado, que habitualmente controla el acceso limitando el número de plazas en las facultades de medicina, la cantidad de residencias disponibles, entre otros. Sin embargo, no es cierto que en la competencia por una plaza en estos programas formativos todos los aspirantes tengan la misma probabilidad de éxito; la igualdad de oportunidades se aplica a quienes cumplen los requisitos mínimos personales para la profesión, y, desde luego, al acceso a los exámenes de admisión, pero esta igualdad no se extiende más allá. Así, mientras idealmente hombres y mujeres o nacionales y minorías étnicas deberían recibir un trato igualitario, es improbable que una persona ciega sea admitida en un programa de neurocirugía, o que alguien con un temblor incontrolable en la mano obtenga licencia para ejercer como cirujano dental.

Como muestran estos ejemplos, lo relevante desde un punto de vista ético no es la igualdad en sí misma, sino que la igualdad suele emplearse como un indicador de algo más. Lo relevante es si la desigualdad en el trato a las personas indica algún tipo de discriminación injustificada. No todo trato desigual implica discriminación injustificada. La cuestión no es simplemente si alguien tuvo igualdad

de oportunidades, sino si la persona que careció de esa igualdad fue discriminada de manera justificada, como ocurre con el candidato ciego a un programa de neurocirugía. Aquí, la justificación radica en la incapacidad de la persona para ejercer con competencia dicha especialidad debido a su discapacidad. Esto resulta desafortunado y, metafóricamente, podríamos atribuir la injusticia a la naturaleza o a la suerte (incluso compensar al individuo de otras formas). Asimismo, podríamos considerar que existe un deber de garantizar que quienes se encuentren en circunstancias adversas tengan el mayor número posible de oportunidades, con el fin de minimizar las desigualdades. Sin embargo, sería un uso indebido del principio ético de igualdad otorgar idénticas oportunidades a todos sin considerar las circunstancias personales, por más desafortunadas que sean. Admitir a un candidato ciego en neurocirugía contradiría el propósito social de dicho programa, que es asegurar un número suficiente de profesionales capacitados para prestar servicios neurológicos que beneficien al bien común. Este no se ve favorecido al otorgar acceso a una formación especializada y costosa a alguien que, previsiblemente, no podrá brindar esos servicios a quienes los requieran. Como reiteramos en este libro, la igualdad de oportunidades importa, pero no es un valor absoluto.

Se podría aducir que el caso del objetor de conciencia no se corresponde de forma directa con el del candidato ciego a neurocirugía, pues los objetores sí podrían desempeñar la labor, pero han decidido conscientemente no hacerlo. ¿No es acaso esto aún más problemático? ¿Qué constituiría entonces una discriminación injustificada? Consideramos que existe un malentendido fundamental al pensar que quienes desean objetar y se les niega esa opción son víctimas de discriminación injusta. El trato desigual basado únicamente en las creencias religiosas o éticas, en la mayoría de los casos, sí constituye una discriminación injusta. Sin embargo, en el caso de las objeciones de conciencia, la discriminación no se basa en las creencias morales o religiosas en sí mismas, sino en la disposición final del individuo a prestar el servicio que se comprometió a ofrecer a la sociedad en interés de los pacientes, lo cual es una consideración pertinente.

En el caso de la persona ciega, la incapacidad para desempeñar el trabajo contratado justifica no admitirla en un programa de formación, mientras que, en el caso del potencial objetor de conciencia, se trata de una decisión deliberada y cuidadosamente meditada por parte del individuo, quien se niega a cumplir con las obligaciones profesionales que constituyen una parte integral de la profesión que voluntariamente eligió. Debido a sus valores adoptados voluntariamente y a su demanda de acomodación, esta persona no suscribe la razón fundamental para ejercer como profesional del tipo al que aspira: desempeñar su labor y, con ello, servir al bien público. En este sentido –la negativa a proporcionar los servicios esperados de la profesión– el caso de la persona ciega y el del potencial objetor de conciencia no difieren éticamente. De ello se desprende que la profesión –y la sociedad que la contrata– no tiene motivos válidos para admitir a esta persona en la misma.

Próximos pasos

Habiendo examinado los argumentos más sólidos a favor de permitir la objeción de conciencia en el ámbito sanitario, concluimos que, si bien los principios invocados representan pilares fundamentales de las sociedades liberales, no se aplican directamente a contextos profesionales elegidos de manera voluntaria. Como argumentamos en el capítulo 2, si nuestra concepción del profesionalismo es correcta, la carga de la prueba recae en quienes defienden el reconocimiento de objeciones de conciencia por parte de los profesionales de la salud. En ausencia de tales argumentos, debe presumirse que quienes eligen ingresar a la profesión sanitaria –y que son proveedores exclusivos de servicios profesionales– están obligados a cumplir con sus responsabilidades profesionales.

Si nuestra crítica a los argumentos en favor de la objeción de conciencia es válida, lo que se sostiene es un argumento, basado en el concepto de profesionalismo, en contra de otorgar exenciones por

motivos de conciencia en la prestación de servicios de salud. El siguiente paso consiste en examinar qué implica esta postura frente a distintos tratamientos médicos controversiales, en los que es más probable que surjan objeciones por parte de los profesionales. Un punto clave en todos estos casos es distinguir entre las objeciones basadas en la conciencia y aquellas que se fundamentan en otras consideraciones, en particular el juicio clínico, cuestión que abordaremos en el capítulo 4.

Capítulo 4

Casos específicos

Introducción

Si bien la objeción de conciencia ha sido una práctica reconocida en la medicina, históricamente se ha manifestado de manera discreta, sin mayores controversias ni consecuencias prácticas relevantes, puesto que afectaba a pocos pacientes. Pese a que la incidencia de un número reducido de personas privadas de servicios médicos plantea dilemas en torno al profesionalismo, la equidad y la tensión entre la libertad de conciencia y sus posibles perjuicios, la objeción de conciencia era considerado un asunto de importancia menor.

Esa percepción cambió hace algunas décadas. ¿Qué explica tal transformación? El historiador de la medicina Robert Baker describió los profundos cambios en Estados Unidos desde mediados de los años sesenta, a raíz de un avance cultural y tecnológico de gran magnitud, también observable en muchos países occidentalizados (Baker, 2013), que dio lugar a tecnologías biomédicas como las máquinas de diálisis, los ventiladores y la fertilización in vitro (FIV). Tanto en las sociedades occidentales como en países del sur global, se produjeron contemporáneamente transformaciones radicales en torno a la autodeterminación de las mujeres, ejemplificadas por la despenalización del aborto (1973 en EE. UU.), así como en el reconocimiento social de personas gays y lesbianas, avances que propiciaron las hoy llamadas guerras culturales. Entre los temas controversiales se encuentran el aborto, el acceso a la FIV –tanto para parejas

heterosexuales como del mismo sexo–, la anticoncepción de emergencia y la asistencia médica para morir.

Simultáneamente surgió el movimiento de la bioética, impulsado en parte por la revelación de escándalos éticos en la investigación médica en Estados Unidos, el Reino Unido y otros países, y en parte por las inquietudes éticas derivadas del Proyecto Genoma Humano. El enfoque inicial de la bioética, centrado casi exclusivamente en el respeto por la autonomía del paciente, contribuyó a reformas legislativas orientadas a ampliar el acceso al aborto y, al final de la vida, a la asistencia médica para morir.

Los defensores de lo que podría denominarse una “moralidad tradicional” no aceptaron pasivamente estos cambios culturales. La objeción de conciencia, hasta entonces marginal en la práctica médica, se convirtió en una herramienta empleada deliberadamente para obstaculizar el acceso de pacientes a servicios de salud legalmente garantizados (NeJaime y Siegel, 2018). La tradicional promesa de la Declaración de Ginebra –“la salud y el bienestar de mi paciente serán mi principal preocupación” (Asociación Médica Mundial 1948-2017, Declaración de Ginebra)– fue desplazada por una nueva máxima: “mi conciencia personal será mi principal preocupación”. No sorprende, por tanto, que los procedimientos más frecuentemente recusados por motivos de conciencia –aborto, FIV, anticoncepción de emergencia, asistencia médica para morir– sean también los más alejados de las funciones históricas de la medicina. La frecuencia y creciente legitimidad social de dichas intervenciones ha dado lugar a un aumento sostenido de las objeciones de conciencia (Giubilini, 2014).

Abordaremos aquí algunos de los tipos más comunes de objeción de conciencia –como la relativa al aborto–, así como otros menos frecuentes, frente a los cuales los profesionales detentan convicciones morales firmes, ya sea por su carácter novedoso o por las normas sociales y culturales vigentes en torno a ciertos temas (por ejemplo, la cirugía estética). Aplicaremos a todos estos casos las consideraciones desarrolladas en los capítulos anteriores, con el fin de mostrar sus implicaciones respecto de la objeción de conciencia.

En el capítulo 2, argumentamos que los profesionales de la salud tienen la obligación de brindar servicios que cumplan con los estándares de la profesión, según tres modelos. El modelo legal establece que los profesionales deben ofrecer todos los servicios solicitados de forma autónoma por pacientes que cumplan con los requisitos legales, siempre que dichos servicios sean de provisión exclusiva por parte del personal sanitario. El modelo de los códigos profesionales sostiene que el profesionalismo exige proporcionar aquellos servicios que, además de ser autónomamente solicitados, se ajusten a las directrices éticas de los códigos de conducta. Por último, el modelo de la ética médica afirma que los profesionales deben actuar conforme a principios de ética médica, los cuales idealmente (aunque no necesariamente) orientan los códigos institucionales, y entre los que destaca la priorización de la autonomía y el bienestar del paciente, en tanto la medicina tenga un rol legítimo en su promoción.

Señalamos la diferencia conceptual de estos tres modelos que, en la práctica, pueden generar obligaciones profesionales contradictorias. Por ejemplo, la legislación puede permitir prácticas incompatibles con los códigos profesionales o con la ética médica (como la mutilación genital femenina), o prohibir intervenciones respaldadas por organizaciones médicas (como ocurre con el aborto en algunas jurisdicciones). También indagamos acerca de las consecuencias de no acceder a la intervención solicitada, y si tales escenarios deben ser considerados, desde la ética médica, al definir qué constituye el interés del paciente. En otras palabras, nos preguntamos si, y en qué medida, deben tenerse en cuenta determinadas situaciones al delimitar el alcance de las obligaciones profesionales: si una persona solicita un servicio legal que contraviene los estándares de la ética médica –y que, por tanto, podría ser éticamente objetado–, ¿intentaría obtener el mismo resultado por otros medios (por ejemplo, la mutilación genital) si se le niega asistencia profesional? O bien, si alguien solicita un procedimiento ilegal pero respaldado por códigos de conducta de organizaciones profesionales (como el aborto en ciertas jurisdicciones), ¿su salud física o mental empeoraría al serle

negado? ¿Buscaría realizarlo clandestinamente, con los riesgos que ello implica? Como señalamos, sigue siendo una cuestión abierta si estas posibilidades deben influir en la evaluación ética de si el acceso a dicho servicio responde al interés del paciente.

El caso paradigmático de objeción de conciencia es de omisión: un profesional, que está ética, legal o profesionalmente obligado a realizar o asistir en un procedimiento médico, se niega a hacerlo por motivos de conciencia. Este tipo de objeción puede denominarse “objeción de conciencia negativa”. Ahora bien, en ocasiones, la objeción de conciencia adopta la forma de una acción: el profesional no está legalmente autorizado a realizar determinado procedimiento, pero se opone a dicha prohibición y desea llevarlo a cabo. Estos casos pueden considerarse “objeciones de conciencia positivas” u “objeciones por compromiso de conciencia”. A veces la motivación radica en sus propias convicciones morales o religiosas; otras, en consideraciones profesionales vinculadas al interés del paciente; y, en algunos casos, en ambas. Existen contextos en los que hay razones fundadas para admitir estas objeciones, aunque no necesariamente por el principio de libertad de conciencia. Sencillamente, hay situaciones en las que el compromiso de conciencia con la prestación médica se justifica ética y profesionalmente por tratarse de un servicio que el personal de salud tiene la obligación profesional de brindar o de facilitar.

Antes de examinar los casos de objeción de conciencia negativa y positiva, conviene introducir otra distinción relevante para evaluar si ciertas objeciones son compatibles con las obligaciones profesionales: la distinción entre valores accionables y no accionables en el ámbito sanitario.

Valores accionables y no accionables

Es importante subrayar que nuestros argumentos no niegan que, en términos generales, existan buenas razones para respetar la conciencia individual, pero, como indicamos en los capítulos 2 y 3,

consideramos que las exigencias de la ética médica y profesional tienen mayor peso y deben prevalecer sobre dicho respeto. Esta postura es compatible con la idea de que, cuando una objeción de conciencia no entra en conflicto con los estándares éticos o profesionales, debería ser admitida.

Podemos, en consecuencia, distinguir entre valores de conciencia accionables y no accionables. Los primeros son aquellos que mantienen una relación razonable con la autonomía o el interés del paciente y, por tanto, se ajustan a los estándares aceptados de la ética médica y profesional, o al menos a lo que sostendría un profesional razonable, mientras que los segundos son aquellos que contradicen dichos estándares. El ejemplo más claro de un valor accionable es aquel que se corresponde con lo legal, responde al interés del paciente y ha sido solicitado de forma autónoma. De forma análoga, los profesionales están ética y profesionalmente legitimados a actuar según sus valores y rechazar una intervención cuando esta, aunque legal, no favorece al paciente o es autónomamente rechazada por él. La negativa a participar en ejecuciones capitales es un ejemplo de este tipo. Estos valores, sostenidos por médicos o profesionales de la salud, son accionables y forman parte del núcleo de la práctica médica.

Nos referimos a estos casos como objeción de conciencia porque reconocemos que las convicciones de quienes objetan pueden fundarse en valores morales personales, sin implicar necesariamente la aceptación de los estándares éticos o profesionales vigentes. Sin embargo, lo que vuelve estos valores “accionables” es su coherencia con la autonomía y el bienestar del paciente.

Uno de nuestros artículos, publicado en una revista médica, suscitó más de 60 respuestas rápidas (Savulescu, 2006). Varios comentaristas subrayaron la importancia de que los médicos se opongan a leyes inmorales, como las promulgadas bajo los regímenes nazi o comunista. Uno escribió: “La falla fundamental del artículo reciente de Savulescu en el *BMJ* es asumir que la ley de un país es siempre moralmente impecable y, por tanto, debe aplicarse sin cuestionamiento. Si la ley nazi establecía que los judíos debían ser eutanasiados, ¿eso

implicaba que la ley era ‘correcta’ y que ningún médico debía tener libertad para objetar por conciencia?”. Y añadía: “¿Estuvieron los médicos ‘en lo correcto’ al objetar cuando se les ordenaba administrar psicotrópicos a presos políticos y religiosos en la antigua Unión Soviética?” (Respuestas rápidas).

Estas respuestas resultan desconcertantes, dado que el artículo en cuestión sostenía que no existe un derecho a la objeción de conciencia frente a tratamientos médicos que sean legales, compatibles con los principios de justicia distributiva, beneficiosos para la persona y deseados de forma autónoma por ella. En los casos mencionados por los críticos, la intervención propuesta, si bien era legal, no respondía al interés del individuo ni era, por lo general, solicitada de manera autónoma; por consiguiente, se trataba de situaciones en las que los valores que sustentaban la negativa del profesional eran valores accionables. Así, la negativa, ya fuera motivada por razones de conciencia o no, resultaba coherente con –e incluso exigida por– interpretaciones plausibles de las obligaciones profesionales.

Otro ejemplo de valor accionable, y por ende de objeción de conciencia válida, es el de una enfermera de la Marina de los Estados Unidos que se negó a alimentar por la fuerza a detenidos de Guantánamo –entre ellos Dhiab, quien permaneció recluido desde 2002 hasta diciembre de 2014, a pesar de que el gobierno estadounidense había aprobado su excarcelación en 2009–. Inicialmente, la enfermera aceptó participar en la alimentación forzada cuando los prisioneros se encontraban enfermos; sin embargo, decidió eventualmente suspender el procedimiento. Como consecuencia, fue sometida a varias investigaciones internas y enfrentó incluso la amenaza de una corte marcial, antes de ser finalmente restituida en sus funciones (McCarthy, 2015).

De acuerdo con los estándares de profesionalismo aquí propuestos, esta fue una decisión correcta, ya que la enfermera contaba con fundamentos profesionales –y, según algunas perspectivas, también éticos– para negarse. La alimentación forzada, por definición, no es solicitada autónomamente por los prisioneros, pues se aplica

precisamente porque estos se rehúsan a comer; en consecuencia, dicha práctica vulnera un principio fundamental de la ética médica y profesional: el consentimiento informado. Además, no se trata de un procedimiento que pertenezca al ámbito de competencia de la enfermería. En este caso, los detenidos eran competentes y rechazaban de forma explícita el tratamiento, por lo que forzarlos habría constituido una actuación contraria a los principios del profesionalismo.

Si bien podrían esgrimirse argumentos éticos o políticos en favor de la alimentación forzada de personas detenidas –al igual que existen legislaciones que permiten prácticas como la pena de muerte o la tortura, a pesar de que todas ellas vulneran principios fundamentales como el consentimiento informado y la promoción del bienestar de los sujetos–, la complejidad de estos casos excede el alcance de este estudio. Lo que nos interesa subrayar es que los profesionales de la salud no solo están profesionalmente justificados para rechazar cualquier exigencia derivada de normativas que regulen estas prácticas, sino que, en muchos casos, están éticamente obligados a objetarlas.

Idealmente, este deber profesional debería traducirse en una sólida justificación ética para que las legislaciones contemplen cláusulas de excepción dirigidas a proteger a los profesionales sanitarios que, en coherencia con los estándares de su disciplina y con los principios de la ética médica, se nieguen a ejecutar tales procedimientos. No obstante, dicha justificación no se basa simplemente en el respeto abstracto por la conciencia individual, sino en la incompatibilidad intrínseca de esas prácticas con los principios normativos que rigen el profesionalismo médico.

En caso de que la ley no contemple objeciones de conciencia profesionalmente fundadas, puede sostenerse que los profesionales de la salud no solo estarían profesionalmente autorizados a infringirla, sino que tal decisión podría resultar éticamente justificable. Así lo ejemplifica, de forma trágica, el caso de Savita Halappanavar, una mujer de 31 años residente en Irlanda, que cursaba la semana 17 de gestación cuando ingresó al Hospital Universitario de Galway en el contexto de un aborto espontáneo en curso. Aunque solicitó

reiteradamente la interrupción del embarazo, los médicos se negaron a realizarla, amparándose en la legislación vigente en ese momento. Le informaron que, mientras el feto presentara latido cardíaco, no podrían –ni estarían dispuestos a– intervenir. A pesar de que el equipo médico no consideraba viable salvar la vida fetal, mantuvo su negativa a efectuar el aborto. Tras la muerte intrauterina del feto, se procedió a la evacuación del útero; sin embargo, ya era demasiado tarde: Savita Halappanavar falleció a causa de una septicemia seguida de fallo multiorgánico.

Resulta difícil encontrar una justificación profesional plausible para la negativa de los médicos. Aun suponiendo que el feto poseyera un derecho pleno a la vida, permitir la muerte de la madre cuando el fallecimiento fetal era inevitable parece éticamente inaceptable. Desde cualquier perspectiva razonable, debió haberse practicado la interrupción del embarazo. Desde el punto de vista de la ética profesional, un médico que, con valentía, hubiese dado mayor peso a la vida y autonomía de Savita Halappanavar, habría actuado legítimamente conforme a sus propios valores, incluso en contra de la ley. Tales valores no solo habrían sido coherentes con los estándares de la buena práctica médica, sino que, en ese contexto, habrían constituido valores accionables.

Objeción de conciencia como omisión

Aborto

El aborto constituye el caso paradigmático en el que la objeción de conciencia incide en la atención sanitaria: es el más frecuente y el primero al que se asociaron cláusulas de conciencia para profesionales de la salud. En efecto, la objeción de conciencia en medicina existe y goza de protección legal, incluso respecto de otros procedimientos,

debido a la despenalización del aborto como prestación médica. Tras el fallo *Roe v. Wade* de 1973, que despenalizó el aborto en Estados Unidos, se introdujo de inmediato la llamada Enmienda Church, destinada a proteger a los médicos que se oponían por razones morales –entendidas, en ese contexto, como religiosas– instaurándose así la primera normativa federal que otorgó protección a la objeción de conciencia en el ámbito sanitario. A partir de entonces, diversos estados comenzaron a promulgar cláusulas más amplias para amparar el rechazo a realizar ciertos procedimientos.

Desde entonces, numerosos profesionales han invocado la objeción de conciencia frente a una variedad creciente de intervenciones. Casi todas las legislaciones que legalizan o despenalizan el aborto incluyen cláusulas de conciencia para proteger a quienes se oponen moralmente a esta práctica, con la excepción de Suecia y Finlandia. En efecto, el aborto es el procedimiento médico al que se asocian con mayor frecuencia y fuerza derechos de objeción de conciencia, a pesar de que, como expusimos en el capítulo 2, no se justifica en términos de las obligaciones profesionales. Conforme al modelo legal, si una mujer cumple los requisitos legales y solicita autónomamente un aborto, los médicos –como proveedores monopolísticos del servicio– tienen la obligación profesional de realizarlo (Asociación Médica Mundial, 2018; Asociación Médica Británica, 2020). En cuanto al modelo de los códigos profesionales, muchas organizaciones reconocen explícitamente el derecho de las mujeres a acceder a servicios de aborto y autorizan a sus miembros a practicarlos, siempre que se ajusten a una buena praxis médica, a pesar de que estos mismos códigos suelen también amparar de manera explícita el derecho a la objeción de conciencia por parte de sus miembros.

Esta ambigüedad normativa resulta problemática, ya que las organizaciones profesionales deberían concentrarse en definir estándares de buena atención médica y velar por el interés público y el de los pacientes, en tanto que la protección de la libertad de conciencia pertenece al ámbito del derecho y de la ética política, no al de la ética profesional estricta, y excede las competencias técnicas

o normativas de estas organizaciones. En la definición de los estándares profesionales y éticos de la práctica médica, deberían –según nuestro tercer criterio– priorizar el interés del paciente.

