



03/

La objeción de conciencia en un mundo sanitario complejo, incierto y acelerado.

Montse Esquerda,

Directora. Institut Borja de Bioètica-URL. Esplugues de Llobregat.

Psiquiatra. Sant Joan de Deu Terres de Lleida. Hospital de Lleida.

David Lorenzo. Docente. Institut Borja de Bioètica-URL. Esplugues de Llobregat.

Profesor. Campus Docent Sant Joan de Deu. Sant Boi de Llobregat.

Para los autores, vivimos tiempos altamente complejos en sanidad, los cambios se han sucedido de forma muy rápida y acelerada y hay grandes ámbitos de incertidumbre. Se podría decir que vivimos también una “medicina desbordada”, en la que las enormes transformaciones acontecidas en las últimas décadas no han dado tiempo a ser pensadas con calma.

La medicina desbordada surge por la multiplicidad de cambios, sucedidos en un corto periodo de tiempo y en escenarios de incertidumbre. La bioética nace en ese contexto y se mueve habitualmente en la gestión de la complejidad, que tiene como desafío ayudar a pensar sobre la realidad, incluyendo en esa reflexión el sentido mismo de las profesiones sanitarias.

Por ello, los autores de este trabajo, en primer lugar, analizan qué son los profesionales sanitarios, cuáles son sus derechos y cuáles, sus deberes. Y a partir de ahí, surge el debate sobre la objeción de conciencia en base a preguntas que no acaban de responderse.

Palabras clave: Fe, Conciencia, Moral, Verdad.

The authors of this article consider that we are living in very complex times in the healthcare field, in which the successive changes have occurred very quickly and large areas of uncertainty still remain. It could even be said that we are experiencing a situation of “overwhelmed medicine”, in which the enormous transformations that have taken place in recent decades have not given us the necessary time to think through them in a calm and collected way.

Indeed, this “overwhelmed medicine” arises precisely from the multiplicity of changes occurring within a short period of time and in scenarios of uncertainty. Bioethics emerged in this context and it is regularly present in the management of complexity, which faces the challenge of helping us to think about reality, including is the selfsame meaning of the healthcare professions.

For this reason, this paper begins by analysing what the healthcare professionals are, and what rights and duties they have. This leads in turn to the debate on conscientious objection, based on questions that do not quite come to receive an answer.

Key words: Church, Science, Investigation, Human.

do de tiempo y en escenarios de incertidumbre. La bioética nace en ese contexto y se mueve habitualmente en la gestión de la complejidad, que tiene como desafío ayudar a pensar sobre la realidad, incluyendo en esa reflexión el sentido mismo de las profesiones sanitarias.

Lewis Carroll, en *Alicia en el país de las maravillas*, escribía:

“¡Qué extraño es todo hoy!
¡Y ayer era como siempre!
¿Habré cambiado durante la noche?
Pero si no soy la misma, la pregunta es:
¿quién soy? ¡Ay, este es el gran misterio!”.

A veces parece que los profesionales sanitarios se encuentran como esa Alicia que se despierta y ve con perplejidad que su mundo ha cambiado y que nada es lo que era, que ese cambio ha sucedido en poco tiempo (una noche) y justo ayer mismo era como siempre, pero mira la realidad que le rodea y no la reconoce. Esta incertidumbre es un hecho muy difícil de asimilar, pero Alicia no se pregunta solo sobre esta nueva realidad y cómo lidiar con ella, sino que la pregunta clave que se hace es: ¿Quién soy yo? ¿Cuál es mi papel en este nuevo mundo?

La gran pregunta sería entonces: ¿quiénes son los profesionales sanitarios en este mundo cambiante? Y la pregunta no es baladí, sino que implica cuáles son sus fines prioritarios, cuáles son sus deberes y cuáles sus derechos. Y, de rebote, el debate se extiende también a cuáles son o deben ser los fines primordiales de las instituciones sanitarias.

El debate sobre la objeción de conciencia forma parte de la respuesta a qué es un profesional sanitario, vinculada con la cuestión sobre qué deberes y derechos tiene ese profesional en el ámbito asistencial. No es un debate cerrado, sino que sigue abierto con diversas preguntas no completamente respondidas aún:

“Si todo el mundo piensa igual,
es que alguien no está pensando”.
(General George S. Patton).

1/

El mundo sanitario actual: complejidad e incertidumbre.

Si tuviéramos que elegir una sola palabra para describir el mundo sanitario actual, entre las que seguramente aparecerían más estarían “**complejidad**”, “**incertidumbre**” o “**aceleración**”. Vivimos tiempos altamente complejos en sanidad, los cambios se han sucedido de forma muy rápida y acelerada y hay grandes ámbitos de incertidumbre.

