

Objeción de conciencia en los sistemas sanitarios de los países desarrollados

*Emilio Balaguer Perigüel**

Académico Correspondiente de la R. Acad. Med. C. Valenciana

La Bioética, tal y como la postulo Potter en la década de los setenta del pasado siglo, tiene muchos temas que abordar en la actualidad y muy especialmente en lo que se refiere a lo que tradicionalmente se denomina Ética Médica, homologando éste concepto ahora, a la Ética en las Ciencias de la Salud; siendo coherente con el nuevo concepto de Medicina postulado por la OMS. En ese nuevo contexto, conceptual e histórico¹, más comprensivo, surgen problemas nuevos. Pero si hay uno, que genera posiciones muy radicalizadas ése es el de la objeción de conciencia en el contexto de la sanidad. Generalmente su análisis se realiza desde situaciones que buscan más la defensa de una posición previamente asumida, que profundizar en las razones o sinrazones de la misma. O como instrumentos de confrontación ideológica, que ocultan una lucha por el control social y las cuotas de poder que de él se derivan.

Alguien podría pensar que este inicio, un tanto destemplado, pertenece a una de las conclusiones de los acampados el 15 M; pero no: han sido escritas por el Dr. Francisco Alarco Martínez, Director de la Cátedra Andaluza de Bioética de la Facultad de Teología de Granada. Nada que ver con un utópico e inexperto residente librepensador

Por otra parte nos enfrentamos a un hecho consumado: el peso adquirido, en la cultura occidental, de los puntos de vista anglosajones en todo aquello que se refiere a resolver conflictos morales, en los que predomina el pragmatismo resolutivo que realmente no suele zanjar; en contraste con la tradición centroeuropea del análisis en profundidad.

Otra peculiaridad del problema que nos ocupa es su vigencia: tanto en su origen, con un código único de referencia; como en la actualidad. Sigue siendo un problema no resuelto y que los bioeticistas intentan soslayar. La objeción de conciencia solo ha cobrado cuerpo en el interior de las sociedades liberales y pluralistas; sus orígenes, más recientes se encuentra en los Estados Unidos en los años 30 del pasado siglo, pero

¹.- Aunque parezca muy novedoso, el concepto, ya lo encontramos en la obra de Tomás de Aquino que, cuando define al médico lo califica de *artifex factibus sanitatis*, hacedor de salud.

encontraríamos multitud de ejemplos en periodos anteriores. Es bien conocido el caso de Billy y Lilian Gobitas, dos niños testigos de Jehová que en 1935 fueron expulsados de su escuela de Minersville (Pennsylvania) por negarse a saludar a la bandera, ya que, de acuerdo con sus creencias, aquello constituía un acto de idolatría (Éxodo 20:3-5). Después de una serie de juicios (unos a favor otros en contra), la Suprema Corte de los Estados Unidos, reconoció su derecho a objetar amparándose en la Primera Enmienda de la Constitución Americana

El primer caso conocido en España se dio durante la Guerra Civil: el 18 de agosto de 1937, un miembro de los testigos de Jehová, Antonio Gargallo Mejías, fue fusilado en Jaca, por su negativa a incorporarse al Regimiento 17 del ejército de Franco, intentando huir a Francia; después de haber comunicado a sus superiores, en el acto de jura de bandera, que no podía empuñar las armas de acuerdo con Isaías 2,4.. Hasta el periodo final de la dictadura, no se habla del tema y va tomando cierto cuerpo entre jóvenes objetores al servicio militar. Es importante señalar que hasta los años setenta, la objeción de conciencia no solo carecía de base social en nuestro país, sino que además era considerada como cosa propia de fanáticos y radicales protestantes o de grupos antisistema, que la moral católica rechazaba frontalmente. A partir de los años setenta, la objeción de conciencia al servicio militar se debilita hasta desaparecer, con las reformas del Ejército, pero gana rápidamente fuerza otra: la objeción médica. Ello fue debido a que por estas fechas, los países occidentales, y tras ellos España en 1985, comenzaron a despenalizar el aborto en ciertos supuestos. Esta objeción de algunos profesionales de la sanidad es hoy la más vigente, y ha tenido, desde sus comienzos, características propias y diferenciadas respecto del anterior: simplificando, ahora no es un movimiento juvenil, sino una parte de un grupo de profesionales que, sociológicamente, se apoyan en un discurso conservador y no de izquierdas como ocurría en la objeción militar; sin embargo también alcanza a profesionales de la medicina de pensamiento más progresista². Ahora bien, desde que se ha iniciado la reciente reforma sanitaria, los temas de objeción de conciencia están embebiendo otros aspectos de la sanidad (por ejemplo el mandato de no atender a emigrantes sin papeles, la limitación terapéutica, la limitación del tiempo en el acto médica en aras de