Quienes adhieren al modelo de la ética médica y sostienen que los médicos tienen la obligación profesional de promover el interés del paciente podrían insistir en que debe permitirse la objeción de conciencia frente al aborto argumentando que, pese a lo que sostienen los códigos éticos profesionales, el aborto no sería compatible con una buena práctica médica ni con los principios de la ética médica. Una forma habitual de presentar este argumento es sostener que el aborto no constituye una prestación de salud propiamente dicha, afirmación que entra en conflicto con la posición actual de los organismos profesionales y con los estándares éticos aceptados dentro de la profesión. Por ejemplo, en Estados Unidos, el *Code of Medical Ethics* declara en su Opinión 4.2.7: “Los Principios de Ética Médica de la AMA no prohíben a un médico realizar un aborto cuando este se efectúe conforme a una buena práctica médica y dentro del marco legal” (Asociación Médica de Estados Unidos, Código de ética médica). A su vez, el *American College of Obstetrics and Gynecology* (ACOG) sostiene que “el aborto es un componente esencial de la atención médica integral” (Colegio Médico de Obstetras y Ginecólogos de Estados Unidos, 2022).

No obstante, quienes defienden el derecho a la objeción de conciencia pueden impugnar estas afirmaciones aduciendo que el aborto, en la mayoría de los casos, no está clínicamente indicado: dado que el embarazo no es una enfermedad, se argumenta, no requeriría tratamiento médico alguno. Según Blackshaw y Rodger, para que el aborto estuviera clínicamente indicado, el embarazo debería implicar un riesgo significativamente mayor que los riesgos normales asociados a la gestación (Blackshaw y Rodger, 2020). Sin embargo, la gran mayoría se justifican legalmente en función de la salud mental de la mujer y se engloban dentro de la categoría de “abortos sociales”: embarazos de bajo riesgo cuya interrupción se autoriza por razones sociales o psicológicas. Además, presentan cierta evidencia empírica

que sugiere que continuar con un embarazo no deseado no estaría necesariamente asociado con un deterioro de la salud mental, e incluso que el aborto podría tener efectos negativos sobre el bienestar psicológico de las mujeres. Por tanto, aun desde la perspectiva de la salud mental, la mayoría de los abortos no estarían clínicamente indicados, dado que no aportarían beneficios sustanciales en términos de salud.

Las únicas excepciones serían los casos en que la vida de la mujer corre peligro, circunstancias en que la mayoría de los defensores de la objeción de conciencia reconocen que el médico tiene la obligación profesional de realizar el aborto para preservar la vida de la paciente. En todos los demás casos, argumentan, la objeción de conciencia debería permitirse. Toni Saad sostiene que, “si un procedimiento no se ajusta a los fines de la medicina, entonces no está claro que sea deber del médico realizarlo”, ya que la medicina debería orientarse a “la restauración y el mantenimiento de la salud” (Saad, 2018). En línea con esto, el *General Medical Council* del Reino Unido afirma: “La ley no exige a los médicos que proporcionen tratamientos o procedimientos que hayan evaluado como clínicamente inapropiados o que no representen un beneficio general para el paciente” (Consejo Médico General, 2013).

Este argumento reviste cierta fuerza precisamente porque, al igual que nuestra postura contraria al reconocimiento de un derecho a la objeción de conciencia, no se basa en convicciones religiosas ni en posturas metafísicas sobre el estatus moral del feto. Es perfectamente coherente afirmar, por ejemplo, que el aborto puede ser moralmente permisible en algunos casos –porque el valor ético de la autonomía de la mujer supera al del feto–, y al mismo tiempo sostener que los profesionales de la salud no están obligados a practicarlo, puesto que el aborto no constituiría un acto médico propiamente dicho. Esta perspectiva depende, en última instancia, de cómo se conciba la naturaleza y el alcance de la atención sanitaria profesional, más que de las opiniones morales sobre el aborto.

Ahora bien, cabe señalar que dicha posición refleja una concepción particularmente restringida del ámbito legítimo de la medicina y la atención sanitaria, que concibe estas prácticas exclusivamente como dirigidas al tratamiento o la prevención de enfermedades, en lugar de orientadas a la mejora del bienestar general por medios médicos. Esta comprensión resulta limitada, aunque no necesariamente incorrecta. En efecto, constituye una posición razonable entre otras posibles, algunas de las cuales fueron discutidas en el capítulo 2. También aquí adoptamos una postura agnóstica respecto de cuál sea la concepción correcta del alcance de la medicina y, por ende, sobre si el aborto debe o no ser considerado una prestación médica. No obstante, es preciso destacar dos aspectos.

En primer lugar, como mencionamos también en el capítulo 2, lo que cuenta como salud y atención sanitaria no depende del criterio individual del profesional, mucho menos de su conciencia personal. De hecho, los estándares vigentes de la profesión –tal como están codificados en los códigos profesionales (segundo criterio) y, a menudo, en las legislaciones (primer criterio)– reconocen el aborto como parte de una buena práctica médica y ética profesional; es decir, un procedimiento médico legítimo según los estándares que los profesionales aceptan al ingresar en la profesión. Si bien, dentro del modelo de la ética médica, puede existir un desacuerdo razonable sobre si el aborto debe formar parte de la atención sanitaria (dado el desacuerdo ético sobre el estatus moral del feto y, por ende, su condición como paciente), resulta irrelevante en el marco de los modelos legal y de códigos profesionales. Es cierto que los estándares profesionales son, en principio, discutibles, y algunos podrían revelarse erróneos si se los examina desde los criterios éticos de sociedades futuras. Sin embargo, cumplir con dichos estándares forma parte de las obligaciones profesionales. Por supuesto, es legítimo cuestionar si el aborto –o cualquier otra práctica– debería considerarse parte del ámbito sanitario y, por tanto, estar contemplado por la ley y por los códigos profesionales, pero ese debate debe tener lugar en el espacio de deliberación política que

las sociedades liberales proveen, no en el marco de los encuentros clínicos entre paciente y profesional.

En segundo lugar –y en estrecha relación con lo anterior–, sostener que el aborto no es atención sanitaria torna superfluo el reconocimiento de un derecho a la objeción de conciencia. Si quienes defienden la objeción, como Blackshaw, Rodgers o Saad, logran convencer a los organismos profesionales, a los éticos y a los legisladores de que el aborto no forma parte de la medicina, entonces el paso coherente no sería permitir la objeción de conciencia, sino eliminar el aborto del ámbito de la práctica médica. En ese caso, tanto las organizaciones profesionales como el marco legal deberían excluir el aborto, ya no por la libertad de no practicarlo, sino por la obligación profesional de no hacerlo. Si la legislación lo permitiera igualmente, los profesionales de la salud podrían tener, no un derecho, sino un deber ético de objetar. Esta sería, por coherencia, la verdadera reivindicación para quienes consideran que el aborto no forma parte del quehacer médico.

Es cierto que la promoción de la objeción de conciencia puede ser una estrategia útil para restringir el aborto o volverlo inaccesible en el largo plazo. No obstante, establecer un derecho a objetar no puede ser el objetivo en sí mismo, ya que sería incoherente con la premisa de que el aborto no es atención sanitaria. Debemos recordar, como se explicó en el capítulo 1, que la objeción de conciencia –tal como se plantea actualmente en el ámbito clínico y en la literatura– no busca explícitamente impugnar el marco legal ni los lineamientos profesionales por razones éticas, como lo haría, por ejemplo, un acto de desobediencia civil, sino que la defiende como un derecho moral y legal a que la conciencia individual sea protegida frente a exigencias que el sujeto considera moralmente inaceptables, independientemente de que tales exigencias sigan vigentes para otros profesionales.

Este tipo de objeción no contribuye a modificar las leyes ni las directrices profesionales; en realidad, adopta una postura conservadora, ya que, al centrar la atención en la conciencia individual y no en los aspectos éticos del marco normativo, no solo no problematiza el marco

institucional, sino que contribuye tácitamente a su legitimación. Así, quienes consideran que el aborto no es atención sanitaria deberían – por coherencia– defender formas de desobediencia civil u otros mecanismos orientados a transformar los estándares profesionales, en consonancia con los procedimientos propios de una democracia liberal.

Si el criterio para las obligaciones profesionales que adoptamos es que los profesionales deben proveer todos los servicios a los que los pacientes tienen derecho legalmente –como sostiene el modelo legal de obligaciones profesionales–, entonces, siempre que el aborto sea legal, los profesionales deberían brindar dicho servicio a las mujeres elegibles que lo soliciten. Por otro lado, si el criterio es el modelo basado en los códigos profesionales, los profesionales deberían ofrecer el servicio cuando y donde los estándares profesionales contenidos en los códigos correspondientes incluyan el aborto dentro del ámbito de la atención sanitaria adecuada, como ocurre, por ejemplo, en algunos estados de Estados Unidos y del Reino Unido.

Si el criterio adoptado corresponde al modelo de ética médica, entonces, al menos según la ética médica secular, habría muchos casos en los que el aborto estaría profesionalmente justificado por el interés superior de la mujer que lo solicita, un punto, ciertamente, controversial. No obstante, si quienes defienden la objeción de conciencia consideran que esos estándares éticos que convierten la provisión del aborto en una obligación profesional no son aceptables, se debería promover el cambio de dichos estándares mediante la participación pública legítima y la acción política, incluyendo, en casos extremos, la desobediencia civil. En ninguno de estos escenarios parece estar éticamente justificada la objeción de conciencia al aborto por parte de profesionales de la salud.

Sin embargo, tanto el modelo legal como el de códigos profesionales implican que, si la legislación vigente o los códigos profesionales permiten a los profesionales objetar, entonces resulta profesionalmente permisible hacerlo, lo cual ocurre en la mayoría de las jurisdicciones y en muchos códigos de práctica. No obstante, esto emana de la postura adoptada por la profesión, y no de razones intrínsecas

valiosas –como un principio moral de libertad de conciencia– que justifiquen la protección de un conjunto particular de valores de los médicos. De hecho, argumentamos en los capítulos 2 y 3 que tales razones no existen. No hay nada incorrecto en intentar cambiar esta práctica y priorizar a los pacientes por encima de los valores individuales de los médicos.

Una implicación de nuestros argumentos es que, si nuestro análisis ético sobre la objeción de conciencia en la atención sanitaria es correcto, las organizaciones profesionales deberían eliminar esas cláusulas de conciencia de sus códigos de práctica. En cuanto a si la ley también debería suprimir esas cláusulas para los profesionales sanitarios, se trata de un tema más complejo que requiere considerar diversos valores sociales y políticos, los cuales exceden el alcance de este libro. Por ahora, solo podemos afirmar que la protección legal de la conciencia de los profesionales de la salud infringe los estándares de una buena ética médica y sanitaria, como argumentamos en el capítulo 2. No obstante, si existe suficiente consenso social que reconozca que el valor de la libertad de conciencia dentro de la profesión sanitaria es lo suficientemente importante como para justificar la inclusión de cláusulas de conciencia en la legislación, entonces, desde el modelo legal –y solo desde este modelo– la objeción de conciencia a los procedimientos especificados en la legislación será tanto legal como profesionalmente permisible.

Asistencia médica para morir

Al momento de esta publicación, el número de jurisdicciones que han despenalizado o legalizado alguna forma de asistencia médica para morir crece de forma constante. Adoptada inicialmente solo por unos pocos países –como los Países Bajos, Bélgica y Suiza–, hoy en día más jurisdicciones permiten prácticas relacionadas, entre ellas Canadá, estados populosos de Estados Unidos como California, así como países católicos como España y Portugal. Con la excepción de Suiza, todas estas jurisdicciones exigen la participación de un

médico u otro profesional de la salud, cuya intervención puede ir desde la prescripción hasta la administración del fármaco letal.

Nos ocupamos aquí exclusivamente de los casos en que el paciente cumple con los requisitos legales y solicita el servicio porque, tras un juicio autónomo y reflexivo, considera que su vida ya no merece ser vivida; lo relevante, en este contexto, es la elegibilidad legal y la elección autónoma del paciente. En estos sistemas, los pacientes dependen de profesionales autorizados para brindar este servicio de salud, quienes usualmente poseen el monopolio sobre su provisión. La asistencia médica para morir constituye así un caso paradigmático, pues se trata de un servicio relativamente reciente, surgido de profundos cambios sociales que desplazaron el modelo paternalista del “médico sabe más” hacia uno basado en la decisión del paciente, y que, aunque cuenta con un respaldo social mayoritario, sigue siendo objeto de controversia tanto en ciertos sectores sociales como dentro del ámbito médico.

El siguiente estudio de caso resulta ilustrativo. El organismo que regula la profesión médica en la provincia canadiense de Ontario exige que, si los médicos se niegan por razones de conciencia a prestar asistencia médica para morir –o a realizar abortos– a pacientes legalmente elegibles, deben derivarlos de forma efectiva a un colega que sí esté dispuesto a hacerlo. Aunque algunos buscan trazar una distinción moral entre realizar el acto que pone fin a la vida y facilitar que otro lo lleve a cabo, desde una perspectiva consecuencialista ambos actos tienen el mismo peso moral, ya que conducen de manera previsible al mismo desenlace, aun cuando la derivación introduzca un grado de separación entre el agente moral y la acción. Como se analizó en el capítulo 3, incluso desde las teorías de la complicidad desarrolladas en la doctrina cristiana, tanto realizar la intervención como derivar efectivamente podrían considerarse moralmente equivalentes.

Canadian Physicians for Life, la Canadian Federation of Catholic Physicians' Societies y la Christian Medical and Dental Society of Canada representan a médicos que, por motivos religiosos, se oponen

tanto a prestar asistencia médica para morir como a derivar a pacientes, así como a otros servicios como el aborto o la reasignación de sexo. En ciertos aspectos, esta postura se asemeja a nuestra propia interpretación ética del caso, ya que en ambos escenarios se facilita la muerte del paciente –directamente en uno, indirectamente en el otro–, aunque consideramos que este servicio constituye un bien público, no un mal moral. Estos grupos religiosos demandaron al organismo regulador por la obligación de derivación, pero perdieron en los tribunales canadienses (*Sociedad Médica y Dental Cristiana de Canadá v. Colegio de Médicos y Cirujanos de Ontario*, 2019). Algunas de las declaraciones realizadas por médicos pertenecientes a dichos grupos durante el juicio parecen haber influido en la negativa del tribunal a conceder la acomodación que solicitaban.

En su fallo, los jueces señalaron que una médica provida declaró que discutiría el aborto con una paciente, le indicaría que “el bebé muere” y la derivaría a un centro de asesoramiento provida. Esta actitud, según el fallo, “podría razonablemente generar un efecto disuasorio y estigmatizante sobre la paciente, dificultando su acceso a los servicios médicos solicitados”. La jueza principal también aludió al testimonio de una doctora cristiana que indicó que diría a una paciente que deseaba realizar una transición de género que tal decisión no era lo mejor para ella ni estaba en el plan de Dios, cuadro que demuestra “cómo las objeciones religiosas de los médicos pueden ser un obstáculo para la atención sanitaria de grupos marginados, ya que tales declaraciones podrían provocar estigmatización y vergüenza” (Laurance, 2019).

¿Cuál fue la fundamentación ética del tribunal al denegar la objeción de conciencia en este caso? El tribunal destacó el objetivo social “apremiante y sustancial” de garantizar a los pacientes “un acceso equitativo a la atención médica” (Laurance, 2019), posicionamiento que abona nuestra tesis de que las profesiones, como proveedores con monopolio, han asumido la obligación de ofrecer servicios confiables y de alta calidad. En este contexto, permitir la objeción de conciencia habría socavado ese objetivo. El tribunal describió como

“prueba contundente” el hecho de que los pacientes vulnerables que solicitan eutanasia “sufrirán daño” si sus médicos se niegan a hacer una derivación efectiva, subrayando que es función de los organismos estatutarios “establecer expectativas sobre la conducta de los médicos” con un enfoque normativo (*Sociedad Médica y Dental Cristiana de Canadá v. Colegio de Médicos y Cirujanos de Ontario*, 2019).

Una vez más, los médicos que se niegan a prestar servicios que, como monopolistas, están obligados a ofrecer, socavan el propósito mismo de las profesiones reguladas: la provisión de servicios de calidad. El tribunal de Ontario destacó con claridad las alternativas de los médicos objetores: “Los demandantes no tienen derecho consuetudinario ni de propiedad a ejercer la medicina, mucho menos un derecho constitucional [...]. Quienes disfrutan de los beneficios de una licencia profesional regulada deben aceptar las exigencias normativas que se centran en el interés público, no en los intereses de los profesionales” (Loriggia, 2018). Este pronunciamiento del tribunal es consistente con nuestra posición en el capítulo 2, según la cual la libertad de conciencia no debe determinar el alcance de las obligaciones profesionales. La permisibilidad ética y profesional de que un trabajador de la salud se niegue a ofrecer asistencia médica para morir depende exclusivamente de si dicha asistencia forma parte de sus obligaciones profesionales. Cuando la legislación contempla esta asistencia para ciertos pacientes, y los códigos profesionales la consideran compatible con una práctica médica adecuada, los profesionales tienen la obligación de prestarla siempre que el paciente, legalmente elegible, lo solicite autónomamente y sea en su mejor interés, por ejemplo, cuando sea la única forma de aliviar un sufrimiento insoportable.

En estos casos, los tres criterios para establecer obligaciones profesionales que hemos identificado conducen a la misma conclusión: siempre que la autonomía del paciente sea el principio fundamental de la ética médica contemporánea, la objeción de conciencia a proporcionar asistencia médica para morir es profesional y, posiblemente, éticamente inadmisibles. Naturalmente, la ley, los

principios que rigen los códigos profesionales y la primacía de la autonomía pueden ser objeto de cuestionamiento y revisión, pero la objeción de conciencia no es el medio adecuado para ello, pues, como en el caso del aborto, no busca cambiar el statu quo, sino que lo legitima al solicitar una exención individual.

La asistencia médica para morir es un tema controvertido y cargado de connotaciones emocionales; menos polémico resulta el cuidado paliativo y el derecho del paciente a ser aliviado en su sufrimiento durante el proceso de morir. Sin embargo, incluso en este ámbito, los valores del médico pueden influir en la atención del paciente. Uno de nosotros ha sostenido que el derecho del paciente a permanecer inconsciente durante el proceso de morir es coherente con una buena ética médica, y la legislación vigente lo permite en un número considerable de jurisdicciones; sin embargo, muchos médicos consideran esta práctica equiparable a la eutanasia y se niegan a inducir la inconsciencia (Takla, Savulescu y Wilkinson, 2021). Si un paciente moribundo desea permanecer inconsciente, y dicha práctica es legal, compatible con la justicia distributiva, y además los médicos detentan el monopolio sobre los medios para inducir médicamente la inconsciencia, entonces deberían acceder a esta solicitud, incluso si no la comparten.

Cirugía plástica estética

El cirujano plástico ha elegido libremente una profesión cuyas obligaciones incluyen realizar intervenciones tanto estéticas como reconstructivas. Se considera estética la cirugía que “modifica estructuras normales del cuerpo para mejorar la apariencia y autoestima del paciente”, y reconstructiva la que se realiza sobre estructuras anormales causadas por defectos congénitos, anomalías del desarrollo, traumatismos, infecciones, tumores o enfermedades (Asociación Médica de Estados Unidos, política H-475.992). El término cirugía plástica, en el imaginario social, suele evocar a alguien que, por

razones estéticas, busca reducir su nariz, aumentar el tamaño de sus senos o aplanar su abdomen, deseo que se traduce en la inversión de grandes sumas en intervenciones estéticas, quirúrgicas y no quirúrgicas, en su mayoría eficaces para ese fin (16,7 mil millones de dólares en 2020) (Asociación de Cirujanos Plásticos de Estados Unidos, Informe estadístico de cirugía plástica, 2020). Aunque existen posturas escépticas respecto a la cirugía estética como práctica médica, con frecuencia se reconoce que puede ser ética y médicamente válida si promueve el bienestar del paciente y se ajusta a una buena práctica clínica (Widdows, 2018; Davis, 2016), aunque el desafío radica en determinar cuándo se cumplen esas condiciones.

La historia de la cirugía estética revela que sus objetivos y alcance han variado con el tiempo: al finalizar la Primera Guerra Mundial, y con mayor intensidad durante y después de la Segunda, la especialidad ganó popularidad en Europa en el tratamiento de soldados gravemente heridos, quienes debieron someterse a intervenciones complejas para recuperar funciones básicas tras perder partes significativas del cuerpo o rostro. Hoy, los veteranos de guerra representan solo una pequeña fracción de la demanda, pues la cirugía plástica no solo cumple fines reconstructivos en casos de accidentes o malformaciones congénitas, sino que principalmente se orienta a mejorar el atractivo de personas sin deformidades ni rasgos poco estéticos. Así, el ámbito de la disciplina ha evolucionado junto con la sociedad, y las demandas de los pacientes han contribuido a redefinir sus límites, por lo que los cirujanos que rechazan intervenciones poco convencionales por considerarlas fuera del campo de la cirugía plástica podrían estar ignorando que este, como la medicina en general, no es inmutable, sino que varía, en parte, conforme a las preferencias de los pacientes.

Una objeción razonable de los cirujanos podría sustentarse en los potenciales riesgos de cualquier intervención, por lo que solo debería considerarse médicamente adecuada cuando los beneficios superan claramente dichos riesgos. Aunque negarse a realizar un tratamiento porque sus beneficios no justifican los riesgos parece una

evaluación estrictamente médica, en el ámbito de la cirugía estética esta cuestión resulta menos clara. Cuando una paciente solicita aumentar sus senos para sentirse más femenina y segura, asume los riesgos inherentes con el fin de mejorar su atractivo, lo cual puede parecer irracional o socialmente inducido para quienes priorizan su seguridad física y no asumirían riesgos por dicho motivo. No obstante, un cirujano con esa visión cautelosa no debe permitir que sus valores personales interfieran con su función profesional, que consiste en evaluar, desde una perspectiva médica, el interés de la paciente; sin embargo, al no poder prever objetivamente si el beneficio psicológico será significativo o limitado, la decisión de operar se basa mayormente en la suposición de que la paciente es capaz de decidir por sí misma, mientras el profesional solo expone los riesgos, los resultados esperables y las alternativas disponibles.

Si bien pueden existir razones éticas y sociales más amplias para limitar ciertos tipos de cirugía estética, como que tales prácticas refuerzan estándares de belleza irreales o brindan soluciones inadecuadas a problemas psicológicos o sociales (MacCallum y Widdows, 2018), no corresponde a los profesionales, que actúan dentro de un marco legislativo y profesional, promover esos valores negándose a prestar el servicio; esas decisiones deben adoptarse a nivel social, pues los profesionales carecen de autoridad o derecho especial para imponer valores a través de su práctica, y las vías legítimas para fomentar el cambio social –como la acción política– deberían emplearse para debatir qué servicios debe ofrecer una profesión.