El sociólogo **Fernando Vidal** habla de “**realidad desbordada**” cuando los acontecimientos que se suceden sobrepasan la capacidad de ser reflexionados, razonados o pensados (**Vidal, 2020**). Podríamos decir que vivimos también una “**medicina desbordada**”, en la que las enormes transformaciones acontecidas en las últimas décadas no han dado tiempo a ser pensadas con calma.

La medicina desbordada surge por la multiplicidad de cambios, sucedidos en un corto perio-

¿Qué ocurre cuando un profesional sanitario, por razones éticas profundas, se niega a aplicar o desarrollar una práctica que la profesión y la legislación aceptan? ¿Puede negarse? ¿Puede esa actitud poner en peligro los derechos de un paciente (derechos reconocidos por esa misma legislación)? ¿Puede una institución negarse a que tales prácticas se realicen en ella o en los servicios dependientes de ella?

En los últimos años, diferentes autores procedentes de “familias éticas” muy diversas se han ido pronunciando, en un goteo continuo, en contra de la posibilidad de que un profesional sanitario pueda presentar objeción de conciencia. **Julian Savulescu** y **Udo Schuklenk** (**Savulescu 2006; Savulescu & Schuklenk, 2017; Schuklenk, 2018**) han sido unos de los autores más prolíficos defendiendo que

“Los deberes de los profesionales sanitarios no son compatibles con los requerimientos de una objeción de conciencia, y por lo tanto los profesionales sanitarios en su práctica profesional deben llevar a cabo todo aquello que sea legal en su país”.

Cabe especificar que esta apreciación la reducen a los países democráticos occidentales (aunque sin especificar claramente cuáles son los que merecen esta calificación).

Otros autores apuntan en la misma dirección... **Rosamund Rhodes (2019)**, conocida bioeticista, habla también de la ausencia de objeción de conciencia como parte de la “**moralidad no común (uncommon morality)**”, esa moralidad propia y exclusiva de las profesiones sanitarias, no compartida con profesionales no sanitarios. También **Ezekiel Emanuel** y **Roni Stahl** (**Stahl and Emanuel, 2017**) refieren que

“Los profesionales de la salud eligen voluntariamente sus funciones y, por lo tanto, se ven obligados a proporcionar, realizar, y referir a los pacientes para intervenciones de acuerdo con los estándares de la profesión”.

Por ello, antes de responder a la pregunta sobre la objeción de conciencia, consideramos que es importante pararse a analizar qué son los profesionales sanitarios, sus derechos y deberes.

2/

Juramento, código y contrato.

Arcadi Gual, uno de los grandes referentes en **Educación Médica**, señala la evolución histórica que se ha producido en la relación de los profesionales sanitarios -de los médicos específicamente-, con la sociedad (**Gual et al., 2011**).

En esa relación, se partía antiguamente de un juramento, realizado ante unos dioses, **Asclepio (Esculapio)**, **Higiea** y **Panacea**, con dos partes claramente diferenciadas: un pacto de familia o gremio, y un código de conducta a seguir. Como comenta Gual, el Juramento era el estándar a seguir como modelo organizativo de la profesión hasta que nacieron los colegios profesionales, en 1540, cuando **Enrique VIII** creó el Royal College of Surgeons en Inglaterra. Los colegios profesionales nacieron por delegación de la autoridad legislativa, con la función de regular la práctica profesional, en un ámbito tan especial y sensible como el de la salud. A partir de entonces, las características del profesionalismo médico estarían bien definidas,

incorporando como elemento clave los códigos de deontología:

- **Posesión de un cuerpo específico de conocimiento**, con un largo período de formación universitaria, y el control de éste con capacidad normativa (monopolio del saber).
- **Capacidad de control de la organización del trabajo profesional.**
- **Existencia de organizaciones profesionales legalmente reconocidas, con capacidad reguladora del acceso (credencialismo) y de la práctica (autorregulación).**
- **Existencia de un código deontológico, con potestad exclusiva para su aplicación.**

Con la aparición, ya en el siglo XX, del **Estado del Bienestar**, aparece el derecho a la salud y a la asistencia sanitaria: la salud se convierte entonces en un tema de Estado, generando legislación específica en este ámbito que regula, de forma externa al colectivo profesional, temas clave en la salud. Sería éste el modelo de ‘contrato social’, un ‘contrato’ entre el profesional sanitario y la sociedad enmarcado o definido por la legislación.