². En el problema ético del aborto suele haber un aspecto, nuclear en debate biológico, pero impreciso y propicio a que valores *a priori* contaminen la supuesta neutralidad del dato científico. Desde la obra biológica de Aristóteles, fundamentalmente en *De generatione animalium*, se entiende el proceso embrionario o como un desarrollo de estructuras preformadas, o como un proceso de configuración (epigénesis) de elementos nuevos. La moderna embriología molecular ha superado esa disyuntiva y elaborado una síntesis de las dos teorías ontogenéticas. El problema ahora está en la periodización del proceso y en fijar como actúan “inductores” y “código genético” en cada etapa, sus consecuencias en el paso a niveles superiores y su significado biológico, del cual se deriva el ético

una mayor productividad, etc.) y no se limitan a los tradicionales en torno a la sexualidad y la concepción.

La objeción de conciencia viene definiéndose, desde su origen como un derecho humano. Lo sorprendente es que no aparece en ninguna de las tablas de derechos humanos, de modo que siempre hay que deducirlo de otros, como el derecho a la libertad de conciencia. Ello dificulta el establecer con precisión sus contenidos y límites. En principio cabe definirla como el derecho a no cumplir con lo estipulado en una norma jurídica, cuando su aplicación lesiona gravemente la conciencia de la persona que ha de llevarla a cabo. De ser esto así se trata de no intervenir en actos concreto, lo cual lo diferencia de otras figuras como “la objeción de ley” (se objeta la aplicación de toda una ley en cualquier tipo de circunstancia), “la desobediencia civil” (la negativa personal o de grupo a cumplir un ley que se considera injusta) y la “insumisión” (desobediencia a lo que dicta expresamente una norma, cuando hay un mandato judicial que exige su cumplimiento). En tanto que especificación de uno o varios derechos, la objeción de conciencia se conceptúa como un derecho humano subjetivo. Para algunos esto la convierte en una especie de coraza ante la que tienen que rebotar las otras leyes en casos de conflicto. Tanto se repite esto que popularmente, e incluso entre los profesionales sanitarios, se tiene la percepción que la objeción de conciencia siempre es prioritaria; cuando nadie, dentro de la propia teoría de los derechos humanos, hace de la objeción de conciencia un derecho absoluto, ya que no hay derechos humanos absolutos.

El problema es complejo. Intentaré ofrecerles los rasgos más significativos de las propuesta actuales para el análisis de la cuestión y la valoración final.

Cuando en 1974 el Congreso norteamericano creó la *National Commission for the Protection of Human Subjects of Biomedical and Behavioral Research*, con el fin de identificar los principios éticos básicos que deberían dirigir la investigación con seres humanos (el conocido como informe Belmont), pronto se pensó que las mismas conclusiones (tres principios: respeto por la persona, beneficencia y justicia), podrían trasladarse a la ética clínica asistencial. Uno de los comisionados, Tom L. Beauchap, filósofo perteneciente a la orientación utilitarista de regla; contactó con el teólogo James Childress, que mantiene una fundamentación de la ética de las que se llama deontologista, más centroeuropea. Desde 1976, este último, había estado debatiendo con el psiquiatra Seymour Perlin, la necesidad de un análisis sistemático de los principios que deberían informar las decisiones éticas en medicina y por lo tanto estaba en condiciones de aplicar el sistema de principio de la *National Commission* a la ética médica asistencial. Este modelo metodológico de orientación principalista será

elaborado posteriormente en el Kennedy Institute de Washington de la Universidad de Georgetown y sobre todo por el libro de Beauchap y Childress *Principles of Biomedical Ethics* (1994). Pero pronto se planteo un problema: los principios hay que definirlos y darles un contenido y en la medida de lo posible una jerarquía. Ese era su telón de Aquiles, pues un principio es la quintaesencia de un valor ya que los valores son individuales y biográficos o también colectivos e históricos