Algunas formas de cirugía estética no tienen la misma frecuencia ni aceptación social que intervenciones como la rinoplastia o el aumento mamario, que, no obstante, varían en función de los contextos culturales y círculos sociales. Lo inusual puede residir tanto en la naturaleza de la intervención –por ejemplo, implantar cuernos protésicos en la frente– como en la motivación del paciente, quien no busca necesariamente ajustarse a cánones convencionales de belleza. En tales casos, el conflicto de valores entre médico y paciente suele ser más marcado que en intervenciones habituales, y resulta

comprensible que la mayoría no considere que los médicos deban atender toda preferencia estética aparentemente caprichosa: una cosa es sostener que cada persona tiene derecho a modificar su cuerpo; otra, que los médicos tengan la obligación ética o profesional de satisfacer tales demandas. Cuando no existe una razón vinculada a la salud –física o psicológica– que justifique la modificación, es difícil argumentar que los profesionales deban intervenir.

Una motivación inusual para solicitar cirugía estética es el deseo de usar el cuerpo como medio de expresión artística; artistas como ORLAN o Stelarc, por ejemplo, han recurrido a modificaciones corporales –como la implantación de cuernos en la frente o de una oreja en el brazo– para transmitir la idea de que el cuerpo humano puede funcionar como instrumento artístico. Asimismo, es concebible que ciertos activistas utilicen la cirugía estética para promover sus propias concepciones de belleza. En un artículo publicado en 1991 en la revista feminista *Hypatia*, K. P. Morgan planteó que las feministas deberían resistir los estándares masculinos de belleza “afeándose” deliberadamente (Morgan, 1991), de modo que una feminista radical podría recurrir a la cirugía para aparentar mayor edad, sobrepeso o menor estatura, con el fin de cuestionar los cánones vigentes y visibilizar la necesidad de transformarlos.

Por otro lado, algunas personas podrían desear someterse a cirugía estética por motivos caprichosos, como parecerse a una celebridad o incluso a su mascota –por ejemplo, Dennis Avner se sometió a 14 intervenciones para asemejarse a un felino– (Casavant, 2005). En casos donde la motivación es artística, política o meramente personal, aunque al cirujano le resulte difícil comprender el beneficio esperado de una intervención inusual, ello no implica que este no exista; para quien usa su cuerpo como medio artístico, la implantación de cuernos podría justificar plenamente los riesgos quirúrgicos, y de igual modo, alguien comprometido con el activismo político podría valorar altamente la coherencia entre sus principios y su apariencia física. Incluso ante solicitudes denominadas “caprichosas”, en ausencia de evidencia contraria debe presumirse que el paciente actúa

con autonomía, pues las personas difieren en valores y preferencias, y no puede descartarse que para algunos el atractivo de portar colmillos o bigotes supere al de tener un abdomen tonificado o senos voluminosos. Los médicos no están llamados a evaluar la validez estética de tales preferencias, sino a informar sobre las opciones disponibles y ayudar a tomar decisiones fundamentadas, sin que sus propias convicciones estéticas, políticas o artísticas interfieran.

Evidentemente, no todos los cirujanos plásticos acceden a realizar estas intervenciones (Observer staff, 2000), pues la mayoría considera que la cirugía estética debe emplearse exclusivamente para mejorar la apariencia física y que procedimientos como implantar cuernos o modificar los senos para que se vean más caídos no incrementan el atractivo convencional. En general, predomina entre los profesionales la idea de que toda cirugía –incluso las electivas, como las estéticas– debe responder a razones objetivamente justificables, y no utilizarse para fines caprichosos ni como manifestación política o artística (Tawfik, 2023).

Según el modelo legal de las obligaciones profesionales, los cirujanos plásticos estarían obligados a realizar estas intervenciones siempre que quienes las soliciten cumplan con los requisitos legales. Sin embargo, bajo el modelo basado en los códigos profesionales, que determina las obligaciones conforme a los códigos deontológicos, es poco probable que los organismos estatutarios reconozcan la cirugía plástica como forma de arte performativo o expresión de activismo político (Asociación Británica de Cirujanos Plásticos Estéticos, Código de Conducta), ya que estos fines exceden el ámbito del profesionalismo sanitario, independientemente de que los profesionales los respalden por convicciones morales, políticas o de conciencia.

Respecto al tercer criterio –el modelo de ética médica–, evaluar si una cirugía estética responde al interés del paciente puede ser especialmente complejo. Los casos motivados por razones artísticas, activismo político o preferencias caprichosas son, por definición, aquellos en los que no existe justificación vinculada a la salud para realizar el procedimiento, de modo que, aunque podría ser

éticamente permisible que un profesional realice estas intervenciones si las considera seguras (lo que implica un juicio profesional), no existe una obligación profesional de hacerlo, aun cuando las personas tengan derecho a modificar su cuerpo según sus deseos.

En consecuencia, la objeción de conciencia a estas intervenciones debe ser permitida, no por un principio general de libertad de conciencia (por ejemplo, porque el profesional no comparta la causa expresada mediante la modificación corporal), sino porque dichos procedimientos no forman parte de las obligaciones profesionales.

Servicios de salud para personas del mismo sexo y transgénero

En Estados Unidos, diversas jurisdicciones estatales han promulgado leyes específicas de libertad de conciencia con el propósito de amparar otras formas de objeción que un profesional podría desear interponer. Un ejemplo es la *Ley para Proteger la Libertad de Conciencia frente a la Discriminación Gubernamental* en Misisipi (Legislatura de Mississippi, Proyecto de Ley 1523, 2016), que establece:

Sección 2. Las creencias religiosas o convicciones morales sinceras protegidas por esta ley comprenden la creencia o convicción de que: (a) el matrimonio es o debe ser reconocido como la unión entre un hombre y una mujer; (b) las relaciones sexuales deben reservarse exclusivamente a dicho matrimonio; y (c) 'hombre' o 'mujer' hacen referencia al sexo biológico inmutable de una persona, determinado objetivamente por la anatomía y la genética al momento del nacimiento. [...]

El gobierno estatal no tomará ninguna medida discriminatoria contra una persona, total o parcialmente, por negarse a participar en la provisión de tratamientos, asesoramiento o cirugías relacionados con la reasignación de sexo o la transición de identidad de género, ni por rehusarse a ofrecer servicios psicológicos, de consejería o de fertilidad, basándose en una creencia religiosa o convicción moral sincera, tal como se describe en la Sección 2 de esta ley.

Si bien pueden existir consideraciones médicas, incluidas las psicológicas, que justifiquen restringir determinados servicios a personas homosexuales o transgénero (cuestión que merecería una discusión aparte), esta legislación no se fundamenta en tales consideraciones profesionales, sino que amparan a profesionales que se rehúsan a prestar servicios por razones morales o religiosas ajenas a los principios éticos y profesionales del ejercicio sanitario. Aunque es legítimo fomentar un debate ético, social y político sobre cuestiones de género y sexualidad, los profesionales de la salud no poseen, en cuanto tales, autoridad específica sobre asuntos que no son estrictamente médicos, por lo que su rol no debería emplearse como plataforma para expresar convicciones personales que entren en conflicto con sus deberes profesionales.

Existen numerosos casos de profesionales que se han negado a prestar servicios médicos a personas LGBTQ (Brummett y Campo-Engelstein, 2021). En 2018, un médico en Misuri se negó a prescribir tratamiento con PrEP a un paciente bisexual porque no quería “fomentar una conducta sexual inmoral”, lo que provocó una demora considerable y potencialmente perjudicial en el acceso al tratamiento (Brummett, 2021). Los servicios que un profesional puede negarse justificadamente a brindar dependen de las obligaciones profesionales existentes y del modelo de deberes que se adopte. En los dos primeros modelos –el legal y el profesional– persiste la exigencia de atender a estos pacientes dentro de los límites establecidos por la ley o por las directrices profesionales, respectivamente. Desde la perspectiva del mejor estándar profesional, se considera que, cuando una persona en riesgo de contraer VIH no puede o no desea utilizar preservativos, la PrEP representa el tratamiento médicamente más beneficioso (Servicio de Salud Pública de los Estados Unidos, Profilaxis preexposición para la prevención de la infección por VIH en Estados Unidos—actualización, 2021). En el modelo de ética médica, la decisión de proporcionar o no dicho tratamiento depende de una deliberación ética fundamentada y de juicios considerados, libres de prejuicios y discriminación (Savulescu, Gyngell y Kahane, 2021), ya

que la discriminación por género u orientación sexual se considera, en general, injusta. Solo razones médicas, no morales, podrían justificar una negativa profesional.

Terapias de reasignación de género

Las terapias de reasignación de género –como tratamientos hormonales o cirugías– se ofrecen habitualmente a personas diagnosticadas con *disforia de género*, un malestar significativo por la discrepancia entre sexo biológico e identidad de género, capaz de generar ansiedad, depresión y un deterioro funcional notable en la vida cotidiana (Servicio de Salud Pública de los Estados Unidos, 2020). Aunque la mayoría de las organizaciones profesionales no consideran la disforia de género una enfermedad en sí misma, su vinculación con trastornos mentales justifica, en muchos casos, la inclusión de intervenciones de afirmación de género dentro de los servicios aprobados por organizaciones profesionales.

Determinar las obligaciones profesionales –y, por tanto, el alcance legítimo de las objeciones de los profesionales– en casos de afirmación de género resulta más complejo que en otros contextos. Sin embargo, es esencial que toda negativa se fundamente en consideraciones clínicas relativas al interés del paciente, y no en juicios personales sobre la moralidad de ciertas conductas, identidad de género u orientación sexual.

En países donde estas terapias son legales, el primer criterio –el modelo legal– implica que los profesionales deben ofrecerlas, incluso si consideran, por ejemplo, que el género y el sexo están intrínsecamente vinculados y que dicha relación no debería ser modificada mediante intervenciones médicas. Aunque pueda tratarse de una postura moral legítima, no debería condicionar la conducta profesional; podría, en cambio, invocarse para promover cambios legislativos o para solicitar la exclusión de dichos servicios de los códigos de práctica de las organizaciones profesionales.

El modelo de códigos profesionales resulta más difícil de aplicar al caso de las terapias de reasignación de género. La Asociación Médica Estadounidense ha declarado que la atención de afirmación de género constituye una forma de atención médica necesaria, basada en evidencia, que mejora la salud física y mental de las personas transgénero y de género diverso (Asociación Médica de los Estados Unidos, Comunicado de Prensa, 15 de junio de 2021). La Asociación Médica Australiana ha expresado un respaldo similar, incluso respecto de jóvenes y adolescentes (Asociación Médica Australiana, 2018). Sin embargo, ambas instituciones son cautelosas en relación con los criterios de elegibilidad, proponiendo una evaluación individual de cada paciente. Por su parte, la Asociación Médica Británica, si bien reconoce el derecho a la atención de las personas LGBTQ, aclara que “la prescripción en este ámbito no forma parte del contrato de Servicios Médicos Generales para médicos de atención primaria” –acuerdo establecido entre el Sistema Nacional de Salud y dicha Asociación–, y que “la prescripción en este ámbito puede exceder las competencias de algunos médicos de cabecera” (Asociación Médica Británica, 2024). Actualmente, las directrices europeas son menos favorables al uso de bloqueadores hormonales que las estadounidenses.

En el modelo de ética médica, la legitimidad de estas terapias depende principalmente de los efectos a largo plazo sobre el bienestar del paciente, aunque este concepto es objeto de debate. Del mismo modo, se discute hasta qué punto el ejercicio de la autonomía influye en el bienestar y qué peso ético debe otorgársele como fundamento independiente para la prestación de cuidados médicos. La falta de datos longitudinales sólidos limita las certezas médicas, especialmente en pacientes que han realizado una transición. Por tanto, el modelo de ética médica exige definir qué se entiende por bienestar e interés superior del paciente, evaluar el rol de la autonomía y realizar seguimientos a largo plazo de quienes reciben atención afirmativa. Dado que los ensayos clínicos aleatorizados se han visto obstaculizados por dificultades éticas y prácticas, los profesionales conservan un margen de discrecionalidad para ofrecer o no ciertos tratamientos, guiados por su juicio clínico.

El aumento exponencial de las derivaciones a servicios de identidad de género en los últimos años (Informe de la Comisión de Calidad de la Atención sobre el servicio de identidad de género para adultos, 2018; Handler, Hojilla, Varghese, et al., 2019) puede reflejar tanto una demanda previamente insatisfecha en materia de identidad de género como la influencia de tendencias culturales que no necesariamente benefician a quienes reciben el diagnóstico de disforia de género –especialmente alarmante es el caso de niños y adolescentes que pueden acceder a tratamientos sin suficiente reflexión, información o madurez–. Los cambios de opinión posteriores y los procesos de *detransición*, que en muchos casos conllevan consecuencias físicas y psicológicas significativas, refuerzan la necesidad de evaluaciones psicológicas tempranas y rigurosas (Lemma y Savulescu, 2023). Estas consideraciones han generado diferencias entre Estados Unidos y Europa en cuanto al modelo asistencial más adecuado.

En efecto, a medida que aumenta el número de terapias de reasignación de género, también lo hacen las solicitudes de *detransición*. Aunque los datos disponibles –proporcionados a menudo por organizaciones activistas– no siempre son fiables, algunos estudios académicos indican que hasta un 30 % de quienes reciben tratamientos hormonales deciden revertir el proceso en un plazo de cuatro años. La tasa tras cirugía es notablemente menor, situándose entre el 0,3 % y el 0,6 % en el caso de la gonadectomía, una cifra posiblemente subestimada por la falta de seguimiento de más de un tercio de los pacientes. En un estudio, el 70 % de quienes *detransicionaron* atribuyeron su decisión al descubrimiento de que su disforia respondía a causas distintas del diagnóstico original (Irwig, 2022). Estos datos aconsejan prudencia, especialmente con personas jóvenes, al decidir si dichas intervenciones benefician o responden al mejor interés médico del paciente. Una negativa profesional puede estar ética y clínicamente justificada, pero solo cuando se basa en dudas fundadas sobre los beneficios médicos, y no en convicciones personales sobre las personas transgénero.

Fecundación in vitro en parejas del mismo sexo

Un ejemplo recurrente de objeción de conciencia se relaciona con estructuras familiares consideradas inmorales. Algunos médicos religiosos se oponen a que parejas homosexuales o mujeres solteras accedan a técnicas de fertilización asistida. En California, una mujer lesbiana de 25 años, Guadalupe Benítez, presentó una demanda tras ser rechazada por motivos de conciencia en la prestación de tratamientos de fertilidad. Benítez acudió al North Coast Women's Care Medical Group, en Encinitas, donde, tras el fracaso de los tratamientos iniciales, dos médicos y una enfermera se negaron a realizar una inseminación intrauterina por razones religiosas. Según su testimonio, la Dra. Brody expresó objeciones “de base religiosa” a asistir a personas homosexuales en procedimientos de concepción artificial, mientras que su colega, la Dra. Fenton, se negó a renovar la prescripción del fármaco Clomid por motivos similares. Benítez finalmente accedió a tratamiento en otro centro y hoy es madre de tres hijos.

Existe cierta controversia sobre la base de la objeción: Benítez sostiene que fue discriminada por su orientación sexual, mientras que los abogados de los médicos alegan que la negativa se debió a su estado civil (Green, 2016). Aun si este fuera el caso, la objeción aún resulta improcedente desde una perspectiva profesional, ya que el hecho de no estar casada carece de relevancia clínica. De acuerdo con los modelos legal y profesional, si la paciente cumplía los requisitos legales y considerando que las organizaciones profesionales respaldan la reproducción asistida independientemente de la orientación sexual o estado civil, la negativa resulta contraria a la ética profesional.

Según el modelo de ética médica, corresponde realizar una deliberación ética para determinar si es razonable negar el acceso a la fecundación in vitro a personas homosexuales o solteras. A primera vista, negar este servicio a quienes lo solicitan, cuando sí se ofrece a parejas heterosexuales, constituye un trato diferenciado en función del estado civil o el género. Sin embargo, esto no implica necesariamente una discriminación injusta; ello depende de la solidez

y pertinencia de las razones que justifiquen tal diferenciación. La aprobación moral, por parte del profesional, del comportamiento privado del paciente no constituye ni una condición suficiente ni necesaria para la prestación de un servicio. Lo que puede fundamentar legítimamente una diferencia en el trato médico es la elegibilidad legal conforme al marco normativo vigente, el respaldo explícito de organizaciones profesionales competentes o una evaluación fundada sobre beneficios y daños potenciales para quienes solicitan dichos servicios. Si existiera un daño significativo asociado a brindar tratamientos de fertilidad a parejas del mismo sexo o a personas solteras, se podría justificar un trato diferencial. No obstante, es fundamental precisar de qué tipo de daño se trata y en qué condiciones se considera que dicho daño realmente ocurre.

No debe interpretarse el daño como una “ofensa a la moral pública”, pues ello abriría la puerta a formas de discriminación basadas en concepciones subjetivas y parciales del daño. Este tipo de argumento ya fue rechazado a mediados del siglo XX, cuando Lord Devlin intentó justificar, en nombre de la moral colectiva, la criminalización de las relaciones homosexuales (Devlin, 1965). Según su perspectiva, ciertas conductas ofenden la moral pública y, por ende, a quienes la suscriben. Frente a esta postura, el jurista H. L. A. Hart argumentó de manera convincente que el sexo constituye un acto privado y que la desaprobación o incomodidad que pueda generar en terceros no debe tener relevancia jurídica (Hart, 1967). En los países liberales, la posición de Hart ha prevalecido.

Si ni la desaprobación del público ni las convicciones del profesional deberían impedir el acceso de mujeres solteras o parejas del mismo sexo a tecnologías reproductivas, ¿qué tipo de daño justificaría una negativa profesional? El argumento más habitual es el posible perjuicio al hijo o hija que resulte del tratamiento, lo cual remite al “principio del interés superior del menor”. Este principio orienta, por ejemplo, la *Victorian Infertility Treatment Act* en Australia, que establece: “El bienestar e interés de toda persona nacida, o por nacer, como resultado de un procedimiento de tratamiento, son

primordiales” (Gobierno de Victoria, Ley de tratamiento reproductivo asistido, 2008), o legislaciones como la *Human Fertilization and Embryology Act* del Reino Unido, de 2008 (Gobierno del Reino Unido, Ley de fertilización humana y embriología, 2008).

¿Se perjudica a un menor por nacer en el seno de una familia monoparental o con progenitores del mismo sexo? La respuesta podría depender de datos empíricos que comparen el bienestar de estos niños con el de quienes crecen con una madre y un padre: por ejemplo, si reciben el mismo afecto, si rinden igual en la escuela, entre otros factores. Sin embargo, la validez de esta objeción no depende de este tipo de evidencia. Para entender por qué, es necesario examinar con mayor precisión qué significa realmente causar daño a alguien. Una persona resulta dañada por un acto únicamente si este la deja en una situación peor que la que tendría de no haberse realizado dicho acto. Esta definición es todavía incompleta, pues no hemos precisado qué significa estar “en peor situación”. Según una de las posturas más plausibles, consiste en una reducción del bienestar personal, concepto que resulta notoriamente difícil de definir. Sin embargo, para nuestros fines no es necesario profundizar en el debate sobre el bienestar humano; la idea es lo suficientemente clara: la acción de amputar un brazo, por ejemplo, deja a un paciente en peor estado que si no se le hubiera amputado.

Consideremos ahora un caso de reproducción asistida. Supongamos que Michele y Olivia forman una pareja del mismo sexo que desea acceder a espermatozoides examinados para evitar enfermedades de transmisión sexual y protegido legalmente tanto para el donante como para el hijo concebido, a fin de que este tenga derecho legal a conocer la identidad de su progenitor genético. Olivia concibe un niño, Tom. La evidencia disponible sobre hijos de parejas lesbianas indica que estos tienen resultados equiparables a los de hijos de parejas heterosexuales (Golombok, Blake, Slutsky, et al., 2018). Pero supongamos, a modo de argumento, que Tom sufre por ser hijo de una pareja lesbiana: carece de un modelo masculino cercano y es objeto de burlas escolares al revelarse la orientación sexual de sus padres.

¿Fue Tom perjudicado por el uso de tecnología reproductiva asistida? Para que este fuera el caso, Tom debe haber quedado en peor situación que si dicha tecnología no se hubiera empleado. Pero si no se hubiera utilizado reproducción asistida, Tom no existiría. Él es el producto único de un espermatozoide de un donante determinado y del óvulo de Olivia (salvo que Michele haya donado un óvulo transferido mediante FIV para que Olivia gestara el embrión).

Existen casos en que padres, en nombre de hijos gravemente afectados, han demandado a médicos por no haber diagnosticado una anomalía congénita cuando aún era posible interrumpir el embarazo, alegando que la vida misma del niño constituye un daño y que habría sido mejor que nunca hubiera existido. Por ejemplo, en *Curlender v. Bio-sciences Laboratories*, los padres de un niño con enfermedad de Tay-Sachs demandaron exitosamente a un laboratorio por negligencia al asegurarles que no eran portadores. Estos casos se denominan de “nacimiento erróneo” o “vida errónea”. En ese sentido, Tom sería perjudicado si su vida fuera tan desafortunada que hubiera sido preferible no haber existido. Los casos de “vida errónea” suelen involucrar condiciones extremadamente graves, como discapacidad intelectual severa, ceguera o sordera. Difícilmente podría afirmarse que la ausencia de una figura masculina y el acoso escolar constituyen un daño comparable. Situaciones así, aunque indeseables, son frecuentes: muchos niños pierden a sus padres por separación o fallecimiento, y el acoso escolar es común por múltiples motivos, sin permitirnos concluir que dichas vidas son tan miserables que no debieron existir. Además, si consideráramos que su mera existencia constituye un agravio, la lógica nos obligaría a sostener que su sufrimiento justifica no prolongar sus vidas en caso de enfermedad.

Imaginemos, por ejemplo, a una madre soltera cuyo hijo, víctima de burlas por usar lentes, llega al hospital con neumonía potencialmente mortal, aunque tratable con antibióticos. La madre declara: “No prolonguen su vida; sufre por las burlas, es mejor dejarlo morir. Ustedes retiran tratamientos a pacientes con cáncer en agonía; el sufrimiento de mi hijo es psicológico”. Este argumento nos

parecería absurdo. Y si lo es, entonces no podemos sostener que un hijo de madre soltera o de una pareja homosexual ha sido perjudicado por el hecho de nacer. Tom, en este caso, no ha sido dañado ni agraviado por el acto de Michele y Olivia al concebirlo mediante donación de esperma.

Existe una diferencia importante entre un niño nacido de una madre soltera y aquel cuyos padres se separan. Supongamos que los padres de Mary se divorcian, y su madre, sobrecargada, no logra brindarle suficiente afecto ni recursos. En ese caso, Mary sí ha sido perjudicada, pues habría estado mejor si sus padres hubieran permanecido juntos en condiciones mínimamente civilizadas. Si el perjuicio es considerable, también podría decirse que ha sido agraviada. Esto difiere del caso de un niño concebido por una madre soltera mediante reproducción asistida, quien solo sería agraviado si su existencia resultara tan desafortunada que no debió haber nacido. Pero ser hijo de una madre soltera, aunque pueda conllevar dificultades, difícilmente alcanza tal nivel de daño.

Ni los políticos, ni el público general, ni siquiera algunos jueces parecen comprender el argumento lógico subyacente al principio del Interés Superior del Niño, a pesar de que fue formulado hace más de cuarenta años por Derek Parfit y ampliamente discutido en la literatura ética (Parfit, 1984). En una decisión del Tribunal Supremo de Queensland, el juez Chesterton rechazó una solicitud para autorizar la extracción de esperma de un hombre fallecido a pedido de su esposa. Incluso si el tribunal hubiese tenido facultades para concederla, indicó que no lo habría hecho, argumentando que no sería en interés del futuro hijo:

Los intereses de cualquier niño nacido como resultado del procedimiento deben tener especial relevancia al ejercer esta discrecionalidad. No veo cómo podría decirse que esos intereses se ven favorecidos por una paternidad inevitablemente ausente. La propia naturaleza de la concepción podría generar al niño vergüenza o problemas emocionales más serios en su desarrollo. Más aún, dado que el tribunal

no puede prever las circunstancias en las que el niño nacerá y crecerá, es imposible determinar qué es lo mejor para él (Gray, 2000).

Sin embargo, si el potencial de sentir vergüenza o experimentar problemas emocionales bastara para desaconsejar la concepción, muy pocos niños deberían nacer. En otras palabras, solo si dichos problemas fueran tan severos que hicieran que la vida no valiese la pena ser vivida, podría afirmarse que el niño ha sido agraviado por haber sido concebido.

Este argumento filosófico general se aplica a cualquier intervención que modifique el momento de la concepción y, por ende, la identidad del ser que llega a existir. Retomando el debate sobre el acceso de parejas del mismo sexo o personas solteras a técnicas de reproducción asistida: si el niño no resulta perjudicado, ¿quién lo es? No la mujer, quien accede a esperma sometido a controles de enfermedades de transmisión sexual y, por tanto, más seguro que el obtenido por otros medios. Aunque la fertilización *in vitro* conlleva ciertos riesgos, estos son razonables, están claramente estipulados, y pueden ser aceptados o rechazados mediante un consentimiento informado. Si la mujer es competente, debe poder evaluarlos por sí misma; impedirle hacerlo constituye un acto de paternalismo injustificado. ¿Y el donante? Si dona esperma en el marco de un acuerdo legal, abierto e informado, y acepta que este sea utilizado por mujeres solteras o parejas homosexuales, resulta difícil sostener que ha sido perjudicado.

Puesto que no hay personas perjudicadas ni agraviadas por el acceso de mujeres lesbianas o solteras a técnicas de reproducción asistida, negarles dicho acceso –mientras se ofrece a personas o parejas heterosexuales– no puede justificarse apelando a consideraciones de daño. Este tipo de trato diferencial resulta éticamente problemático e injusto. Dado el carácter secundario que la conciencia personal debe tener en el ejercicio profesional, el principio de libertad de conciencia no puede amparar prácticas discriminatorias dentro del ámbito sanitario. En ausencia de un perjuicio relevante que pudiera

evitarse negando estos servicios a parejas del mismo sexo o a potenciales madres solteras, la objeción de conciencia frente a su acceso constituiría una discriminación injusta en el contexto de la atención médica, independientemente de los debates éticos o políticos más amplios que estas tecnologías puedan suscitar.

Casos de consentimiento por representación

En materia de decisiones médicas, los casos más complejos no suelen implicar a adultos competentes que solicitan de forma autónoma tratamientos a los que tienen derecho, sino a menores de edad u otras personas incapaces de decidir por sí mismas. Estas situaciones pueden dividirse en dos tipos: aquellas en las que el paciente incompetente es también el beneficiario de la intervención, y aquellas en las que la intervención beneficia a un tercero.

Consentimiento por representación que beneficia al paciente incompetente

El primer tipo es, en cierto modo, más sencillo, ya que los procedimientos suelen estar regulados por legislaciones orientadas a proteger el interés superior del paciente. Por ejemplo, en el caso de las transfusiones de sangre, tanto las leyes como los códigos profesionales suelen priorizar el interés del menor por sobre la objeción religiosa de sus padres, haciendo que las convicciones personales del médico carezcan de relevancia ética y profesional frente a una negativa por motivos de conciencia.

Para abordar adecuadamente la toma de decisiones en personas incapaces de formular juicios razonados, la ética suele sostener que debe actuarse en función de su interés superior. Si bien esta postura suele apoyarse en argumentos consecuencialistas, en ocasiones se apela al consentimiento hipotético, presuponiendo qué decisión

tomaría un agente racional plenamente informado. Muchas jurisdicciones adoptan este modelo y han desarrollado procedimientos complejos para resolver los desacuerdos entre representantes legales y profesionales de la salud. En Canadá, donde la atención sanitaria es competencia provincial, la provincia de Ontario ha implementado un mecanismo normativo específico: la *Consent and Capacity Board* (Junta de Consentimiento y Capacidad), que proporciona criterios vinculantes para determinar lo que más conviene al menor o al paciente incapaz. Dichos criterios incluyen: (1) si el tratamiento probablemente mejorará la condición del paciente, evitará su deterioro o reducirá su progresión; (2) si, sin tratamiento, la condición del paciente mejorará, permanecerá igual o se agravará; (3) si los beneficios del tratamiento superan los riesgos; y (4) si existe una alternativa menos restrictiva o invasiva que sea igualmente eficaz (Ley de consentimiento para la atención sanitaria, 1996).

En este contexto, el juicio clínico solo es relevante si aporta la información empírica y la evaluación necesarias para aplicar dichos criterios. Esta lógica coincide con la del caso paradigmático en que un médico está obligado a proporcionar un servicio a un paciente elegible que lo solicita: en ambos escenarios, las acciones del profesional están determinadas por una matriz decisional externa, sea el consenso profesional o la legislación aplicable en el primer caso, o los criterios establecidos por la *Health Care Consent Act* en el segundo. Así, el juicio clínico no establece si se debe o no realizar la intervención, sino que sirve para evaluar si se cumplen las condiciones necesarias.

El consentimiento por representación, por tanto, se justifica éticamente del mismo modo que en situaciones donde no hay objeción de conciencia, bajo el supuesto de que un agente racional, informado sobre su situación y las alternativas disponibles, tomaría la misma decisión que el representante. Este razonamiento se aplica en casos como transfusiones de sangre en menores o esquemas de vacunación, y los criterios utilizados por organismos como la Junta de Ontario buscan garantizar que los representantes actúen efectivamente en defensa

del interés superior del paciente. En este modelo, el papel del profesional es fundamental para determinar la elegibilidad del paciente a procedimientos reconocidos como estándar óptimo de atención.

Consentimiento por representación que benefician a un tercero

Consideremos ahora situaciones de objeción de conciencia en las que la intervención beneficia a un tercero. Tal es el caso de los niños que actúan como donantes de médula ósea para un hermano enfermo. Aunque se argumenta que el riesgo que asume el donante se justifica por el beneficio de preservar la vida del hermano o incluso por la dimensión simbólica de convertirse en un “hermano salvador” (Savulescu, 1996), surge la cuestión de si las obligaciones profesionales del personal sanitario deben incluir estos intereses más amplios del menor. Aun cuando la donación implica riesgos bajos, estos no son nulos, especialmente debido a la anestesia, por lo que debe evaluarse la proporcionalidad entre los costos para el donante y los beneficios para el receptor.

Según los modelos legal y profesional, los médicos tendrían la obligación de realizar la intervención en aquellos países donde esta sea legal y aceptada por las organizaciones profesionales, siempre que se cumplan las condiciones establecidas. En Estados Unidos, por ejemplo, el Comité de Bioética de la Academia Americana de Pediatría (AAPCOB) considera éticamente apropiada la donación infantil de médula ósea si se cumplen cinco requisitos: (1) no existe un adulto disponible para donar; (2) se espera un beneficio razonable para el receptor; (3) hay una relación estrecha entre donante y receptor, como la fraternidad; (4) los riesgos emocionales, psicológicos y físicos para el donante son mínimos y razonables frente al beneficio conjunto; y (5) hay consentimiento parental y asentimiento del menor. Si estas condiciones se satisfacen y la práctica es legal, una objeción de conciencia por parte del médico no se considera ética ni profesionalmente admisible.

Un ejemplo especialmente complejo es el del señor Cliff Prendregast, de 66 años, quien tenía dos hijos con síndrome de Alport, una enfermedad hereditaria que produce sordera e insuficiencia renal. El hombre ya había donado un riñón a uno de sus hijos, Neil, y deseaba donar el único que le quedaba a su otro hijo, Russell, quien tenía una compatibilidad muy baja con la población general, lo que hacía improbable un nuevo trasplante de donante fallecido. A pesar del 20 % de probabilidad de rechazo y de saber que dependería de diálisis de por vida, Cliff manifestó que su vida, siendo ya jubilado y con necesidades decrecientes, se vería poco afectada, mientras que su hijo merecía retomar una carrera plena y una vida libre de limitaciones clínicas evitables. Frustrado ante la negativa de tres equipos de trasplante, cuestionó a un cirujano que se rehusó por no querer “hacerle daño” diciéndole: “Me ha expuesto todas las desventajas, pero ¿qué hay de las ventajas?”. Aunque el cirujano reconoció que la decisión era comprensible, racional e incluso ética, afirmó no poder realizar la operación. Russell, por su parte, agradeció su honestidad y señaló que otros médicos habían insistido en que no era ético, cuando en realidad tenían el juicio de los demás (¿Qué harías? Donante de órganos vivo, 2012).

Desde los modelos legal y profesional, la objeción médica en este caso estaría justificada, ya que la extracción del único riñón no es una práctica profesionalmente aceptada. Sin embargo, el modelo de ética médica, que concede mayor peso a la autonomía del paciente, podría considerar que los médicos deben realizar la intervención si esta promueve el bienestar del receptor y respeta la decisión libre e informada del donante. Las *Directrices para el Trasplante Renal de Donantes Vivos* de la Sociedad Británica de Trasplantes, aunque afirman que “la seguridad y el bienestar del potencial donante deben prevalecer sobre las necesidades del receptor” (Sociedad Británica de Trasplante, Guías para el trasplante de riñón con donante vivo, 2018, p. 26), también reconocen que “otras consideraciones morales, como la autonomía individual, influyen en la decisión de donar [...]. Puede sostenerse que un potencial donante podría sufrir un daño psicológico si, por cualquier

razón, no se permite su donación” (Sociedad Británica de Trasplante, Guías para el trasplante de riñón con donante vivo, 2018, p. 28).

La objeción de conciencia como acción

La objeción de conciencia a veces se plantea como un reclamo para realizar un acto médico que, de otro modo, estaría prohibido; en estos casos, el conflicto entre los modelos de responsabilidad profesional se hace más evidente. Si la acción es ilegal, el modelo legal la prohibiría incluso si contradice normas profesionales o principios éticos, mientras que cuando la ley es ambigua, silenciosa o prohíbe una práctica, los modelos de códigos profesionales y ética médica pueden permitir o exigir la realización de actos ilegales. En tales situaciones, el profesional desea brindar una atención que considera en el mejor interés del paciente y que ha sido autorizada por este o un apoderado. Por ejemplo, en el caso del aborto, algunas asociaciones profesionales apoyan la provisión del servicio pese a su ilegalidad local, lo que implica que, si el modelo de códigos profesionales rige las obligaciones, los profesionales actúan conscientemente en su rol, lo cual puede también ser compatible con el modelo de ética médica.

A continuación, se analizan situaciones donde la conducta profesional deseada carece de respaldo legal o en guías de práctica, pero se fundamenta éticamente en el interés del paciente y el consentimiento adecuado, y cuya objeción no se basa en valores personales idiosincráticos sino en valores profesionales, mejor entendidos como “objeción profesional” o “conciencia profesional”. Podemos llamar a este tipo de objeciones a prohibiciones sobre acciones “reclamos positivos de conciencia”. Quienes defienden el derecho a la objeción de conciencia como negativa en salud suelen considerar que estos reclamos positivos son éticamente distintos a la negativa a realizar un acto (Brummett, 2020; Sulmasy, 2008), señalando que ambas objeciones no son simétricas, una idea conocida como “tesis de la asimetría moral” (Wicclair, 2009). Esta tesis apela a la distinción moral entre actos y omisiones,

sosteniendo que la responsabilidad ética varía según si un resultado proviene de una acción o de una inacción; por tanto, los reclamos negativos son éticamente más fáciles de justificar (Sulmasy, 2008), pues en un sentido amplio, se responsabiliza más moralmente por lo que hacemos que por lo que dejamos pasar (Persson y Savulescu, 2012).

A menudo, la tesis de la asimetría moral se defiende apelando a la diferencia entre derechos positivos –que requieren que otros actúen, como el derecho a prestaciones estatales– y derechos negativos –que exigen solo la abstención de acción, como el derecho a la propiedad privada–, siendo los derechos positivos generalmente más difíciles de justificar. En este sentido, los reclamos positivos de conciencia serían derechos positivos pues implican que instituciones garanticen que un médico pueda realizar un procedimiento (por ejemplo, facilitar quirófanos), mientras que los negativos no exigen tal intervención institucional. Además, acomodar reclamos positivos puede contradecir la ley o normas profesionales, mientras que acomodar negativos suele ser compatible con ellas, como cuando cláusulas de conciencia permiten la negativa a practicar abortos en leyes que regulan y permiten la interrupción del embarazo (Brummett, 2020).

A primera vista, estas razones parecen fuertes para no aceptar reclamos positivos de conciencia, independientemente de los negativos, pero creemos que estas críticas apuntan al objetivo equivocado, ya que la distinción acto-omisión es difícil de aplicar en contextos profesionales específicos como la salud. Lo éticamente relevante en estos contextos no es si la objeción es positiva o negativa ni siquiera consciente, sino si la conducta profesional se alinea con los estándares éticos y promueve el interés del paciente, pues los médicos tienen un deber de beneficencia, menos controvertido en medicina que en otros ámbitos sociales, como prestar ayuda a extraños. El primer argumento parte de que la relevancia moral general del acto-omisión debería aplicarse también en contextos profesionales, pero las normas internas y obligaciones fiduciarias suelen alterar estas distinciones, pues lo que un profesional debe hacer no es equivalente a lo que haría cualquier individuo en la vida cotidiana; un médico

tiene obligaciones legales y profesionales para actuar en interés del paciente, a diferencia de un visitante hospitalario, similares expectativas que se tienen, por ejemplo, de socorristas o bomberos frente a transeúntes. Por tanto, en entornos profesionales, las obligaciones legales y éticas suelen prevalecer sobre la distinción acto-omisión propia de la vida diaria.

El segundo argumento, que equipara reclamos positivos a derechos positivos y negativos a negativos, es también una interpretación imprecisa, pues negar un servicio por conciencia y que la institución deba proveerlo implica acción institucional para asegurar su disponibilidad (Giubilini, 2020), lo que puede ser complejo cuando pocos profesionales están dispuestos a realizarlo. El tercer punto, el más desafiante, señala que una acción consciente que contradice leyes o directrices profesionales no puede ser aceptada sin contradicción legal, aunque algunos expertos jurídicos defienden igualar el trato de reclamos positivos y negativos en regulaciones sanitarias (Sepper, 2012). Sin embargo, esta objeción es solo legal; en lo profesional y ético, romper una ley injusta puede ser permisible como acto de desobediencia civil, siempre que el profesional acepte las consecuencias legales. La ilegalidad, por sí sola, no determina la permisibilidad ética o profesional, que depende del caso concreto y de la coherencia con estándares profesionales definidos aquí. Veamos el caso del aborto para ilustrar.

Provisión de aborto por objeción de conciencia

Henry Morgenthaler, médico judío sobreviviente de los campos de concentración nazis, emigró a Canadá, donde abrió en Montreal una clínica de aborto en una época en que era penalizado, salvo cuando existía riesgo para la vida de la mujer. Su desobediencia civil, basada en su juicio clínico, derivó en múltiples procesos judiciales, varias absoluciones y, finalmente, una condena a prisión. Llevó su caso ante la Corte Suprema de Canadá, que declaró inconstitucionales las políticas vigentes por violar el derecho de las mujeres a la “vida, libertad

y seguridad de la persona”, lo que en la práctica eliminó todas las restricciones penales al aborto. Desde entonces, Canadá se ha convertido en uno de los pocos países sin limitaciones al derecho de las mujeres a abortar.

Morgenthaler actuó en función de las consecuencias negativas para la salud que provocaba un régimen restrictivo y aceptó las repercusiones legales. Este no fue un caso de objeción de conciencia, tal como aquí se define, ya que no fueron sus creencias personales sobre la moralidad del aborto las que guiaron su decisión, sino su convicción de que estaba promoviendo el interés superior de sus pacientes mediante la medicina. Fue, en cambio, un acto de desobediencia civil, sin concesiones legales ni respaldo institucional para desafiar el consenso profesional y gubernamental vigente. Consciente de ello, asumió las consecuencias de su accionar, brindando los servicios sanitarios que, a su entender, las mujeres tenían derecho moral a recibir. No reclamó derechos especiales, fue encarcelado –sufrió incluso un infarto en prisión–, y continuó defendiendo sus convicciones tanto en el ámbito público como judicial, hasta lograr modificar el consenso nacional y la normativa profesional correspondiente.

En 2022, la Corte Suprema de Estados Unidos, en el caso *Dobbs vs. Jackson Women's Health Organization*, revocó la histórica sentencia *Roe vs. Wade* de 1973, que impedía a los estados legislar en contra del acceso al aborto. Mientras varios estados mantienen la legalidad del aborto, otros han impuesto leyes extremadamente restrictivas, incluyendo prohibiciones casi totales; entre ellos, Alabama, Arkansas, Missouri, Dakota del Sur y Texas extienden dichas prohibiciones incluso a embarazos derivados de incesto o violación. Antes de que el acceso al aborto contara con protección constitucional en 1973, tanto en Estados Unidos como en otros contextos donde esta práctica es ilegal, existen numerosos casos documentados de médicos que, motivados por convicciones éticas más amplias respecto a los derechos, intereses y dignidad de las mujeres, decidieron proporcionar abortos ilegales, lo que a menudo se presenta como un caso de “objeción de conciencia” (Joffe, 1995).

Actuar en base a reclamos positivos de conciencia en tales contextos implica infringir la ley; dado que estos reclamos no cuentan con protección legal, los códigos de práctica profesional enfrentan una tensión interna respecto a la provisión de abortos. Por un lado, suelen exigir que los profesionales actúen conforme a la ley; por otro, como se ha señalado, algunas organizaciones profesionales apoyan el acceso al aborto y lo consideran compatible con buenas prácticas médicas, llegando incluso a criticar las prohibiciones que derivan de la revocación de *Roe vs. Wade*. Por ejemplo, la Federación Internacional de Ginecología y Obstetricia calificó la revocación como una “decisión catastrófica... que costará vidas por años” (Federación Internacional de Ginecología y Obstetricia, 2022). Asimismo, el Colegio Americano de Obstetras y Ginecólogos emitió un comunicado justo antes del fallo, enfatizando que

[...] el aborto es un componente esencial de la atención médica integral, y las personas deben tener acceso sin obstáculos a todo el espectro de opciones de salud reproductiva [...]. Es inaceptable que médicos y profesionales de la salud sean sancionados, multados, demandados o encarcelados por brindar atención basada en evidencia (Colegio Médico de Obstetras y Ginecólogos de Estados Unidos, 2022).

Es crucial aclarar la naturaleza de esta tensión entre dichos pronunciamientos y los códigos profesionales. Desde una perspectiva legal, no existe contradicción alguna: el imperio de la ley prevalece sobre cualquier mandato profesional, y quienes provean abortos ilegales deben afrontar las consecuencias legales, aun cuando actúen por razones profesionales. Éticamente, la situación es más compleja; si una ley es injusta, podría considerarse permisible infringirla y aceptar las sanciones, en un acto de desobediencia civil éticamente justificable, como ocurrió con médicos que desobedecieron órdenes nazis. Por ello, un profesional que sostenga firmemente que las mujeres deben tener acceso a abortos seguros estaría éticamente justificado en violar la ley, siempre que se considere que las leyes antiaborto son injustas, lo cual es objeto de controversia. Sin embargo, aunque la

ley sea injusta, difícilmente podría argüirse que exista una obligación ética de infringirla y asumir el riesgo de prisión; tales actos, en muchas visiones plausibles, son supererogatorios, es decir, van más allá del deber. Romper una ley injusta puede ser encomiable, pero no moralmente exigible según diversos enfoques éticos.

En el ámbito profesional, entendido como la ética específica de la profesión médica, la situación es diversa. Como se explicó en el capítulo 2, existe una distinción entre obligaciones profesionales y obligaciones éticas más amplias, o entre ética profesional y ética en general, que es relevante en estos casos. Independientemente de la permisibilidad ética general de proveer abortos ilegales en defensa de valores como los derechos de la mujer, lo relevante para el modelo de códigos profesionales es determinar si tal provisión se encuentra dentro del ámbito de las obligaciones profesionales, es decir, si es coherente con los estándares de la profesión. Cuando esto ocurre, los profesionales de la salud tienen una obligación profesional de proporcionar abortos, incluso si son ilegales. Las razones que invalidarían la objeción de conciencia en contra de la provisión de abortos se aplican igualmente para justificar reclamos positivos de conciencia.

El modelo de códigos profesionales, entonces, refleja esta tensión: mientras que las organizaciones profesionales reconocen el aborto como parte del buen ejercicio médico, también exigen respeto a la ley, siendo esta última preponderante en términos legales. No obstante, dichas organizaciones deben centrarse en mantener estándares éticos profesionales y evaluar a sus miembros con base en ellos, dejando a las autoridades estatales la tarea de legislar y sancionar (Giubilini et al., 2024). La tensión surge más por la redacción de los códigos que por la naturaleza profesional de proveer abortos. Para preservar su razón de ser, las organizaciones profesionales deberían proteger a sus miembros que actúen conforme a los estándares éticos profesionales aunque incumplan la ley –por ejemplo, evitando la cancelación de su licencia– y, a su vez, emplear los mecanismos democráticos para promover la coherencia entre la legislación y los estándares profesionales (Giubilini et al., 2024).