Otros miembros de la *Commission*, entre ellos Albert R. Jonsen, interpretaron de forma distinta la manea de proceder de la misma: Josen había sido jesuita y conocía muy bien la historia del casuismo jesuítico español de los siglos XVI y XVII. Para él si alguna novedad ha aportado la experiencia de la Comisión Nacional, es que el procedimiento tradicional de ética clásica, que representan Beauchap y Childress no es correcto y debe ser sustituido por otro prácticamente opuesto a él. De hecho lo que los trabajos de la Comisión demostraron es que era posible el acuerdo sobre cuestiones concretas a pesar de las diferencias en todo lo relacionado con los principios. Por tanto, rechaza cualquier intento de elaborar una teoría ética de carácter universal y con pretensiones de valor absoluto. En su libro *The Abuse of Casuistry* (1988) se remonta a la tradición aristotélica de la “deliberación” sobre casos concretos, para demostrar que en ética, el procedimiento no debe partir nunca de los principios, sino de las situaciones individuales y de los “tópicos” generados por los juicios prácticos de expertos³. El resultado no son juicios ciertos sino que solo pueden aspirar a ser probables: el reducir los juicios éticos a dilemas, es una falacia carente de toda racionalidad. Lo que Kant llama “razón práctica”, lo es porque las soluciones no son extremas y perfectas. Volveremos sobre el tema.

Para Jonsen el componente médico es sustantivo y no adjetivo, de ahí que su punto de partida en el procedimiento de la ética asistencial sea siempre la historia clínica o relato patográfico y de su calidad van a depender consecuencias morales (lo que le proporciona a su vez un cierto componente del “método narrativo”). Luego viene lo que llama el “comentario moral”. ¿Por qué lo denomina así? Los comités de ética, salvo raras excepciones, no suelen decidir sino aconsejar. Exactamente igual a como se hace en una sesión clínica, donde se somete a debate y discusión un caso, pero el responsable del paciente es el que, en última instancia, toma la decisión⁴.

Esta breve digresión inicial, tiene mucho que ver con el tema que nos ocupa sobre todo para entender aspectos que, aquí y ahora, no podremos desarrollar. En primer

³ JONSEN, Albert R. y TOULMIN, Stephen (1988). *The Abuse of Casuistry. A History of Moral Reasoning*. Berkeley- Los Angeles-Londres, University of California Press.

⁴ GRACIA GUILLÉN, Diego (1991). *Procedimientos de decisión en Ética clínica*, Madrid, Eudema Universidad, S. A..

lugar partamos de un concepto actual de conciencia universalmente aceptado: el yo captado en sus últimas dimensiones; el lugar donde el hombre se autoconoce y decide sobre si mismo; el centro de unificación de la persona, en la que confluyen los mecanismos instintivos y los dinamismos psicológicos del inconsciente y los elementos de racionalidad y voluntariedad propios del ser humano. Esto da razón de la necesidad de una continua formación de la conciencia, mediante una dinámica inseparable del proceso más global de integración y maduración de la persona misma. Por otra parte el ser humano es constitutivamente relacional y por más que esté condicionado por factores psico-biológicos y sociales (todavía hoy ciertas propuesta neurocientíficas son hipótesis sin verificación, ya veremos cómo se plantean en el futuro); las decisiones morales son la expresión más profunda del encuentro con los otros y de mi proyecto de vida, que se va desplegando en el espacio y el tiempo y que se encarna en los hechos concretos de la vida cotidiana. La conciencia no puede concebirse en términos rígidamente individuales; al ser realidad de la persona hace referencia a las relaciones con los otros y el mundo, ya que la persona se realiza solamente en una red de relaciones, que definen concretamente, y en cierta medida circunscriben, el ámbito de sus posibilidades expresivas. Las decisiones personales siempre implican al otro y si además es recogida en clave de derecho, emerge un problema que ya no es solo entre dos sujetos morales, sino entre sujetos morales y la sociedad política. No es extraño que sea aquí donde se plantee el tema de la objeción de conciencia. Por lo tanto cuando solo se invoca la moral privada o la conciencia propia para tomar decisiones sin ensanchar la justificación a esferas públicas, se ingresa entonces en un marco de inmoralidad⁵.