Finalmente, desde la perspectiva del modelo de ética médica, la permisibilidad profesional para proveer abortos ilegales depende de si dicha práctica se ajusta a los principios de la buena ética médica. Aunque existe desacuerdo razonable, cuando están en juego intereses médicos relevantes de las mujeres, la ética médica exige que estos prevalezcan sobre los derechos que se atribuyen al feto en sentidos éticos o religiosos más amplios. Si bien es necesaria una valoración de cada caso, tanto el modelo de códigos profesionales como el de ética médica implican al menos que, en ciertas circunstancias, existe una obligación profesional, aunque no legal, de objetar leyes restrictivas y proporcionar abortos ilegales.

El caso de Charlie Gard

Charlie Gard tenía tres meses de edad cuando fue ingresado en la unidad de cuidados intensivos del Hospital Great Ormond Street, en el Reino Unido, diagnosticado con un síndrome de agotamiento mitocondrial, enfermedad que provoca una progresiva debilidad muscular. Su madre identificó una terapia experimental –la terapia de reemplazo de nucleósidos– que había sido aplicada en una afección relacionada en los Estados Unidos. Los médicos del hospital estaban gestionando la aprobación ética en el Reino Unido para emplear esta terapia experimental (que nunca había sido utilizada en su condición específica, pero que presentaba solo efectos secundarios leves); sin embargo, el estado de Charlie se agravó a causa de una encefalopatía epiléptica, la cual presuntamente ocasionó daños cerebrales irreversibles.

Los médicos consideraban que debía suspenderse el tratamiento, mientras que los padres se oponían firmemente. En un correo electrónico, los médicos describieron a los padres como un “obstáculo en el proceso”. El fallo judicial se pronunció a favor de los médicos, estableciendo que debía retirarse el tratamiento:

Es con el mayor pesar, pero con la plena convicción de actuar en el mejor interés de Charlie, que concluyo que lo más adecuado para él es acceder a estas solicitudes y dictaminar que el Hospital Great Ormond Street puede, legalmente, suspender todo tratamiento excepto los cuidados paliativos, permitiendo así que Charlie muera con dignidad.

Los padres recaudaron 1,2 millones de libras esterlinas a través de una campaña de financiación colectiva para llevar a cabo el tratamiento en Estados Unidos, donde Michio Hirano –experto mundial en trastornos mitocondriales y médico en el Centro Médico de la Universidad de Columbia– estaba dispuesto a administrarlo; sin embargo, el juez Francis impidió el traslado de Charlie. Si Hirano hubiese estado en el Reino Unido y hubiera objetado por conciencia el fallo, considerando que era en el mejor interés del niño recibir tratamiento experimental, cabría preguntarse si debía permitírsele actuar conforme a su juicio profesional.

Si bien ofrecer un tratamiento ilegal o contrario a las guías profesionales no sería aceptable ni bajo el modelo legal ni según los códigos deontológicos, el modelo de ética médica ofrece un marco más complejo. Supongamos, a modo de experimento mental, que Charlie hubiese nacido en Wisconsin y hubiese comenzado de inmediato la terapia experimental, con sedación y analgesia adecuadas. Si, tras tres meses sin mejora, se acordara suspender la ventilación artificial, ¿sería esa intervención ética? Charlie no parecía sufrir más allá de los momentos en que se le despertaba para exámenes; recibía un trato respetuoso, una posibilidad de mejora, y el tratamiento contaba con el consentimiento de sus padres. En tal contexto, cuesta ver por qué un tribunal debería impedir que los médicos continúen con el tratamiento, salvo por razones de justicia distributiva. Si se considera razonable que Charlie Gard continúe con un tratamiento experimental ya iniciado, también sería razonable que comenzara uno. Según este modelo, que da prioridad al interés médico superior, un profesional que objete por conciencia en el Reino Unido debería

tener libertad para seguir su propio juicio clínico sobre lo que considera mejor para el niño en un caso como este.

En general, existe una presunción a favor de intentar prolongar la vida. Otra sentencia judicial relacionada con la vida de un menor con discapacidad grave concluyó:

El juez debe decidir qué es lo mejor para el niño. Al tomar esa decisión, el bienestar del menor es primordial, y el juez debe considerar la cuestión desde el supuesto punto de vista del niño. Existe una fuerte presunción a favor de adoptar una conducta que prolongue la vida, pero dicha presunción no es irrefutable. El término ‘mejor interés’ abarca aspectos médicos, emocionales y todos los demás componentes del bienestar (*Wyatt v Portsmouth NHS Trust*).

Como mencionamos en el capítulo 2, uno de los autores ha defendido la legitimidad del “disenso profesional” en ciertas situaciones clínicas: aunque se debe aspirar al consenso, si un médico razonable –como Michio Hirano– con una base científica *prima facie* atendible y valores plausibles, ofrece un tratamiento deseado por el paciente o su familia (en el caso de pacientes no competentes, como los niños), entonces debería permitírsele ofrecerlo. Es importante señalar que la razonabilidad de la postura disidente del médico se define conforme a estándares profesionales y clínicos (por ejemplo, la probabilidad de que el tratamiento funcione, la posibilidad de que el niño sienta dolor, el grado de sufrimiento, entre otros). Desde luego, si un médico hubiese propuesto tratar a Charlie Gard con terapia de cristales o homeopatía, eso no habría constituido un motivo válido para prolongar su vida. (Wilkinson y Savulescu, 2018; Wilkinson, Truog y Savulescu, 2016).

En este contexto, si el fundamento de las obligaciones profesionales radica en priorizar el mejor interés médico del paciente, entonces una objeción de conciencia ante una resolución restrictiva puede ser aceptablemente planteada y, de hecho, debería ser admitida. Un médico como Michio Hirano, guiado por su juicio de valor y su evaluación de riesgos y beneficios (es decir, por su conciencia),

no estaría violando los estándares profesionales, siempre que el disenso profesional sea razonable; en tal caso, los propios estándares podrían interpretarse como compatibles con la postura del objetor de conciencia.

¿Por qué sería razonable ofrecer tratamiento en este caso? En ética médica, existen tres justificaciones ampliamente aceptadas para retirar un tratamiento médico orientado a prolongar la vida:

1. El paciente rechaza autónomamente el tratamiento (autonomía).
2. La continuación de la vida ya no responde al interés del paciente (mejor interés).
3. La probabilidad de que el tratamiento prolongue la vida, o aumente su calidad o duración, es demasiado baja como para justificar el coste del intento (justicia distributiva).

En el caso de Charlie Gard, el tribunal se basó exclusivamente en el segundo criterio: el mejor interés del paciente, ya que la autonomía no es aplicable en recién nacidos, y no existía conflicto de justicia distributiva, dado que los padres habían reunido fondos privados y contaban con acceso a medios e infraestructura.

Sin embargo, la evaluación del interés superior en este caso es una cuestión sobre la que los profesionales pueden discrepar razonablemente, puesto que se ve sujeta a la valoración de los costos (por ejemplo, dolor temporal) y los beneficios (como la probabilidad de éxito o la posibilidad de prolongar la vida temporalmente). Habitualmente, corresponde a los padres determinar qué es lo mejor para su hijo, sopesando todas esas consideraciones, en función de juicios de valor, que a veces incluyen convicciones religiosas acerca de la importancia de preservar la vida en la medida de lo razonablemente posible. Los tribunales pueden anular estas decisiones, como en los casos en que testigos de Jehová desean rechazar transfusiones sanguíneas vitales para sus hijos. Pero en tales casos, la resolución se basa en consideraciones objetivas del interés superior: objetivamente, el tratamiento favorece más al niño que las creencias religiosas

de los padres. Además, tanto médicos como jueces pueden poseer un mayor conocimiento y comprensión de los hechos médicos y de los pronósticos que los propios padres.

Es cierto que hay situaciones en que continuar con la vida puede ser más perjudicial que beneficioso. ¿Cuándo sería mejor para un niño morir? Los tribunales describen vidas “intolerables para el niño”, “llenas de dolor y sufrimiento” o “tan atroces que, en la práctica, el niño está condenado a morir” (Re J (A Minor) Wardship: Medical Treatment, 1990). ¿Qué condiciones podrían cumplir con estos criterios? Un ejemplo es el de la epidermólisis bullosa distrófica severa, enfermedad que condujo a un grupo de médicos en los Países Bajos a desarrollar el llamado *Protocolo de Groningen* para la terminación de la vida de recién nacidos con esta patología. La enfermedad provoca un desprendimiento constante de la piel, causando dolor extremo e infecciones graves e, incluso con la máxima atención médica disponible, provoca la muerte de muchos niños por infecciones durante el primer año de vida. Finalmente, la eutanasia infantil fue legalmente permitida en los Países Bajos para menores con esta condición; en estos casos, prolongar la vida contradice claramente el interés del niño en poner fin a un sufrimiento insoportable. En el caso de Charlie Gard, Dominic Wilkinson comentó:

Ser mantenido con vida en cuidados intensivos no es algo agradable. Aunque hacemos todo lo posible para proporcionar alivio del dolor, sedación, cuidados y confort a niños y bebés gravemente enfermos, esa capacidad es limitada e imperfecta. Los niños que permanecen conectados a ventilación mecánica a largo plazo suelen parecer incómodos, al menos parte del tiempo. Son sometidos a frecuentes inyecciones y procedimientos invasivos. Pueden experimentar angustia y no ser capaces de comunicar su origen (Wilkinson, 2017).

Este nivel de dolor y malestar es algo que aceptamos cuando existe una probabilidad razonable de curación. Pero ¿era suficiente la posibilidad de mejora en el caso de Charlie como para justificar su sufrimiento? En encuestas informales realizadas a médicos y

profesionales de la salud en múltiples conferencias, aproximadamente la mitad consideraba que una probabilidad de 1 entre 1.000 de lograr una calidad de vida que mereciera la pena justificaba tres meses en cuidados intensivos; la otra mitad disientía. Una posibilidad de mejora de 1 en 1.000 quizá no justifique la financiación a través del sistema público de salud, pero ese no era el dilema en el caso de Charlie Gard; la cuestión era si resultaba razonable que Michio Hirano ofreciera la terapia experimental en Estados Unidos, costada mediante financiación colectiva por parte de los padres.

El propósito fundamental de la medicina es promover el bienestar del paciente y respetar su autonomía. Son precisamente los médicos quienes conocen los datos clínicos y, por tanto, pueden tomar decisiones que difieren de las del paciente. Sin embargo, promover el bienestar y respetar la autonomía también implica emitir juicios de valor sobre qué constituye el bienestar o el interés del paciente, o qué representa una elección plenamente autónoma. Así, los médicos no solo hacen determinaciones fácticas, sino también valorativas. No obstante, no poseen un acceso privilegiado a concepciones de bienestar o autonomía. Por ello, si deben actuar conforme a sus propios valores (es decir, su conciencia), dependerá de si estos contradicen o no los estándares profesionales.

Uno de los problemas en el caso de Charlie Gard fue que el tribunal se basó en peritajes médicos para determinar si su vida podía considerarse digna de ser vivida. Pero los expertos médicos no son especialistas en determinar cuándo la vida merece ser vivida, de modo que la decisión se apoyó en una noción vaga de lo que constituye una vida valiosa, solo superficialmente vinculada a los hechos (Wilkinson y Savulescu, 2018). En última instancia, no existe una respuesta clara en el caso de Charlie Gard. Pero la controversia no se centraba únicamente en los hechos: era, sobre todo, una decisión ética. Dado que ambas opciones –suspender los tratamientos o intentar la nueva terapia– eran compatibles con estándares profesionales razonables y con una interpretación plausible del interés superior del niño, la objeción de conciencia en casos como este no contravendría

los estándares profesionales según el modelo de ética médica. Estos casos son, sin duda, poco frecuentes, pero cuando ocurren, es importante reconocer su existencia.

Cabe destacar que los médicos no podían objetar por conciencia la suspensión del tratamiento en el caso de Charlie Gard basándose en la justicia distributiva, es decir, si hubiesen argumentado, de manera plausible, que la mínima probabilidad de mejora significativa no justificaba el costo del tratamiento en comparación con las necesidades de otros pacientes. Aunque los médicos deben acatar decisiones basadas en concepciones plausibles de justicia, este argumento no era aplicable en este caso, dado que los padres habían reunido los fondos necesarios para costear el tratamiento en el extranjero.

Selección de sexo y pruebas prenatales no invasivas

La selección de sexo consiste en utilizar información médica y procedimientos clínicos, como pruebas durante el embarazo o la interrupción de gestaciones, para aumentar la probabilidad de tener un hijo del sexo deseado. Uno de los métodos más fiables es la fecundación in vitro (FIV) combinada con diagnóstico genético preimplantacional (DGP), que permite analizar y seleccionar embriones del sexo preferido. En esta sección, el término “selección de sexo” se referirá específicamente a esta técnica.

Una encuesta realizada a 190 clínicas de FIV en Estados Unidos reveló que el 42 % ofrecía FIV con DGP para selección de sexo no médica; de estas, el 47 % respetaba cualquier preferencia parental, el 41 % limitaba el servicio a un segundo hijo o posteriores, y el 7 % solo lo ofrecía si existía otra indicación médica para realizar DGP (Baruch, Kaufman y Hudson, 2008). Numerosos países prohíben por ley o por directrices profesionales la selección de sexo por motivos no médicos. En Australia, por ejemplo, el Consejo Nacional de Salud e Investigación Médica permite estas técnicas únicamente para evitar la transmisión de enfermedades o anomalías genéticas graves. Aunque reconoce una

distinción ética entre la selección por equilibrio familiar (para lograr diversidad de sexo entre hijos) y aquella motivada por sesgos personales o culturales, mantiene por razones prácticas y políticas una prohibición general. Esta prohibición resulta difícil de justificar éticamente, ya que la selección de sexo no médica no perjudicaría ni al niño ni a los progenitores, y tampoco afectaría negativamente a las mujeres si se monitorea la proporción de sexos, se permite solo en casos de equilibrio familiar o si se limita a la selección de niñas.

Algunos médicos han objetado éticamente estas prohibiciones (con razones válidas). Mark Bowman, especialista en FIV de Queensland, Australia, declaró:

La selección de sexo, especialmente por equilibrio familiar, es compatible con el ejercicio responsable de la libertad reproductiva y la formación de una familia... Esta oposición atenta contra las libertades civiles: no se basa en la ausencia de demanda o necesidad, sino en una simple antipatía hacia la práctica.

Dado que en su estado la selección de sexo no es ilegal, Bowman declaró que desobedecería las directrices y ofrecería este servicio para equilibrar la distribución de género en el núcleo familiar.

David Molloy, ex presidente de la Asociación Médica Australiana en Queensland, expresó:

Aunque la selección de sexo no está prohibida en Queensland, tampoco cuenta con respaldo oficial. Solo es ilegal por motivos no médicos en Victoria y Australia Occidental... Si obtenemos aprobación legal, ofreceré a los padres la posibilidad de elegir el sexo del bebé, no solo por razones médicas, sino también para equilibrar la familia... Es muy frecuente que pregunten si pueden elegir niño o niña, y el consejo no tiene derecho a negarles esa opción... Después de dos años de deliberaciones, los estados siguen sin llegar a un acuerdo... El Gobierno estatal nunca lo ha legislado porque siempre se ha considerado un asunto médico.

La objeción de conciencia de Bowman no estaría justificada bajo los modelos jurídico y profesional de las obligaciones médicas, que exigen acatar las normas legales o profesionales. Sin embargo, bajo el modelo de ética médica, su objeción es ética y profesionalmente admisible: la práctica es consistente con los principios médicos, los padres desean el procedimiento de forma autónoma, lo financian por cuenta propia (por lo que no vulnera la justicia distributiva) y requiere personal calificado, por lo que no es accesible fuera del ámbito médico.

Aunque algunos argumentan que no existe un interés médico involucrado y que los intereses de los padres exceden la responsabilidad sanitaria, esta sería, en todo caso, una razón para negarse a realizar la prueba, no para impedir que se ofrezca de forma consciente y ética, siempre que se respeten los principios fundamentales de la ética médica (Savulescu, 1999). Esta lógica puede aplicarse a las restricciones profesionales en torno al uso de pruebas prenatales no invasivas (NIPT). En 2017, el Consejo Nuffield de Bioética recomendó que la NIPT se ofreciera como prueba secundaria en el sistema de salud pública (NHS) para detectar enfermedades graves que se manifiestan al nacer o en la infancia, como los síndromes de Down, Edwards y Patau (Consejo de Bioética de Nuffield, 2007). El consejo recomendó no ofrecerla en los siguientes casos:

1. Para detectar enfermedades leves o de aparición en la adultez.
2. Para saber si el feto es portador de un gen relevante.
3. Para identificar rasgos no médicos, como el sexo.
4. Para realizar secuenciación genómica o exómica completa, salvo que se sospeche una enfermedad significativa de origen desconocido.

Como se ha argumentado en otros trabajos, este tipo de pruebas no perjudicaría ni a los progenitores ni al futuro hijo (Savulescu, 1999). Si el aborto es moralmente permisible, también debería serlo en casos de condiciones leves, de aparición tardía o incluso por razones vinculadas al sexo fetal. Mientras estas decisiones personales no generen

impactos sociales (lo cual parece improbable en casos de enfermedades leves o tardías), debería respetarse la autonomía procreativa.

Si bien los modelos jurídico y profesional limitan las acciones médicas a lo exigido por la ley o las normas profesionales, el modelo médico permite que los profesionales actúen conforme a su conciencia, siempre que se respeten los principios éticos, se promuevan los intereses de los pacientes y no se infrinjan valores fundamentales. En ese marco, la objeción a las directrices restrictivas, aunque motivada por razones personales, es coherente con los estándares éticos y representa un conjunto de valores profesionalmente legítimos.

***Bioenhancement* (Mejoramiento biológico)**

Todo lo que valoramos –experiencias, aspiraciones, sueños y expectativas– depende de la actividad de nuestra mente y cuerpo, moldeada tanto por el entorno natural como por nuestras interacciones sociales. Sin embargo, existe una vía biológica común que conecta el cerebro con la mente, y existen hoy medios para modificar directamente esa biología –como la edición genómica– y transformar el funcionamiento del cuerpo, el cerebro y la mente. Cuando tales intervenciones se orientan a mejorar capacidades humanas o el bienestar, se denominan *bioenhancement* (mejoramiento biológico).

Si bien los debates sobre el mejoramiento humano suelen centrarse en los riesgos, la revolución biológica plantea importantes oportunidades: intervenir en nuestra biología y en la lotería genética natural con el fin de promover el bienestar humano y fomentar la conducta moral. El mejoramiento humano puede adoptar diversas formas:

1. Extensión de la vida: prolongación de la salud y retraso del envejecimiento.
2. Mejoramiento cognitivo: incremento de la inteligencia general y de otras habilidades mentales.

3. Mejoramiento moral: modificación de disposiciones biológicas relacionadas con la cooperación y el altruismo (Persson y Savulescu, 2012).
4. Mejoramiento del amor: alteración de las bases neurobiológicas de las fases del amor –deseo, atracción y apego– (Earp y Savulescu, 2020).
5. Mejoramiento del estado de ánimo: aumento de la felicidad y el bienestar subjetivo.
6. Mejoramiento físico: dopaje deportivo, prevención de pérdida muscular y fragilidad asociadas a la edad, y fortalecimiento de la resistencia, la fuerza y la motivación para entrenar (Maslen, Savulescu y Hunt, 2020).

Estas posibilidades han emergido gracias a la revolución biotecnológica (Savulescu y Bostrom, 2009). Sin embargo, diversas asociaciones médicas se oponen al *bioenhancement*. En el caso del mejoramiento cognitivo, por ejemplo, la Asociación Médica Británica afirma que, con base en la evidencia actual, las personas sanas deberían evitar potenciadores farmacológicos y adoptar un estilo de vida saludable. Por su parte, la Asociación Médica Estadounidense sostiene que los intentos por mejorar características deseables o rasgos humanos complejos son contrarios a la tradición ética de la medicina (Scheper, 2019).

Muchas formas de mejoramiento están prohibidas, especialmente en el deporte, incluidos los esteroides anabólicos, eritropoyetina, edición genética, dopaje sanguíneo y ciertos estimulantes, en tanto que otros no lo están, como la cirugía ocular con láser, el consumo de creatina, extracto de remolacha, carpas de aire hipóxico y caféina. En contextos competitivos –como el deporte o los exámenes académicos–, la objeción de conciencia frente a una prohibición establecida mediante procedimientos legítimos no se considera ética ni profesionalmente justificable, ya que estas actividades implican potencial daño a terceros. Por supuesto, tales prohibiciones pueden cuestionarse por vías institucionales, como

lo ha hecho uno de los autores respecto al dopaje deportivo (Savulescu, Foddy y Clayton, 2004).

Sin embargo, si la prohibición se aplica principalmente en beneficio del propio paciente, la objeción de conciencia y la provisión del mejoramiento pueden justificarse profesionalmente bajo el modelo de ética médica, siempre que el paciente solicite autónomamente el tratamiento, no existan riesgos sustanciales y no se vulneren principios fundamentales de la ética médica, lo cual, hasta donde puede juzgarse, no ocurre en estos casos. Así, prescribir modafinilo para combatir el desfase horario sería éticamente admisible, siempre que su perfil de seguridad lo respalde; de igual modo, ofrecer medicamentos para prolongar la vida sería justificable bajo condiciones similares.

Una objeción frecuente señala que algunas prohibiciones buscan proteger al individuo, por ejemplo, al evitar que el uso de fármacos que inducen el amor comprometa la autenticidad emocional. No obstante, incluso en tales circunstancias, la objeción de conciencia resulta defendible como valor ético, pues existe una conexión razonable entre el *bioenhancement* y la promoción de la autonomía o los intereses del paciente. Desde luego, estos procedimientos requieren evaluación científica rigurosa y ensayos clínicos, que deberían ser una prioridad. Pero, así como los pacientes con enfermedades terminales o graves tienen reconocido un “derecho a intentar” intervenciones experimentales, también podría sostenerse que aquellos con expectativas plausibles de beneficio tienen derecho a intentar ciertos mejoramientos (Schuklenk y Lowry, 2009; Schuklenk y Smalling, 2017). Con todo, en contextos donde intervienen consideraciones de justicia, estos “experimentos en bienestar” deben ocupar un lugar secundario respecto de las intervenciones cuya eficacia para modificar enfermedades está ya comprobada.

Edición genómica

La edición genómica de embriones está actualmente prohibida en la mayoría de los países cuando su aplicación podría dar lugar a un nacimiento, pero podría utilizarse tanto para tratar enfermedades como con fines de mejoramiento. La cuestión ética es si es admisible o no objetar de forma consciente a esta prohibición.

La legitimidad ética depende del fundamento de la prohibición, uno de los cuales es el riesgo de mutaciones no dirigidas (*off-target*), que podrían derivar en cáncer u otras enfermedades en etapas posteriores de la vida. Esta objeción, basada en la seguridad, implica que, en el marco del modelo de ética médica, si los riesgos asociados son claramente desproporcionados, los médicos no deberían objetar de conciencia ni intentar ofrecer el tratamiento. Sin embargo, uno de los autores de este estudio ha sostenido que, desde una perspectiva ética médica, sería admisible intentar la edición genómica en casos de enfermedades letales de aparición temprana, como la enfermedad de Tay-Sachs (Savulescu y Singer, 2019), dado que en esos casos los riesgos serían razonables. A medida que mejoren las condiciones de seguridad, podría considerarse su uso en enfermedades menos graves, e incluso, hipotéticamente, para fines de mejoramiento, siempre que se alcancen niveles razonables de seguridad. Otro argumento para prohibir la edición genómica se basa en sus posibles efectos colectivos: podría generar desigualdades o reducir la diversidad. Si estas preocupaciones de justicia son válidas, el médico no estaría éticamente autorizado a objetar la prohibición (Bavelier, Savulescu, Fried, et al., 2019).

En síntesis, cuando el médico actúa en función de valores que promueven plausiblemente la autonomía o el bienestar del paciente, dichos valores merecen ser respetados; pero si entran en conflicto con principios de justicia más amplios, existen razones éticas para no promoverlos.

El caso Ashley

Ashley, una niña de nueve años de Seattle, nació con encefalopatía estática, una grave discapacidad cerebral que le impedía caminar, hablar, alimentarse, sentarse o darse la vuelta; su desarrollo mental permanecería al nivel de un bebé de tres meses. En 2004, se le administró una terapia de estrógenos en altas dosis para detener su crecimiento, se le practicó una histerectomía para evitar molestias menstruales y se le extirparon los brotes mamarios para impedir el desarrollo de sus senos. Sus padres argumentaron que el *Tratamiento Ashley* buscaba “mejorar la calidad de vida de nuestra hija, y no facilitar el cuidado de quienes la asisten”. Según explicaron, su menor tamaño hacía más viable integrarla en la vida familiar cotidiana y en actividades que le brindaban consuelo, cercanía, seguridad y afecto: compartir las comidas, viajar en coche, el contacto físico, los abrazos, etc. (*New York Times*, 5 de enero de 2007).

Si se considera razonable que la intención principal fue promover su bienestar, entonces, según el modelo de ética médica, los médicos estarían justificados al objetar de conciencia frente a directrices que prohíban este tipo de intervenciones (Liao, Savulescu y Sheehan, 2007). En cambio, según el modelo profesional, la legitimidad de tal objeción dependerá de las directrices vigentes en ese momento.

Conclusiones

En este libro hemos abordado la justificación moral de la objeción de conciencia en la prestación de servicios de salud. Salvo indicación contraria, nuestros argumentos y conclusiones se refieren a situaciones en las que los pacientes son capaces de tomar decisiones, cumplen con los requisitos legales para recibir un determinado servicio sanitario, que solicitan de manera autónoma a un profesional encargado de proporcionarlo, conforme al ámbito de su ejercicio profesional. El profesional sanitario en cuestión es aquel que detenta un monopolio social sobre la provisión de los servicios respecto de los cuales solicita por motivos de conciencia una exención, no sobre la base de razones profesionales, como el juicio clínico, sino de convicciones morales personales.

En el capítulo 1, abordamos el concepto de “conciencia”, los motivos por los cuales las sociedades protegen la libertad de conciencia y las implicaciones en el contexto de la objeción de conciencia en el ámbito sanitario. Hemos caracterizado la conciencia como una convicción interna profunda que implica un juicio de valor, basada en creencias morales arraigadas y sentimientos intensos respecto de dichas creencias, los cuales pueden derivarse de una reflexión ética cuidadosa, aunque no sea una condición necesaria para su existencia.

Si bien reconocemos que los instrumentos internacionales de derechos humanos amparan la libertad de conciencia –y con razón–, también advertimos que dicho derecho está siempre sujeto a límites –y con igual justificación–. No existe tal cosa como un derecho absoluto, que no puede ser restringido en ninguna circunstancia. Ni siquiera el derecho a la vida lo es, como lo demuestran los casos

de legítima defensa. Asimismo, el derecho humano a la libertad de conciencia no implica automáticamente un derecho a la objeción de conciencia en contextos profesionales elegidos libremente, y mucho menos un derecho absoluto a que dicha objeción sea aceptada.

Las solicitudes de acomodación por objeción de conciencia en el ámbito sanitario suelen presentarse como conflictos entre la integridad moral del profesional y la necesidad de proteger los intereses del paciente. Es posible que, al menos en ciertos casos, quienes se oponen experimenten un daño psicológico vinculado a la vulneración de su integridad si no se les concede la exención. La disyuntiva entre actuar conforme a las propias convicciones o cumplir con las obligaciones profesionales no es, en modo alguno, sencilla, pero nadie se ve obligado a colocarse en la situación de tener que hacer esa elección. Quienes no puedan asumir sus obligaciones profesionales por razones de conciencia siempre tienen la opción de no ejercer esa profesión, cambiar de especialidad –si se trata de médicos–, abandonar la profesión o elegir otra distinta desde el principio. Se podría objetar aquí que la elección no es “realmente” libre, pero dependerá de cómo definamos “elección libre”. La cuestión radica en determinar si esa clase de limitación de la libertad –que impide ejercer una profesión sin aceptar sus obligaciones– es éticamente inadmisibles, considerando que ello no se resulta problemático en muchas otras profesiones.

Uno de los pilares de nuestro argumento es que los profesionales de la salud pueden elegir libremente el ejercicio de la profesión, de modo que las evaluaciones éticas de sus objeciones de conciencia no pueden equipararse a aquellas formuladas, por ejemplo, por pacifistas que se niegan a cumplir con el servicio militar obligatorio. A diferencia de quienes se ven forzados a incorporarse a las fuerzas armadas, quien opta voluntariamente por ingresar a una profesión acepta las obligaciones y responsabilidades inherentes al rol profesional que asume. No existe ninguna obligación de convertirse en médico; las personas son libres de sostener las creencias que deseen, pero dichas creencias, inevitablemente, les cerrarán

ciertas posibilidades, una realidad común a todas las áreas de desarrollo profesional.

El problema específico del ámbito sanitario radica en que este tipo de objeciones puede generar perjuicios evitables para los pacientes, impidiéndoles acceder al nivel de atención que requieren o, en algunos casos, en función del porcentaje de profesionales que objetan por conciencia, obtener cualquier tipo de servicio. Por ejemplo, si la sociedad encomienda a los ginecólogos la prestación de servicios de aborto y les otorga el monopolio de dicha prestación como parte del proceso de profesionalización del sistema de salud, resulta insostenible que, en esa misma sociedad, algunos –o incluso muchos– de esos profesionales se nieguen, por razones de conciencia, a brindar dicho servicio.

Sostenemos que no se debería autorizar a los profesionales de la salud a rehusarse a proporcionar servicios legales que se ajustan a los estándares éticos de su profesión. Si bien podría plantearse como solución de compromiso permitir la acomodación por motivos de conciencia solo a algunos, con el fin de garantizar la prestación del servicio, en la práctica ello supone restricciones en el acceso a la atención para ciertos pacientes, además de suscitar problemas de equidad en el ámbito laboral y en el cumplimiento de las responsabilidades profesionales colectivas, ya que exigiría que otros profesionales realicen un trabajo más arduo o menos deseado bajo las mismas condiciones laborales. Tampoco eliminaría el riesgo de que los pacientes no recibieran una atención adecuada, ya que, en determinadas circunstancias o zonas geográficas, podría resultar difícil encontrar reemplazos para los profesionales objetores. Existe una presunción de que los pacientes tienen derecho a recibir una atención sanitaria adecuada, no solo porque se trata de una cuestión de derechos humanos, en muchos casos, sancionada por la ley, sino también porque son los propios ciudadanos quienes confieren a los proveedores de salud el monopolio sobre la prestación de dichos servicios.

El concepto de profesionalismo, analizado en el capítulo 2, la creación de cuerpos profesionales y las responsabilidades asociadas

desempeñan un papel crucial en nuestro análisis. Nuestra tesis central sostiene que el profesionalismo y la acomodación de la objeción de conciencia son incompatibles. El profesionalismo exige que los profesionales cumplan con sus obligaciones, las cuales, en el ámbito de la salud, se determinan según tres criterios –idealmente, todos ellos a la vez–: (1) brindar los servicios que los pacientes tienen derecho legal a recibir y solicitan de manera autónoma, servicios sobre los cuales los profesionales de la salud ostentan un monopolio conferido por la sociedad (modelo legal de las obligaciones profesionales); (2) ajustarse a las expectativas profesionales establecidas en los códigos deontológicos emitidos por las organizaciones profesionales pertinentes (modelo de los códigos profesionales); y (3) respetar los estándares de la ética médica, entre los cuales el principio rector es la promoción del interés médico del paciente (modelo ético de las obligaciones profesionales).

Reconocemos que estos modelos no están exentos de dificultades, algunas de las cuales hemos procurado abordar. En particular, los dos primeros modelos –el legal y el de los códigos profesionales– no parecen excluir la objeción de conciencia, ya que tanto las leyes como los códigos de práctica profesional incluyen cláusulas de conciencia que permiten rechazos por motivos personales en ciertos casos (especialmente, en contextos de aborto legal). Sin embargo, tales cláusulas vulneran las condiciones implícitas en la naturaleza contractual de la profesión sanitaria, a saber, el otorgamiento, por parte de la sociedad, de un monopolio sobre la prestación de determinados servicios a cambio de la garantía de que tales servicios serán efectivamente provistos por profesionales.

En cuanto al modelo ético, un problema evidente es que puede haber –y, de hecho, hay– desacuerdos razonables respecto de lo que constituye una buena ética médica. Si bien reconocemos la existencia de tales divergencias y la necesidad de una constante revisión ética, también hemos subrayado que, bajo cualquier interpretación plausible, los estándares actuales de la ética médica y sanitaria colocan el interés del paciente en primer plano, por encima de las

consideraciones vinculadas a los intereses personales del profesional o a la acomodación de sus objeciones de conciencia. Existe una convergencia significativa dentro de la ética médica secular en torno a lo que constituye el bienestar de una persona, así como al papel del respeto por la autonomía.

De hecho, como sugiere la terminología empleada, en la prestación de servicios sanitarios, la objeción de conciencia constituye un conflicto de intereses, que debe resolverse en favor del interés del paciente. Ello se debe a que, como ocurre en muchas profesiones, los conflictos de intereses se definen precisamente por su interferencia con la consecución de los fines legítimos de la práctica profesional. En la mayoría de los contextos profesionales, cuando un conflicto de intereses no se resuelve en favor del cumplimiento de las obligaciones propias del rol, esto conlleva sanciones o incluso la terminación del contrato del profesional implicado.

Ahora bien, ¿qué puede decirse ante la objeción de que podrían –y probablemente existirán– circunstancias en las que el consenso profesional resulte objetivamente inmoral, y el objetor tenga razón? ¿No debería, en tales casos, concedérsele una exención? Quienes defienden la objeción de conciencia apelan a la necesidad de humildad epistémica. Hemos respondido que, si bien siempre es importante mantener una actitud abierta a reevaluar políticas, dichas revisiones deben realizarse a nivel colectivo, ya sea por la propia profesión o por alguna autoridad superior, utilizando los mecanismos legítimos que ofrecen las sociedades democráticas (por ejemplo, médicos que promuevan reformas legales o profesionales), y no a partir de rechazos individuales frente al paciente. Ese escrutinio continuo y deliberación ética son deseables en democracias sanas, pero no deben trasladarse al momento de la atención clínica directa. (Por supuesto, pueden existir casos extremos en los que un objetor aislado tenga razones válidas; por ejemplo, quienes se niegan a proporcionar cuidados médicos que prolongan la vida representa un caso de disenso racional).

En el capítulo 3, examinamos con mayor profundidad los argumentos habituales en defensa de la acomodación de la objeción de

conciencia y dimos cuenta de deficiencias significativas. En particular, analizamos los argumentos que apelan a la razonabilidad de ciertos tipos de objeción de conciencia, ya que parecen ser los más sólidos y persuasivos para quienes adhieren a los valores de las democracias liberales: mientras las convicciones morales y religiosas sean razonables y respeten a los demás como individuos libres e iguales, deben ser toleradas.

Si bien suscribimos este principio, cuestionamos en dos sentidos la manera en que suele aplicarse al caso de la objeción de conciencia en el ámbito sanitario. En primer lugar, es difícil precisar qué se entiende por “razonable” y, por tanto, qué posiciones sobre los procedimientos médicos deben considerarse razonables; aunque en la sociedad existe una noción intuitiva de razonabilidad que resulta funcional en muchos contextos prácticos, dicha noción se vuelve más problemática cuando se trata de intervenciones médicas controvertidas. En segundo lugar, incluso suponiendo que pudiéramos acordar una definición, el pluralismo razonable que se justifica –y de hecho se exige éticamente– en las sociedades liberales no puede trasladarse sin más al interior de contextos profesionales específicos regidos por estándares propios. Los profesionales de la salud aceptan estos estándares de forma autónoma al incorporarse a la profesión, dentro de los marcos justos que ofrece una democracia liberal, entre otros, oportunidades equitativas para elegir libremente una profesión, con las exigencias que esta conlleva, frente a otras alternativas. La posibilidad real de optar por profesiones donde no se vean comprometidos valores fundamentales satisface los requisitos de las democracias pluralistas y liberales.

También abordamos otros argumentos que suelen invocarse –o que podrían razonablemente invocarse– en defensa de un supuesto derecho a la objeción de conciencia en el ámbito sanitario, como aquellos basados en el compromiso, los derechos humanos, la tolerancia, la diversidad, la integridad moral y la igualdad de oportunidades. Si bien reconocemos estos valores como pilares

fundamentales de las democracias liberales, sostenemos que, en contextos profesionales, existen estándares específicos que delimitan su alcance.

Finalmente, en el capítulo 4, abordamos algunos casos en los que la objeción de conciencia se invoca con mayor frecuencia, así como otros en los que, si bien se recurre a ella con menor regularidad, presentan una evaluación ética más compleja. En contextos en los que coinciden el marco legal y los estándares profesionales, la aplicación de nuestros principios resulta relativamente sencilla. Esto suele ocurrir en procedimientos como la asistencia médica para morir: cuando es legal, los profesionales de la salud no deberían estar autorizados a negarse a participar por motivos de conciencia moral. Es importante señalar que esto no implica necesariamente un juicio sobre la aceptabilidad ética de tales prácticas en términos generales; refleja, más bien, nuestra postura sobre la ética del profesionalismo.

En otros casos, se plantean complejas tensiones entre los servicios a los que los individuos tienen derecho legal en ciertos contextos y aquellos que serían aceptables conforme a los estándares éticos de la medicina, situaciones en las que surgen reclamaciones de conciencia positivas. El ejemplo más claro es el de la provisión de abortos en contextos donde están legalmente prohibidos, a pesar de ser compatibles con los estándares profesionales y con una buena ética médica. Hemos demostrado cómo los tres modelos de obligaciones profesionales pueden conducir a conclusiones divergentes respecto de lo que los médicos se encuentran o no facultados a hacer en tales circunstancias. Según el modelo ético, hemos argumentado que, en ocasiones, los médicos comprometidos con la provisión del aborto pueden estar profesionalmente justificados al realizar abortos ilegales, aunque también deberían estar dispuestos a asumir las consecuencias legales de sus actos, conforme al estado de derecho. En términos simples, los estándares profesionales y las exigencias legales pueden entrar en conflicto.

De hecho, en algunas circunstancias, mantener los estándares de la ética médica puede requerir infringir la ley –como en el caso de la negativa a alimentar por la fuerza a prisioneros (por ejemplo, en Guantánamo) o en la provisión de abortos que salvan vidas (como en el caso de Savita Halappanavar) –, mientras que en otras existe una incertidumbre genuina respecto de cuál es la acción moralmente correcta, incluso cuando se comparte un mismo marco ético, como en ciertos tratamientos experimentales (por ejemplo, el de Charlie Gard). Todos estos son casos sumamente complejos. Hemos intentado esbozar qué exige el profesionalismo a los profesionales de la salud y qué márgenes deja para la toma de decisiones individuales. Asimismo, analizamos algunos casos de reclamaciones de conciencia positivas, es decir, cuando los profesionales sanitarios se oponen a ciertas restricciones impuestas a la provisión de servicios de salud. En ocasiones, ello implica un compromiso de conciencia con actuar en contra de prohibiciones legales.

Es razonable suponer que quienes coinciden con nuestros argumentos y principios contrarios a un derecho a la objeción de conciencia en el ámbito sanitario podrían discrepar respecto de algunas de nuestras conclusiones en casos concretos, por ejemplo, en la interpretación de ciertos principios de la ética médica –como el de “interés superior” o “mejor interés médico”– en contextos específicos. Sin embargo, aceptar nuestros argumentos y principios generales implica, como mínimo, acordar que, incluso cuando existe disenso entre profesionales razonables respecto del curso de acción moralmente correcto, la aplicación de los propios valores éticos en el ejercicio profesional solo es admisible en la medida en que dichos valores sean compatibles con los principios de la ética médica, con las directrices profesionales expresadas en los códigos de práctica emitidos por las organizaciones pertinentes o con el marco legal vigente, idealmente, con todos ellos a la vez.

La incertidumbre persistente sobre lo que un principio general implica en la práctica en algunos casos es un costo que

prácticamente ningún argumento o principio ético puede evitar. Lamentablemente, hay situaciones que plantean verdaderos dilemas. Después de todo, quienes sostienen la tesis opuesta a la nuestra enfrentan dilemas similares, por ejemplo, si los médicos deberían o no estar autorizados a objetar procedimientos médicos que son coherentes con estándares éticos que incluso nuestros opositores aceptan, como la vacunación, la atención médica a pacientes en estado de intoxicación por alcohol o drogas recreativas, o aquellos que se involucran en distintas formas de autolesión (Strickland, 2012).

En última instancia, este libro reflexiona sobre el sentido de la profesionalidad y las obligaciones éticas que conlleva para quienes ejercen en el ámbito sanitario. Toda persona actúa guiada por su conciencia, sea o no religiosa, y la decisión de dedicarse a la medicina constituye una opción vital libre, aunque habitualmente inspirada en esa conciencia. Tal elección exige considerar de antemano hasta qué punto se está dispuesto a aceptar compromisos que puedan entrar en tensión con las propias convicciones morales. Quienes no estén dispuestos a ello harían bien en orientarse hacia otra actividad profesional.

De igual modo, la profesión médica y la sociedad deben sostener un debate permanente sobre el alcance de la práctica sanitaria en un contexto marcado por la innovación tecnológica y la transformación de los valores sociales. Los médicos, como ciudadanos y profesionales, tienen derecho a intervenir en dicha discusión, expresar públicamente sus convicciones y promover cambios frente a prácticas que juzguen inadecuadas. No obstante, no pueden imponer sus valores personales en la relación asistencial en perjuicio de los pacientes ni cargar sobre sus colegas las obligaciones que ellos mismos rehúyen. La medicina y la atención a la salud han de fundamentarse en criterios de profesionalidad, no en creencias individuales, evitando así que la autoridad técnica del médico se convierta en una forma de autoridad moral o incluso en un autoritarismo de carácter médico-moral.

Bibliografía

Aleccia, JoNel (30 de agosto de 2019). *Firing doctor, Christian hospital sets off national challenge to aid-in-dying laws*. KHN Kaiser Health News. <https://khn.org/news/doctor-fired-catholic-hospital-challenges-aid-in-dying-laws/>

Alonso-Zaldivar, Rolando (3 de mayo de 2019). *Trump defends health workers' right to object to abortions*. AP NEWS. <https://www.apnews.com/b0cf49ba3858406ab6019d85d58468eb>

Aquino, Tomás de (s. f.). *Summa Theologiae*. Christian Classics Ethereal Library. <https://www.ccel.org/ccel/aquinas/summa>

Aquino, Tomás de ([1256-1259]1998). *On Truth*. En Thomas Aquinas, *Selected Writings* (pp. 17, art. 2). Londres: Penguin.

Arneson, Richard J. (2003). Liberal neutrality on the good: an autopsy. En S. Wall y G. Klosko (Eds.), *Perfectionism and Neutrality* (pp. 191-218). Lanham, MD: Rowman y Littlefield.

Arras, John D. (1991). Getting down to cases: the revival of casuistry in bioethics. *Journal of Medicine and Philosophy*, 16, 29-51.