Puesto que el mundo de los valores engendra y circunscribe el ámbito de las posibilidades, es decir, ofrece los parámetros por los que debe orientarse su comportamiento, si desea concurrir al desarrollo armonioso de si mismo y de sus relaciones con los demás; mucho antes que regular la objeción, hay que deliberar de cómo resolver los valores en conflicto y los paradigmas en los que se sustentan, superando cualquier tipo de reduccionismo. El lenguaje propio de la ética no es el de los derechos sino el de los deberes, y ello porque entre derecho y deber no hay siempre una correlación. En ética ya lo hemos visto en las objeciones metodológicas de Jonsen, no hay dilemas sino problemas con soluciones intermedias. Esta metodología deliberativa es fundamental en la objeción, ya que solo se considera auténtica cuando no resulta posible encontrar ningún curso intermedio que le permita compaginar el respeto a los valores en conflicto; lo contrario son pseudoobjeciones o criptoobjeciones. En el primer caso por falta de formación ética de los profesionales o influencia de la práctica jurídica de graduar los valores de más a menos importantes, cuando nuestra

⁵ ALARCOS MARTINEZ, Francisco José (2011). *Objeción de conciencia y sanidad*, Granada, Editorial Comares, pp.1-6

primera obligación moral es realizar todos los valores o lesionarlos lo menos posible y no optar por uno y anular el otro; o partir de motivos que no son de conciencia en la criptoobjeción. Por otra parte el lenguaje de los valores en el ser humano es primario: todo el mundo valora y además valora necesariamente. Ello se debe a razones que a la postre son biológicas. Todo lo que percibimos, imaginamos, etc., lo sometemos inmediatamente a un proceso de valoración, entre otras cosas porque ello es lo que nos moverá a la acción y esta es biológicamente necesaria para la supervivencia. Por lo tanto esto plantea de frente el estatuto de los valores. Antes nos hemos referido a ellos como biográficos y sociales, siguiendo la tendencia actual; pero no ha sido siempre así: Plantón y el neoplatonismo en todas sus variantes los consideraba **objetivos** y por tanto quien no ve los valores adecuadamente está equivocado o enfermo. Este punto de vista, simplificaba enormemente el problema: en el orden jurídico significaba que la función del derecho positivo era imponerlos en forma de leyes naturales derivadas de un derecho natural.

De esta concepción se salió en el siglo XVII, de forma muy cruenta con ocasión de las guerras de religión entre protestantes y católicos. El resultado fue la aceptación forzada del pluralismo. Eso es lo que se llamó “el principio de la tolerancia”, pronto convertido en “derecho a la libertad de conciencia”. La sociedad liberal colocaba a la libertad como valor fundamental y por lo tanto respetaba la diversidad de credos y valores. Los valores, ahora, ya no son necesariamente racionales ni hechos científico; sino subjetivos. Ante ellos el Estado ha de ser “neutral”.