Asociación Británica de Cirujanos Plásticos Estéticos. *Código de Conducta*. https://baaps.org.uk/_userfiles/pages/files/code_of_conduct_current_1.pdf

Asociación de Cirujanos Plásticos de Estados Unidos [American Society of Plastic Surgeons]. *Plastic Surgery Statistics Report*. <https://www.plasticsurgery.org/documents/News/Statistics/2020/plastic-surgery-statistics-full-report-2020.pdf>

Asociación Médica Australiana [Australian Medical Association] (2018). *Australian Standards of Care and Treatment Guidelines for Trans and Gender Diverse Children and Adolescents*. https://auspath.org.au/wp-content/uploads/2021/10/australian-standards-of-care-and-treatment-guidelines-for-trans-and-gender-diverse-children-and-adolescents_v1-3.pdf

Asociación Médica Británica [British Medical Association] (2017). *Decriminalisation of abortion: A discussion paper from the BMA*. <https://www.bma.org.uk/media/1142/bma-paper-on-the-decriminalisation-of-abortion-february-2017.pdf>

Asociación Médica Británica [British Medical Association] (6 de diciembre de 2018). *Expression of doctors' beliefs*. <https://www.bma.org.uk/advice/employment/ethics/expressions-of-doctors-beliefs>

Asociación Médica Británica [British Medical Association] (2020, actualización). *The law and ethics of abortion*. <https://www.bma.org.uk/media/3307/bma-view-on-the-law-and-ethics-of-abortion-sept-2020.pdf>

Asociación Médica Británica [British Medical Association] (8 de junio de 2024). *Inclusive care of trans and non-binary patients*. <https://www.bma.org.uk/advice-and-support/equality-and-diversity-guidance/lgbtplus-equality-in-medicine/inclusive-care-of-trans-and-non-binary-patients>

Asociación Médica de Estados Unidos [American Medical Association] (AMA) (2001). *Principles of Medical Ethics*. https://www.capda.ca/_Library/resources_ethics_codes_and_practice_guidelines/american-medical-association-principles-of-medical-ethics-current-2001.pdf

Asociación Médica de Estados Unidos [American Medical Association] (AMA) (2018). *Physician exercise of conscience*. <https://www.ama-assn.org/delivering-care/ethics/physician-exercise-conscience>

Asociación Médica de Estados Unidos [American Medical Association] (AMA) (2019). *Position Statement: Conscientious Objection*. <https://ama.com.au/system/tdf/documents/AMA%20Position%20Statement%20on%20Conscientious%20Objection%202019.pdf?file=1y type=nodey id=50323>

Asociación Médica de Estados Unidos [American Medical Association] (AMA). *Code of Medical Ethics*. <https://codemedical-ethics.ama-assn.org/ethics-opinions/abortion>

Asociación Médica de Estados Unidos [American Medical Association] (AMA) (15 de junio de 2021). *AMA reinforces opposition to restrictions on transgender medical care*. <https://www.ama-assn.org/press-center/press-releases/ama-reinforces-opposition-restrictions-transgender-medical-care>

Asociación Médica de Estados Unidos [American Medical Association] (AMA) (2022). *Code of Medical Ethics, Opinion 4.2.7*. <https://policysearch.ama-assn.org/policyfinder/detail/abortion?uri=%2FAMADoc%2FEthics.xml-E-4.2.7.xml>

Asociación Médica de Estados Unidos [American Medical Association] (AMA). *Policy H 475.992:7*. <https://www.providencehealthplan.com/media/providence/website/pdfs/providers/medical-policy-and-provider-information/medical-policies/mp98.pdf>

Asociación Médica Mundial [World Medical Association] (1948–2017). *Declaration of Geneva*. <https://www.wma.net/wp-content/uploads/2016/11/Decl-of-Geneva-v2006.pdf>

Asociación Médica Mundial [World Medical Association] (2018). *WMA Statement on Medically Indicated Termination of Pregnancy*. <https://www.wma.net/policies-post/wma-declaration-on-therapeutic-abortion/>

Awoonor-Williams, John Koku; Baffoe, Peter; Ayivor, Paul K., et al. (2018). *Prevalence of conscientious objection to legal abortion among clinicians in northern Ghana*. *International Journal of Gynecology and Obstetrics*, 140(1), 31–36. <https://doi.org/10.1002/ijgo.12337>

Baker, Robert (2013). *Before Bioethics: A History of American Medical Ethics from the Colonial Period to the Bioethics Revolution*. Nueva York: Oxford University Press.

Barrett, Helen (12 de septiembre de 2017). *Plan for five careers in a lifetime*. *Financial Times*. <https://www.ft.com/content/0151d2fe-868a-11e7-8bb1-5ba57d47eff7>

Baruch, Susannah; Kaufman, David y Hudson, Kathy L. (2008). Genetic testing of embryos: practices and perspectives of US IVF clinics. *Fertility and Sterility*, 89, 1053–1058.

Bavelier, Daphne; Savulescu, Julian; Fried, Linda P. et al. (2019). Rethinking human enhancement as collective welfarism. *Nature Human Behaviour*, 3(3), 204–206.

Beauchamp, Tom L. (2003). Methods and principles in biomedical ethics. *Journal of Medical Ethics*, 29, 269–274.

- Beauchamp, Tom L. y Childress, James F. (2009). *The Principles of Biomedical Ethics* (6ª ed.). Nueva York: Oxford University Press.
- Benn, Piers (2005). The role of conscience in medical ethics. En Nafsika Athanassoulis (Ed.), *Philosophical Reflections on Medical Ethics* (pp. 160–179). Basingstoke: Palgrave Macmillan.
- Bird, B. (26 de enero de 2019). *Physicians in Canada should be moral actors, not robotic bureaucrats*. *CBC News*. <https://www.cbc.ca/news/opinion/physician-referrals-1.4991723>
- Blackford, Russell y Schüklenk, Udo (2021). *Religion at work in bioethics and biopolitics: Christian bioethicists, secular language, suspicious orthodoxy*. *Journal of Medicine and Philosophy*, 46(2), 169–187.
- Blackmer, John (2007). *Clarification of the CMA's position concerning induced abortion*. *Canadian Medical Association Journal*, 176, 1310.
- Blackshaw, Bruce Philip y Rodger, Daniel (2020). *Questionable benefits and unavoidable personal beliefs: Defending conscientious objection for abortion*. *Journal of Medical Ethics*, 46(3), 178–182.
- Boorse, Christopher (1977). *Health as a theoretical concept*. *Philosophy of Science*, 44(4), 542–573.
- Bouchard, Timothy P. (2016). *Respecting diversity: Tolerating conscientious objection*. *Canadian Medical Association Journal*, 188, 1339.
- Brock, Dan W. (2008). *Conscientious refusal by physicians and pharmacists: Who is obligated to do what, and why?* *Theoretical Medicine and Bioethics*, 29(3), 187–200.
- Brummett, Abram (2020). *Should positive claims of conscience receive the same protection as negative claims of conscience? Clarifying the asymmetry*. *Journal of Clinical Ethics*, 30(2), 136-142.
- Brummett, Abram y Campo-Engelstein, Lisa (2021). *Conscientious objection and LGBTQ discrimination in the United States*. *Journal of Public Health Policy*, 42(2), 322-330.

Brummett, Abram (2021). *When conscientious objection runs amok: a physician refusing HIV preventative to a bisexual patient*. *Clinical Ethics*, 16(2), 151-154.

Butler, Joseph (1726). *Fifteen Sermons Preached in the Rolls Chapel*. *Christian Classics Ethereal Library, Sermón 3(3)*. <https://www.ccel.org/ccel/butler/sermons.pdf> Christian Classics Ethereal Library+1

Callahan, Daniel (1973). *The WHO definition of "health"*. *Hastings Center Studies*, 77-87.

Callahan, Daniel (1990). *Ethics without principles*. *Journal of Medicine and Philosophy*, 15, 23-26.

Callahan, Daniel (1995). *Setting Limits: Medical Goals in an Aging Society with "A Response to My Critics"*. Washington, DC: Georgetown University Press.

Callahan, Daniel (2019). *When self-determination runs amok*. En M. Battin y L. Francis (Eds.), *Death, Dying and the Ending of Life* (Vol. 2, pp. 265; vol. 2, 268). Nueva York: Routledge.

Card, Robert F. (2007). *Conscientious objection and emergency contraception*. *American Journal of Bioethics*, 7(6), 8-14.

Card, Robert F. (2014). *Reasonability and conscientious objection in medicine: A reply to Marsh and an elaboration of the reason-giving requirement*. *Bioethics*, 28(6), 320-326.

Card, Robert F. (2020). *A New Theory of Conscientious Objection in Medicine: Justification and Reasonability*. Nueva York: Routledge.

Casas Becerra, Lidia (2009). *Invoking conscientious objection in reproductive health care: Evolving issues in Peru, Mexico and Chile*. *Reproductive Health Matters*, 17(34), 78-87.

Casavant, Vanessa R. (16 de agosto de 2005). *Catman's transformation raises concerns over extreme surgery*. *The Seattle Times*. <https://www.seattletimes.com/seattle-news/catmans-transformation-raises-concerns-over-extreme-surgery/>

Cavanaugh, Timothy A. (2017). *Hippocrates' Oath and Asclepius' Snake: The Birth of the Medical Profession*. Nueva York: Oxford University Press.

- Centro de Derechos Reproductivos [Center for Reproductive Rights] Centro de Derechos Reproductivos, Z. v. Polonia, (Tribunal Europeo de Derechos Humanos)1(de septiembre de 2008). <https://reproductiverights.org/case/z-v-poland-european-court-of-human-rights/>
- Chavkin, Wendy; Leitman, Liddy y Polin, Kate (2013). *Conscientious objection and refusal to provide reproductive health care: A white paper examining prevalence, health consequences, and policy responses*. *International Journal of Gynecology and Obstetrics*, 123(S3), S41–S56.
- Chavkin, Wendy; Stifani, Bianca M.; Bridgman-Packer, David, et al. (2018). *Implementing and expanding safe abortion care: An international comparative study of six countries*. *International Journal of Gynecology and Obstetrics*, 143, 3–11.
- Chavkin, Wendy; Swerdlow, Laurel y Fifield, Jocelyn. (2017). *Regulation of conscientious objection to abortion: an international comparative multiple-case study*. *Health and Human Rights Journal*, 19(1), 55–68.
- Childress, James F. (1979). *Appeals to conscience*. *Ethics*, 89(4), 315–355.
- Childress, James F. (1990). *Methods in bioethics: the way we reason now*. *Journal of Medicine and Philosophy*, 15, 125–131.
- Chin, James J. (2001). *Doctor-patient relationship: a covenant of trust*. *Singapore Medical Journal*, 42(12), 579–581.
- Cliffe, Charlotte (2018). *A British doctor's duty to offer help in emergencies outside of a clinical setting*. *Journal of Patient Safety and Risk Management*, 23(4), 149–153.
- Clouser, Kenneth D. y Gert, Bernard (1990). *A critique of principlism*. *Journal of Medicine and Philosophy*, 15(2), 219–236.
- Coalición Internacional para la Salud de las Mujeres [International Women's Health Coalition]; Mujery Salud en Uruguay (2018). *Unconscionable: When Providers Deny Abortion Care*. Nueva York: IWHC.
- Colegio de Médicos y Cirujanos de Ontario [College of Physicians and Surgeons of Ontario]. (diciembre de 2018). *Medical Assistance in Dying*. <https://www.cpso.on.ca/Physicians/Policies-Guidance/Policies/Medical-Assistance-in-Dying>

Colegio Médico de Obstetras y Ginecólogos de Estados Unidos [American College of Obstetricians and Gynecologists] (ACOG) (23 de mayo de 2022). *Understanding ACOG's Policy on Abortion*. <https://www.acog.org/news/news-articles/2022/05/understanding-acog-policy-on-abortion>

Coalición Internacional para la Salud de las Mujeres [International Women's Health Coalition] Mujer y Salud en Uruguay. (2018). *Unconscionable: When Providers Deny Abortion Care* [Inacceptable: cuando los proveedores niegan la atención del aborto]. Nueva York: IWHC.

Consejo de Bioética de Nuffield [Nuffield Council on Bioethics] (2017, marzo). *Non-Invasive Prenatal Testing: Ethical Issues* <https://www.nuffieldbioethics.org/publication/non-invasive-prenatal-testing-ethical-issues/> Nuffield Council on Bioethics+1

Consejo Médico General [General Medical Council] (GMC) (2013). *Personal Beliefs and Medical Practice*. <https://www.gmc-uk.org/ethical-guidance/ethical-guidance-for-doctors/personal-beliefs-and-medical-practice/personal-beliefs-and-medical-practice> gmc-uk.org+1

Consejo Médico General [General Medical Council] (GMC) (2018). *The State of Medical Education and Practice in the UK 2018*. Londres: GMC. https://www.gmc-uk.org/-/media/gmc-site/about/what-we-do-and-why/data-and-research/somep-2018/somep-2018-exec-summary_2.pdf

Constitución de los Estados Unidos - Primera Enmienda (s. f.). https://usconstitution.net/xconst_Am1.html

Cook, Rebecca J. y Dickens, Bernard M. (2006). *The growing abuse of conscientious objection*. *AMA Journal of Ethics*, 8(5), 337-340.

Curlin, Farr y Tollefsen, Christopher (2021). *The Way of Medicine: Ethics and the Healing Profession*. Notre Dame: University of Notre Dame Press.

D'Arcy, Joseph Eric (1961). *Conscience and Its Right to Freedom*. Nueva York: Sheed y Ward.

Davis, Katrina (2016). *Revisiting feminist debates on cosmetic surgery: some reflections on suffering, agency, and embodied difference*. En *Cosmetic Surgery* (pp. 35-47). Nueva York: Routledge.

- División de Empleo, Departamento de Recursos Humanos de Oregón contra Smith [Employment Division, Department of Human Resources of Oregon v. Smith] (1990).
- Devlin, Patrick B. (1965). *The Enforcement of Morals*. Oxford: Oxford University Press.
- Dworkin, Ronald (1989). *The original position*. En N. Daniels (Ed.), *Reading Rawls* (pp. 16–52). Palo Alto, CA: Stanford University Press.
- Earp, Brian D. y Savulescu, Julian (2020). *Love Is the Drug: The Chemical Future of Our Relationships*. Manchester: Manchester University Press.
- Engelhardt, H. Tristram, Jr. (1996). *The Foundations of Bioethics* (2ª ed.). Nueva York: Oxford University Press.
- Engelhardt, H. Tristram, Jr. (2011). *Confronting moral pluralism in post-traditional western societies*. *Journal of Medicine and Philosophy*, 36(3), 243–260. <https://doi.org/10.1093/jmp/jhr021>
- Erdely, Sabrina R. (22 de junio de 2007). *Doctors' beliefs can hinder patient care*. NBC News. http://www.nbcnews.com/id/19190916/ns/health-womens_health/t/doctors-beliefs-can-hinder-patient-care/
- United States v. Lee* (1982).
- Faundes, Aníbal, Comendant, Rodica, Dilbaz, Berna, et al. (2020). *Preventing unsafe abortion: achievements and challenges of a global FIGO initiative*. *Best Practice and Research Clinical Obstetrics and Gynaecology*, 62, 101–112. <https://doi.org/10.1016/j.bpobgyn.2019.07.001>
- Federación Internacional de Ginecólogos y Obstetras (2015). *Ethical Issues in Obstetrics and Gynecology*. <https://www.figo.org/sites/default/files/uploads/wg-publications/ethics/FIGO%20Ethical%20Issues%202015.pdf4893.pdf>
- Federación Internacional de Ginecología y Obstetricia [International Federation of Gynecology and Obstetrics] (2022). *As the US Supreme Court overturns Roe v. Wade, global health care organisations call on all governments to defend access to safe and quality abortion care*. <https://www.figo.org/us-supreme-court-overturns-roe-v-wade-global-organisations-defend-abortion>

Fernández Lynch, Holly (2008). *Conflicts of Conscience in Health Care: An Institutional Compromise*. Cambridge, MA: MIT Press.

Fiala, Christian; Gemzell Danielsson, Kristina; Heikinheimo, Oskari, et al. (2016). *Yes we can! Successful examples of disallowing 'conscientious objection' in reproductive health care*. *European Journal of Contraception and Reproductive Health Care*, 21(3), 201–206.

Forst, Rainer (2017). *Toleration* (E. N. Zalta, Ed.). The Stanford Encyclopedia of Philosophy. <https://plato.stanford.edu/archives/fall2017/entries/toleration/>

Fox, Dov (2 de julio de 2022). *Medical disobedience*. *Harvard Law Review*, 136, 1032–1111.

Franssen, Maarten; Lokhorst, Gert-Jan y van de Poel, Ibo (2023). *Philosophy of technology*. En E. N. Zalta y U. Nodelman (Eds.), *The Stanford Encyclopedia of Philosophy*. <https://plato.stanford.edu/archives/spr2023/entries/technology/>

Freud, Sigmund ([1929] 2000). *Civilization and Its Discontents* (trad. J. Riviere). Londres: Hogarth Press.

Gert, Bernard; Culver, Charles M. y Clouser, K. Danner (1997). *Bioethics: A Return to Fundamentals*. Nueva York: Oxford University Press.

Giubilini, Alberto (2014). *The paradox of conscientious objection and the anemic concept of 'conscience': downplaying the role of moral integrity in health care*. *Kennedy Institute of Ethics Journal*, 24(2), 159–185.

Giubilini, Alberto (2017). *Objection to conscience: an argument against conscience exemptions in healthcare*. *Bioethics*, 31(5), 400–408.

Giubilini, Alberto (2019). *The Ethics of Vaccination*. Cham: Palgrave MacMillan.

Giubilini, Alberto (2020). *Conscientious objection in healthcare: neither a negative nor a positive right*. *Journal of Clinical Ethics*, 31(2), 146–153.

Giubilini, Alberto; Milnes, S. y Savulescu, Julian (2016). *The medical ethics curriculum in medical schools: present and future*. *Journal of Clinical Ethics*, 27(2), 129–145.

- Giubilini, Alberto; Schuklenk, Udo; Minerva, Francesca et al. (2024). *Conscientious commitment, professional obligations, and abortion provision after the reversal of Roe v. Wade*. *Journal of Medical Ethics*, 50, 351–358.
- Glover, Jonathan (1977). *Causing Death and Saving Lives*. Londres: Penguin Books.
- Gobierno Italiano. Ministerio de la Salud (2020). Relazione del ministro della salute sulla attuazione della legge contenente norme per la tutela sociale della maternità e per l'interruzione volontaria di gravidanza (legge 194/78)—dati definitivi 2020. <https://www.salute.gov.it/new/it/pubblicazione/relazione-ministro-salute-attuazione-legge-19478-tute-la-sociale-maternita-e-19/>
- Gobierno de Victoria, Australia [Victorian Government] (2008). *Assisted Reproductive Treatment Act 2008*. <https://content.legislation.vic.gov.au/sites/default/files/2020-07/08-76aa024%20authorised.pdf>
- Gobierno del Reino Unido [UK Government] (2008). *Human Fertilisation and Embryology Act 2008*. <https://www.legislation.gov.uk/ukpga/2008/22>
- Golombok, Susan; Blake, Lucy; Slutsky, Jenna, et al. (2018). *Parenting and the Adjustment of Children Born to Gay Fathers through Surrogacy*. *Child Development*, 89(4), 1223–1233. <https://doi.org/10.1111/cdev.12728>
- Grant, K. (3 de julio de 2017). *Canadian doctors turn away from assisted dying over fees*. *Globe and Mail*. <https://www.theglobeandmail.com/news/national/payment-complications-turning-canadian-doctors-away-from-assisted-dying/article35538666/#:~:text=The%20local%20health%20authority%20that,fees%2C%20the%20other%20time%20constraints>
- Gray (2000). [2000] QSC 390.
- Green, Emma (19 de abril de 2016). *When doctors refuse to treat LGBT patients*. *The Atlantic*. <https://www.theatlantic.com/health/archive/2016/04/medical-religious-exemptions-doctors-therapists-mississippi-tennessee/478797/>
- Handler, Thomas; Hojilla, Jae C.; Varghese, Rincey, et al. (2019). *Trends in referrals to a pediatric transgender clinic*. *Pediatrics*, 144(5), e20191368. <https://doi.org/10.1542/peds.2019-1368>

Hart, Herbert Lionel Adolphus (1967). *Social solidarity and the enforcement of morality*. *University of Chicago Law Review*, 35(1), 1–13.

Hume, David (1738–1740). *A Treatise of Human Nature*.

Informe de la Comisión de Calidad de la Atención sobre el servicio de identidad de género para adultos. (2018). <https://www.cqc.org.uk/provider/RNK/inspection-summary#genderis>

Ingelfinger, Julie R. (2018). *A remembrance of life before Roe v. Wade*. *New England Journal of Medicine*, 379, 708–709. <https://doi.org/10.1056/NEJMp1807272>

Irwig, Michael S. (2022). *Detransition among transgender and gender-diverse people—an increasing and increasingly complex phenomenon*. *Journal of Clinical Endocrinology and Metabolism*, 107(10), e4261–e4262. <https://doi.org/10.1210/clinem/dgac302>

Joffe, Carole E. (1995). *Doctors of Conscience: The Struggle to Provide Abortion before and after Roe v. Wade*. Boston: Beacon Press.

Jonsen, Albert R. (1991). *Of balloons and bicycles—or the relationship between ethical theory and practical judgment*. *Hastings Center Report*, 21(5), 14–16.

Jonsen, Albert R. y Toulmin, Stephen (1988). *The Abuse of Casuistry: A History of Moral Reasoning*. Berkeley: University of California Press.

Juan Pablo II (1995). *Evangelium Vitae*. Ciudad del Vaticano: Libreria Editrice Vaticana, párr. 24. http://w2.vatican.va/content/john-paul-ii/en/encyclicals/documents/hf_jp-ii_enc_06081993_veritatis-splendor.html

Kant, Immanuel (1797/1991). *The Metaphysics of Morals*. Cambridge: Cambridge University Press.

Kass, Leon R. (1975). *Regarding the end of medicine and the pursuit of health*. *Public Interest*, 40, 11–42.

Kolers, Avery (2014). *Am I my profession's keeper?* *Bioethics*, 28, 1–7.

Laabs, Cheryl A. (2020). *Prenatal genetic screening and potential complicity in abortion: considerations for Catholic health care*. *Linacre Quarterly*, 87(2), 206–217.

- Laurance, Lucy (15 de mayo de 2019). *Ontario appeals court rules Christian doctors must participate in abortion, euthanasia*. Lifesite. <https://www.lifesitenews.com/news/breaking-ontario-appeals-court-rules-christian-doctors-must-participate-in-abortion-euthanasia>
- Lawrence, Matthew R. E. y Curlin, Farr A. (2009). *Physicians' beliefs about conscience in medicine: a national survey*. *Academic Medicine: Journal of the Association of American Medical Colleges*, 84(9), 1276.
- Legislatura de Mississippi (2016). *Proyecto de Ley 1523* [House Bill 1523]. <http://billstatus.ls.state.ms.us/documents/2016/pdf/HB/1500-1599/HB1523SG.pdf>
- Leiter, Brian (2014). *Why Tolerate Religion?*. Princeton: Princeton University Press.
- Lemma, Alessandra y Savulescu, Julian (2023). *To be, or not to be? The role of the unconscious in transgender transitioning: identity, autonomy and wellbeing*. *Journal of Medical Ethics*, 49, 65–72.
- Lewis, Jonathan y Schuklenk, Udo (2022). *Principlist pandemics: on fraud, ethical guidelines, and the importance of procedural transparency*. En Michael Boylan (ed.), *Ethical Public Health Policy within Pandemics* (pp. 131–148). Cham, Suiza: Springer.
- Ley de consentimiento para la atención sanitaria [*Health Care Consent Act, 1996*]. S.O. 1996, c. 2, Sched. A. <https://www.ontario.ca/laws/statute/96h02>
- Liao, S. Matthew; Savulescu, Julian y Sheehan, Mark (2007). *The Ashley treatment: Best interests, convenience, and parental decision-making*. *Hastings Center Report*, 37(2), 16–20.
- Locke, John. (1983 [1689]). *A Letter Concerning Toleration*. Indianapolis, IN: Hackett Publishing Company.
- Loriggia, Paula (1 de febrero de 2018). *Ontario doctors who object to treatment on moral or religious grounds must provide referral: court*. *Toronto Star*. <https://www.thestar.com/news/canada/2018/01/31/ontario-doctors-who-object-to-treatment-on-moral-or-religious-grounds-must-give-referral-court.html>

MacCallum, Fiona y Widdows, Heather (2018). *Altered images: Understanding the influence of unrealistic images and beauty aspirations*. *Health Care Analysis*, 26, 235-245.

Maclure, Jocelyn (2011). *Reasonable accommodations and the subjective conception of freedom of conscience and religion*. En A. Eisenberg y W. Kymlicka (Eds.), *Identity Politics in the Public Realm: Bringing Institutions Back In* (pp. 260-280). Vancouver: University of British Columbia Press.

Maclure, Jocelyn y Dumont, Isabelle (2017). *Selling conscience short: A response to Schuklenk and Smalling on conscientious objections by medical professionals*. *Journal of Medical Ethics*, 43, 241-244.

Magelssen, Morten (2012). *When should conscientious objection be accepted?* *Journal of Medical Ethics*, 38(1), 18-21.

Marsh, J. (2014). *Conscientious refusals and reason-giving*. *Bioethics*, 28(6), 313-319.

Maslen, Hannah, Savulescu, Julian y Hunt, Carin (2020). *Praiseworthiness and motivational enhancement: "No pain, no praise"?* *Australasian Journal of Philosophy*, 98(2), 304-318.

May, Stephen C. (2005). *Principled compromise and the abortion controversy*. *Philosophy and Public Affairs*, 33(4), 317-348.

McCarthy, Michael (2015). *US navy will not discharge nurse who refused to force feed Guantánamo prisoners*. *British Medical Journal*, 350, h2726. <https://doi.org/10.1136/bmj.h2726>

McConnell, Duncan (2021). *Conscientious objection in health care: Pinning down the reasonability view*. *Journal of Medicine and Philosophy*, 46(1), 37-57. <https://doi.org/10.1093/jmp/jhaa035>

McCullough, Laurence B. (Ed.). (1989). *John Gregory's Writings on Medical Ethics and Philosophy of Medicine*. Dordrecht: Springer.

McLeod, Carolyn (2020). *Conscience in Reproductive Health Care: Prioritizing Patient Interest*. Toronto: Oxford University Press.

Mehlman, Maxwell J. (2015). *Why physicians are fiduciaries for their patients*. *Indiana Health Law Review*, 12(1), 2-64.

- Minerva, Francesca (2015). *Conscientious objection in Italy*. *Journal of Medical Ethics*, 41, 170–173.
- Minerva, Francesca (2017). *Conscientious objection, complicity in wrongdoing, and a not-so-moderate approach*. *Cambridge Quarterly of Health Care Ethics*, 26(1), 109–119.
- Montero, Andrea y Villarroel, Rodrigo (2018). *A critical review of conscientious objection and decriminalisation of abortion in Chile*. *Journal of Medical Ethics*, 44, 279–283.
- Morgan, Kathryn Pauly (1991). *Women and the knife: Cosmetic surgery and the colonization of women's bodies*. *Hypatia*, 6(3), 25–53.
- Munthe, Christian (2017). *Conscientious refusal in health care: The Swedish solution*. *Journal of Medical Ethics*, 43, 257–259.
- Myers, Christopher, y Woods, Robert (2007). *Conscientious objection? Yes, but make sure it is genuine*. *American Journal of Bioethics*, 7(12), 19–20.
- Naciones Unidas [United Nations]. (1948). *Universal Declaration of Human Rights*. <https://www.un.org/en/about-us/universal-declaration-of-human-rights>
- NeJaime, Douglas y Siegel, Reva B. (2015). *Conscience wars: Complicity-based conscience claims in religion and politics*. *Yale Law Journal*, 124, 2516–2591.
- NeJaime, Douglas y Siegel, Reva B. (2018). *Conscience wars in transnational perspective: Religious liberty, third-party harm, and pluralism*. En Susanna Mancini y Michel Rosenfeld (Eds.), *The Conscience Wars: Rethinking the Balance between Religion, Identity, and Equality*. Cambridge: Cambridge University Press.
- New York Times* (5 de enero de 2007). *Parents halt growth of “pillow angel” with disabilities—Americas—International Herald Tribune*. <https://www.nytimes.com/2007/01/05/world/americas/05iht-ashley.4116340.html>
- Observer staff (31 de julio de 2000). *What should plastic surgeons do when crazy patients demand work? The Observer*.
- Oderberg, David S. (2018). *Opting Out: Conscience and Cooperation in a Pluralistic Society*. Londres: London Publishing Partnership.

Organización Mundial de la Salud [World Health Organization]. (s. f.). *Constitution*. <https://www.who.int/about/governance/constitution>

Organización Mundial de la Salud [World Health Organization]. (2022). *Abortion Care Guideline*. Ginebra: OMS. <https://www.who.int/publications/i/item/9789240039483>

Pacto Internacional de Derechos Civiles y Políticos [International Covenant on Civil and Political Rights]. (16 de diciembre de 1966). Resolución 2200A (XXI) de la Asamblea General, GAOR de las Naciones Unidas, 21.^a sesión, Suplemento n.º 16, p. 52, Documento de la ONU A/6316 (1966), 999 U.N.T.S. 171.

Pampuro, Amanda (22 de agosto). *Terminally ill man sues hospital over aid-in-death medication*. *Courthouse News Service*. <https://www.courthousenews.com/terminally-ill-man-sues-hospital-over-aid-in-death-medication/>

Parfit, Derek (1984). *Reasons and Persons*. Oxford: Oxford University Press.

Pellegrino, Edmund D. (2000). *One hundred fifty years later: The moral status and relevance of the AMA Code of Ethics*. En Robert B. Baker, Arthur L. Caplan, Linda L. Emanuel, y Stephen R. Latham (Eds.), *The American Medical Ethics Revolution: How the AMA's Code of Ethics Has Transformed Physicians' Relationships to Patients, Professionals, and Society*. Baltimore, MD: Johns Hopkins University Press.

Pellegrino, Edmund D. (2002). *The physician's conscience, conscience clauses, and religious belief: A Catholic perspective*. *Fordham Urban Law Journal*, 30, 221–244.

Persson, Ingmar (2022). *What is special about conscientious objection*. *Bioethics*, 36(4), 374–380.

Persson, Ingmar y Savulescu, Julian (2012). *Unfit for the Future: The Need for Moral Enhancement*. Oxford: Oxford University Press.

What Would You Do? Living Organ Donor (6 de mayo de 2012). [Video]. *YouTube*. <https://www.youtube.com/watch?v=HuQQ-UlsYvE>

Pichon and Sajous v. France (2001). *European Court of Human Rights Reports*, 2001-X Eur. Ct. H.R.

- Pruski, Marcin (2021). Reply to: Beyond money: conscientious objection in medicine as a conflict of interests. *Journal of Bioethical Inquiry*, 18(1), 177–180. <https://doi.org/10.1007/s11673-020-10076-8>
- Raphael, David Daiches (2007). *The Impartial Spectator: Adam Smith's Moral Philosophy*. Oxford: Oxford University Press.
- Ratzinger, Joseph (1991). Conscience and truth. *Communio*, 37(4), 529–538.
- Rawls, John (1971). *A Theory of Justice* (2.^a ed., 1999). Cambridge, MA: Harvard University Press.
- Rawls, John (1996). *Political Liberalism*. Nueva York: Columbia University Press.
- Rawls, John. (2005). *Political Liberalism* (ed. ampliada). Nueva York: Columbia University Press.
- Re J (A Minor) (Wardship: Medical Treatment). [1990] 3 All ER 930; [1991] Fam 33 (CA).
- Rapid Responses*. (s. f.). *British Medical Journal*. <https://www.bmj.com/content/332/7536/294/rapid-responses>
- Rhodes, Rosamond (2006). The ethical standard of care [El estándar ético de la atención]. *American Journal of Bioethics*, 6(2), 76–78.
- Rhodes, Rosamond (2019). Conscience, conscientious objection, and toleration. *Theoretical Medicine and Bioethics*, 40(6), 487–506. <https://doi.org/10.1007/s11017-019-09508-4>
- Richardson, Henry S. (2000). Specifying, balancing, and interpreting bioethical principles. *Journal of Medicine and Philosophy*, 25(3), 285–307. <https://doi.org/10.1076/jmep.25.3.285.12075>
- Rousseau, Jean-Jacques ([1762]1921). *Emile: or On Education* (trad. Barbara Foxley). Londres: J. M. Dent.
- Saad, Toni (2018). Mistakes and missed opportunities regarding cosmetic surgery and conscientious objection. *Journal of Medical Ethics*, 44(9), 649–650. <https://doi.org/10.1136/medethics-2017-104740>
- Savulescu, Julian (1996). Altruism by proxy: volunteering children for bone marrow donation: substantial harm but substantial benefit.

British Medical Journal, 312 (7025), 241–242. <https://doi.org/10.1136/bmj.312.7025.241>

Savulescu, Julian (1999). Sex selection: the case for. *Medical Journal of Australia*, 171(7), 373–375. <https://doi.org/10.5694/j.1326-5377.1999.tb123737>.

Savulescu, Julian (2001). Resources, Down's syndrome, and cardiac surgery: do we really want "equality of access"? *British Medical Journal*, 322(7291), 875–876. <https://doi.org/10.1136/bmj.322.7291.875>

Savulescu, Julian (2006). Conscientious objection in medicine. *British Medical Journal*, 332(7536), 294–297. <https://doi.org/10.1136/bmj.332.7536.294>

Savulescu, Julian y Bostrom, Nick (Eds.). (2009). *Human Enhancement*. Oxford: Oxford University Press.

Savulescu, Julian, Foddy, Bennett, y Clayton, Megan (2004). Why we should allow performance enhancing drugs in sport. *British Journal of Sports Medicine*, 38(6), 666–670. <https://doi.org/10.1136/bjism.2003.005249>

Savulescu, Julian; Gyngell, Christopher, y Kahane, Guy (2021). Collective Reflective Equilibrium in Practice (CREP) and controversial novel technologies. *Bioethics*, 35(7), 652–663. <https://doi.org/10.1111/bioe.12882>

Savulescu, Julian; Kahane, Guy y Gyngell, Christopher (2019). From public preferences to ethical policy. *Nature Human Behavior*, 3(11), 1241–1243. <https://doi.org/10.1038/s41562-019-0721-0>

Savulescu, Julian, y Schuklenk, Udo (2017). Doctors have no right to refuse medical assistance in dying, abortion or contraception. *Bioethics*, 31(3), 162–170. <https://doi.org/10.1111/bioe.12288>

Savulescu, Julian y Singer, Peter (2019). An ethical pathway for gene editing. *Bioethics*, 33(2), 221–222. <https://doi.org/10.1111/bioe.12525>

Sajej, Nadja (15 de enero de 2016). ORLAN: "I walked a long way for women". *The Guardian*. <https://www.theguardian.com/artanddesign/2016/jan/15/orlan-i-walked-a-long-way-for-women>

Siegel, Reva B., y NeJaime, Douglas (29 de junio de 2015). Conscience and the culture wars. *The American Prospect*. <https://prospect.org/article/conscience-and-culture-wars>

- Scientific American* (26 de septiembre de 2005). Fill this prescription. <https://www.scientificamerican.com/article/fill-this-prescription/>
- Scheper, Anne (2019). AMA policies and code of medical ethics' opinions related to human genome editing. *AMA Journal of Ethics*, 21(12), E1056–E1058. <https://doi.org/10.1001/amajethics.2019.1056>
- Schiller, Catharine J. (2017). Medical assistance in dying in Canada: Focus on rural communities. *Journal for Nurse Practitioners*, 13(9), 628–634. <https://doi.org/10.1016/j.nurpra.2017.07.008>
- Schramme, Thomas (2023). Health as complete well-being: The WHO definition and beyond. *Public Health Ethics*, 16(3), 210–218. <https://doi.org/10.1093/phe/phad017>
- Schuklenk, Udo (2000). *Access to experimental drugs in terminal illness: Ethical issues*. Londres: CRC Press.
- Schuklenk, Udo (2016). Accommodating conscientious objection in medicine - Private ideological convictions must not trump professional obligations. *Journal of Clinical Ethics*, 27(3), 227–232.
- Schuklenk, Udo (2020). What healthcare professionals owe us: Why their duty to treat during a pandemic is contingent on personal protective equipment. *Journal of Medical Ethics*, 46(7), 432–435. <https://doi.org/10.1136/medethics-2020-106278>
- Schuklenk, Udo y Lowry, C. (2009). Terminal illness and access to phase 1 experimental agents, surgeries and devices: Reviewing the ethical arguments. *British Medical Bulletin*, 89(1), 7–22. <https://doi.org/10.1093/bmb/ldn042>
- Schuklenk, Udo y Smalling, Rebecca (2017). The moral case for granting catastrophically ill patients the right to access unregistered medical interventions. *Journal of Law, Medicine and Ethics*, 45(3), 382–391. <https://doi.org/10.1177/1073110517737541>
- Schuklenk, Udo y Zhang, E. Y. (2014). Public health ethics and obesity prevention: The trouble with data and ethics. *Monash Bioethics Review*, 32(1–2), 121–140. <https://doi.org/10.1007/s40592-014-0015-2>

Sepper, Elizabeth (2012). Taking conscience seriously. *Virginia Law Review*, 98(8), 1501–1575. <https://www.virginialawreview.org/articles/taking-conscience-seriously/>

Servicio de Salud Pública de los Estados Unidos [U.S. Public Health Service] (28 de mayo de 2020). Overview: Gender dysphoria. <https://www.nhs.uk/conditions/gender-dysphoria/#:~:text=Gender%20dysphoria%20is%20a%20term,harmful%20impact%20on%20daily%20life>

Servicio de Salud Pública de los Estados Unidos [U.S. Public Health Service]. (2021). Preexposure prophylaxis for the prevention of HIV infection in the United States—Update. *Centers for Disease Control and Prevention (CDC)*. <https://www.cdc.gov/hiv/pdf/risk/prep/cdc-hiv-prep-guidelines-2021.pdf>

Sher, George (1997). *Beyond neutrality: Perfectionism and politics*. Cambridge: Cambridge University Press.

Siegel, R. B. y D. NeJaime (29 de junio de 2015). *Conscience and the culture wars*. *American Prospect*. <https://prospect.org/article/conscience-and-culture-wars>.

Singer, Peter (1972). Famine, affluence, and morality. *Philosophy and Public Affairs*, 1(3), 229–243.

Smith, Adam ([1759]1976). *The theory of moral sentiments* (D. D. Raphael y A. L. Macfie, eds.). Oxford: Oxford University Press.

Sociedad Británica de Trasplante [British Transplantation Society]. (2018). Guidelines for living donor kidney transplantation (4th ed.). https://bts.org.uk/wp-content/uploads/2018/07/FINAL_LDKT-guidelines_June-2018.pdf

Sociedad Médica y Dental Cristiana de Canadá v. Colegio de Médicos y Cirujanos de Ontario [Christian Medical and Dental Society of Canada v. College of Physicians and Surgeons of Ontario] (2019). *Ontario Not-for-Profit Corporations Act*.

Somma Caiati, Nadia (20 de octubre de 2016). Aborto, a Catania un'altra donna morta di obiezione di coscienza. *Il fattoquotidiano*. <https://www.il-fattoquotidiano.it/2016/10/20/aborto-a-catania-unaltra-morta-di-obiezione-di-coscienza/3109987/>

- Sorabji, Richard (2014). *Moral conscience through the ages*. Oxford: Oxford University Press.
- Stahl, Robert y Emanuel, Ezekiel (2017). Physicians, not conscripts—Conscientious objection in health care. *New England Journal of Medicine*, 376(14), 1380–1385. <https://doi.org/10.1056/NEJMp1615716>
- Strickland, Samantha (2012). *Conscientious objection in medical students: a questionnaire survey*. *Journal of Medical Ethics*, 38(1), 22-25.
- Strohm, Patrick (2011). *Conscience: A Very Short Introduction*. Nueva York: Oxford University Press.
- Strohinger, Nina, y Nichols, Shaun (2015). *Neurodegeneration and identity*. *Psychological Science*, 26(9), 1469-1479.
- Strong, Christine (2000). *Specified principlism: what is it, and does it really resolve cases better than casuistry?* *Journal of Medicine and Philosophy*, 25, 323-341.
- Stuart Mill, John (2009/1). *On Liberty*. Cambridge: Cambridge University Press.
- Sulmasy, Daniel P. (2008). *What is conscience and why is respect for it so important?* *Theoretical Medicine and Bioethics*, 29(3), 135-149. <https://doi.org/10.1007/s11017-008-9072-2>
- Sulmasy, Daniel P. (2017). *Tolerance, professional judgment, and the discretionary space of the physician*. *Cambridge Quarterly of Health Care Ethics*, 26(1), 18-31.
- Swartz, Martha K. (2006). *Conscience clauses or unconscionable clauses: personal beliefs versus professional responsibilities*. *Yale Journal of Health Policy, Law, and Ethics*, 2, 269-350.
- Swick, Hilton M. (2000). *Toward a normative definition of medical professionalism*. *Academic Medicine*, 75(6), 612-616.
- Syndicat Northcrest v. Amselem*. (2004). 2 S.C.R. 551; SCC 47.
- Takla, Antony, Savulescu, Julian y Wilkinson, Dominic J. C. (2021). *A conscious choice: Is it ethical to aim for unconsciousness at the end of life?* *Bioethics*, 35(3), 284–291.

Tahzib, Collis (2022). *A Perfectionist Theory of Justice*. Nueva York: Oxford University Press.

Tawfik, Lamya (8 de enero de 2023). Strange plastic surgery requests in UAE: When doctors have to say no to makeover wishes. *Khaleej Times*. <https://www.khaleejtimes.com/lifestyle/health/strange-plastic-surgery-requests-in-uae-when-doctors-have-to-say-no-to-makeover-wishes>

Toro-Flores, Rodrigo; Bravo-Agüi, Patricia; Catalán-Gómez, María V., et al. (2019). *Opinions of nurses regarding conscientious objection*. *Nursing Ethics*, 26(4), 1027–1038.

Toulmin, Stephen (1981). *The tyranny of principles*. *Hastings Center Report*, 11(6), 31–39.

Tribunal Europeo de Derechos Humanos. [European Court of Human Rights] 2019. *Guide on Article 9 of the European Convention on Human Rights: Freedom of Thought, Conscience and Religion* [Guía sobre el Artículo 9 del Convenio Europeo de Derechos Humanos: Libertad de Pensamiento, Conciencia y Religión]. https://www.echr.coe.int/Documents/Guide_Art_9_ENG.pdf

Veatch, Robert M. (2012). *Hippocratic, Religious, and Secular Medical Ethics: The Points of Conflict*. Washington, DC: Georgetown University Press.

Wicclair, Mark R. (2000). *Conscientious objection in medicine*. *Bioethics*, 14(3), 205–227.

Wicclair, Mark R. (2009). *Negative and positive claims of conscience*. *Cambridge Quarterly of Health Care Ethics*, 18(1), 14–22.

Wicclair, Mark R. (2011). *Conscientious Objection in Health Care: An Ethical Analysis*. Cambridge: Cambridge University Press.

Wicclair, Mark R. (2021). *Conscientious objection in health care*. En Udo Schuklenk y Peter Singer (eds.), *Bioethics: An Anthology* (4.^a ed.). Oxford: Wiley-Blackwell.

Widdows, Heather (2018). *Perfect Me: Beauty as an Ethical Ideal*. Princeton: Princeton University Press.

Wilkinson, Dominic (26 de abril de 2017). *Debate response: Charlie Gard, interests, and justice*. *Practical Ethics Blog*. <https://blog.practicaethics.ox.ac.uk/2017/04/debate-reponse-charlie-gard-interests-and-justice-a-nalternative-view/>

Wilkinson, Dominic y Julian Savulescu (2018). *Ethics, Conflict and Medical Treatment for Children: From Disagreement to Dissensus*. Londres: Elsevier.

Wilkinson, Dominic; Truog, Robert y Savulescu, Julian (2016). *In favour of medical dissensus: Why we should agree to disagree about end-of-life decisions*. *Bioethics*, 30(2), 109–118.

Wyatt v. Portsmouth NHS Trust.

Zampas, Christina y Ximena Andión-Ibañez (2012). *Conscientious objection to sexual and reproductive health services: International human rights standards and European law and practice*. *European Journal of Health Law*, 19, 231–256.

Zimonjik, Petar (27 de enero de 2016). *Doctors with moral objections to assisted dying should be able to opt out: Committee hears*. *CBC News*. <http://www.cbc.ca/news/politics/assisted-dying-committee-evidence-hearings-1.3422352>

Sobre los autores y autoras

Alberto Giubilini es filósofo e investigador senior en el Uehiro Oxford Institute de la Universidad de Oxford, Reino Unido. Es autor de *The Ethics of Vaccination* (Palgrave, 2019) y *La morale al tempo della bioetica* (Le Lettere, 2011).

Udo Schuklenk es profesor de Filosofía y titular de la Cátedra de Investigación en Bioética de Ontario en la Queen's University at Kingston, Canadá. Es codirector en jefe de *Bioethics*, la revista oficial de la Asociación Internacional de Bioética. Su trabajo se centra en la ética de la investigación, la ética de la salud pública, la asistencia médica para morir y el acceso de los pacientes a medicamentos experimentales.

Francesca Minerva es profesora asociada de Filosofía Moral en la Universidad de Milán, Italia. Su principal área de especialización es la bioética. Ha publicado trabajos sobre la objeción de conciencia en el ámbito de la salud, el aborto, la criónica, el mejoramiento humano y el *lookismo*. Actualmente trabaja en un libro sobre la ética de la cirugía estética.

Julian Savulescu es Chen Su Lan Centennial Professor en Ética de la Medicina en la Escuela de Medicina Yong Loo Lin de la Universidad Nacional de Singapore. Es un especialista en ética galardonado y filósofo moral con formación en neurociencia, medicina y filosofía. Asimismo, ocupa la Uehiro Chair en Ética Práctica en la Universidad de Oxford.

¿Tienen los profesionales de la salud el derecho de anteponer sus convicciones morales a las necesidades de sus pacientes? Este libro defiende una tesis rigurosa: el profesionalismo y la objeción de conciencia en la atención de la salud son incompatibles. Los autores argumentan que quienes asumen voluntariamente una profesión regulada deben priorizar el interés público y los derechos legales de las personas usuarias sobre sus creencias individuales. A través de tres modelos fundamentales —legal, de códigos profesionales y de ética médica—, la obra examina casos críticos como el aborto, la eutanasia y la anticoncepción. Más que un debate sobre la moralidad de estos procedimientos, este volumen analiza las obligaciones de los prestadores en un sistema de salud equitativo. Se trata de una lectura indispensable para comprender por qué la conciencia personal no debe transformarse en una barrera que impida el acceso a una atención médica digna y universal.