En el siglo XX se ha hecho grandes esfuerzos por superar esta dicotomía y se entiende que los valores no son objetivos ni subjetivos, sino intersubjetivos, y como los derechos surgen a partir de los valores, es lógico que esto haya derivado en una tercera teoría de los derechos. Su expresión paradigmática se encuentra en la declaración universal de derechos humanos. Todas las Constituciones, comienzan con una amplia declaración de derechos que, contradicen ya en principio la supuesta neutralidad del Estado. Por otra parte, esos derechos no se afirman como absolutos e inmutables y, como ya hemos dicho, se reconoce su historicidad. ¿Cómo se justifican pues?. No a través de una pretendida ley natural, sino mediante el consenso, es decir, por vía intersubjetiva. Hay valores que todos podríamos aceptar en un diálogo en condiciones de simetría (es decir: de todos los individuos implicados) y que por tanto son universalizables, la paz o la justicia, por ejemplo. Pero también los hay que no son universalizables por ser aceptados solo por un grupo social o unas determinadas creencias religiosas, metafísicas, etc. El estado debe conservarse neutral con estos últimos o se convertiría en un Estado teocrático y tirano al atentar contra el valor más universalizable: la libertad. La mayor o menor concordancia entre estos dos tipos de

valores es fundamental para la coherencia social. Por el contrario, cuando la discrepancia entre ellos alcanza cuotas estimables, en una sociedad democrática, la situación de anomia promueve el cambio social y el nuevo acoplamiento entre valores. Los derechos humanos son expresión de esta tercera actitud. Por lo tanto son históricos y no absolutos. ¿Cómo podría aplicar el Estado legítimo este discurso a la objeción? En primer lugar respetando los diversos valores, por eso sólo despenaliza. En segundo lugar asegurando el cumplimiento de los derecho despenalizados. En este momento entra en juego el método casuístico de Jonsen: solo son morales las decisiones autónomas a la vista de los hechos del caso, de los valores implicados y de los cursos de acción posible en la situación de que se trate.

Un antecedente histórico a la objeción es lo que Aristóteles define como epiqueya, la idea que todo ciudadano libre, capaz de conocimiento moral, puede ser legislador potencial allá donde la norma no llega en el caso concreto. Esta virtud de la epiqueya, posteriormente se pierde en la doctrina, al hacer crisis el sistema democrático griego, ya que no todos los ciudadanos son libres por igual: el rey el dictador o el emperador será el que ostente esa máxima condición. El concepto de epiqueya es recuperado por Alberto el Magno, y transmitida a su discípulo Tomás de Aquino quien lo interpreta como idea de justicia perfecta. Se trata pues de en un marco deliberativo llegar al juicio más prudente, es decir, el más justo y virtuoso: se puede no estar de acuerdo con los principios, pero en ciertos casos aplicarlos por prudencia. Pero no confundamos los términos: no consiste en “tolerancia”, ya que estamos hablando de ética y no de sociología política, y la virtud ética de la prudencia según Aristóteles es la mayor de las virtudes. En definitiva se trataría de tomar decisiones de **excelencia**. La excelencia se expresa en griego con el termino *areté* que los latinos tradujeron por *virtus*. Dentro de la historia de la ética este término se ha asociado siempre a la ética aristotélica o de las virtudes y en el campo de ética profesional a la ética hipocrática, pues tiene que ver con hábitos, actitudes, disposiciones o modos de vida que nos acercan a un ideal de perfección. Una decisión prudencial, no es la aplicación de una fórmula previamente aprendida, sino una decisión prudencial (excelente) de buen profesional⁶. En su trabajo asistencial cotidiano, el médico, está tomando continuamente decisiones excelentes; pues lo que tiene ante si es un conjunto de rutas entre las cuales debe elegir en colaboración con el enfermo. No es de extrañar por tanto que en los últimos años sea uno de los temas en los que más se está trabajado. De hecho en febrero del año 2002 se publicó simultáneamente en la revista *Lancet* y *Annals of Internal Medicine* un documento

⁶ CAMPS, Victoria (2007). “La excelencia en las profesiones sanitarias”, *Humanitas*, 21, 7

que muestra este interés⁷: es la propuesta de un nuevo Código o Carta Constitucional para la profesión médica, que propone los ideales a los que “todos los profesionales de la medicina pueden y debieran aspirar”

Hemos dicho que los derechos humanos no son definitivos tanto en su interpretación como en su número, por ello van aumentando y reinterpretándose en la medida que las sociedades humanas y la conciencia del hombre, van evolucionando. Uno de los derechos humanos más recientes es “el derecho de privacidad”. Todo parte de un principio subjetivo inherente a la condición humana y es la *intimidad*: el tribunal de la conciencia es íntimo porque nadie tiene acceso a él, sólo Dios para el creyente: “*intimeor intimo meo, superior summo meo*, en frase de San Agustín. El respeto a la intimidad no está condicionado a su contenido, sino simplemente por pertenecer al ser humano. Hasta llegar, en los momentos actuales, a transformarse en un derecho humano, ha tenido que experimentar una serie de cambios: en primer lugar la secularización de su contenido: la intimidad no está contenida solo por componentes religiosos. En segundo lugar su vinculación al derecho de autonomía como máxima manifestación de libertad: es la expresión moderna de “derecho de privacidad”, un paso más allá que el de “intimidad”. En la práctica el derecho de intimidad se había utilizado durante los siglos XVIII y XIX, para proteger el pluralismo y la libertad en dos áreas muy concretas, la religiosa y la política. Pero quedaba un espacio por liberar: el de la gestión del propio cuerpo y por tanto, de la vida y la muerte propias. Las revoluciones liberales no hicieron causa de esto y esa es la razón de que la gestión del cuerpo siguiera monopolizada por sacerdotes y jueces. Un ejemplo del monopolio público en la gestión del cuerpo lo tenemos en los contenidos de los Códigos Penales Clásicos. Lo que el derecho a la privacidad hizo fue rescatar muchos contenidos que hasta entonces pertenecían al área pública del Derecho Penal para el espacio de la gestión privada. Y ello no en el ámbito de la libertad religiosa o política, cuanto en el de la gestión del cuerpo. En las dos primeras décadas del pasado siglo, los tribunales estadounidenses pronunciaron sentencias significativas en este terreno. La más famosa fue la de 1914 del juez Benjamín Cardozo en el caso Schoendorf contra la Society of New York Hospital: “Cada ser humano de edad adulta y sano el juicio tiene el derecho a determinar lo que debe hacerse con su propio cuerpo; y un cirujano que realiza una intervención sin el consentimiento de su paciente comete una agresión de cuyas consecuencias es responsable”. Así se comprende que el derecho esgrimido en las decisiones más famosas en materia de sexualidad y reproducción fuera precisamente, el de privacidad.

⁷ BLANK,I; KIMBALL, H.; McDONALD, W.; MERINO, J. (2003), . “Medical professionalism in the new millennium : a physician charter 15 months later”; *Ann. Intern. Med.*, 138, 839-841.

A él apeló la sentencia Griswold de 1965, a propósito de la anticoncepción; así como la sentencia Roe de 1973 sobre el aborto.

¿En qué afecta este nuevo derecho humano a la objeción del médico?. En primer lugar prima la autonomía del enfermo sobre cualquier otro valor de los concurrentes en el acto. Pero también refuerza la objeción médica si es fruto de un proceso de deliberación. Bien entendido que la objeción del profesional, en su procedimiento deliberativo publica en parte el contenido de su intimidad. Es el precio que se le exige para ejercer el derecho.

En definitiva, como podemos ver se trata de un problema muy complejo y con muchos matices. De ahí que su regulación normativa sea más casuística y por tanto el poder legislativo sea reticente en establecer normas específicas generales. En España ocurre igual que en la práctica totalidad de países de cultura occidental que en la práctica es el poder judicial el que va creando doctrina en sus sentencias. Sin embargo si podemos detectar un hecho y además un hecho preocupante, como conclusión: los mayores enemigos de la libertad de conciencia no son los que niegan tal derecho, hoy prácticamente inexistentes, sino los que abusan de ella, a través de la pseudoobjeción y la criptoobjeción. Las verdaderas objeciones de conciencia no crean problema y esto es lógico dado que en las sociedades democráticas las leyes se aprueban por mayoría y por lo tanto hay que suponer que gran parte de la población está de acuerdo con ellas, de lo contrario, ya lo hemos dicho, la anomia obligaría a rectificar las leyes y encajar los valores en conflicto.