En toda esta evolución, está presente la necesidad de que los profesionales sanitarios desarrollen un corpus de normas éticas y morales para el desarrollo de su función. Ese corpus vendría a ser o reflejar una conciencia profesional característica, marcada por la excelencia profesional y cercana, en muchas ocasiones, a actos supererogatorios (actos buenos que van más allá de lo estrictamente exigible en la profesión). En esa evolución, es importante la discusión sobre qué principios o normas deben marcar el desarrollo de esta conciencia.

3/

Moralidad común o particular (common o uncommon morality).

En una de las recientes discusiones en el mundo bioético académico, se ha discutido si los profesionales sanitarios deben atenerse a la moralidad común, la moral compartida por todos los ciudadanos, o seguir una “uncommon” moralidad, es decir, una moralidad “no común”, particular.

Los conocidos principios de la bioética (**PBE**), no maleficencia, beneficencia, autonomía y justicia, definidos por **Beauchamp** y **Childress** en su famoso libro **Principios de ética biomédica (Childress and Beauchamp, 2022)**, no responden a una fundamentación filosófica o moral bien definida, sino que se basan, como indican los autores, en lo que ellos llaman ‘**la moralidad común**’. Los autores definen esta moralidad como

“El conjunto de normas universales compartidas por todas las personas comprometidas con la moralidad. A partir de estas normas, extraemos o formulamos varios principios de obligación, derechos y virtudes y los unimos con una serie de ideales morales. Nos enfocamos en el contenido amplio, abstracto y escaso, con lo que los principios de obligación sirven como “puntos de partida” y “bloques de construcción” para la ética biomédica: respeto por la autonomía, la no maleficencia, la beneficencia y la justicia. PBE también presenta varias reglas seleccionadas que, entre otros, se derivan de uno o más de estos principios:

veracidad, privacidad, confidencialidad y fidelidad (p. ej., cumplimiento de promesas). Todos estos principios y reglas tienen dos características o dimensiones que requieren procesos para conectarlos a situaciones de la vida real. Por un lado, son indeterminados y, por lo tanto, requieren una mayor especificación para generar un contenido más definido (por ejemplo, en las reglas de consentimiento informado). Por otro lado, todos son vinculantes prima facie, es decir, cada principio o regla es vinculante, en igualdad de condiciones. Cualquier principio o regla puede anular a otros o ser anulado por otros en particular circunstancias”.

Sin embargo, parece naif considerar que la conciencia profesional del profesional sanitario puede descansar sólo en cuatro principios. **Rosamund Rhodes (2020)**, en su libro **The Trusted Doctor: Medical Ethics and Professionalism** y algunos artículos, defiende que la moral en el ámbito sanitario pertenece a una “**uncommon morality**”, una moral particular (**Rhodes, 2020**). Argumenta que la ética sanitaria es un ámbito especial (particular) por dos razones: la primera es que no puede derivarse de la ética de la vida cotidiana; la segunda es que las obligaciones de los profesionales médicos son específicas de ese campo (la medicina, la sanidad).

No serían solo los profesionales sanitarios quienes tienen morales particulares, sino otras profesiones como abogados, jueces, militares, policías, bomberos o sacerdotes. Tales morales, por la naturaleza de esas profesiones, implican el deber de realizar acciones incompatibles con la moral común y punibles cuando las realiza cualquier persona ajena a la profesión (fuera de esas circunstancias concretas).

Rhodes esgrime tanto argumentos negativos como positivos para defender su posición. El argumento negativo que ofrece son una serie

de contraejemplos para ilustrar las numerosas diferencias entre los criterios morales de los profesionales sanitarios y los criterios del resto de la población. Rhodes identifica, entre otras, siete situaciones diferenciales que muestra como ejemplo:

1. En la sociedad, si una persona o una empresa inventa un procedimiento nuevo o adquiere nuevo conocimiento, no está obligada a compartirlo con la competencia. En este caso sus recursos, conocimientos, tiempo y esfuerzo son suyos y no necesita renunciar a ellos. En medicina, cuando un compañero profesional médico o sanitario solicita ayuda de otro compañero, debe responder a ello, y, si adquiere un nuevo conocimiento o procedimiento en cirugía, debe compartirlo.
2. En la vida cotidiana, las personas son libres de tomar las decisiones que deseen. Sin embargo, se espera que los profesionales sanitarios confíen en la evidencia científica cuando recomiendan un tratamiento.
3. En el curso de las interacciones sociales ordinarias, compartimos libremente lo que vemos o escuchamos. En medicina, se presume por defecto la confidencialidad (aunque se puedan justificar algunas excepciones).
4. En la vida ordinaria, nos asociamos con quien elegimos en función de nuestros valores o preferencias. Pero, en medicina, se asume que los profesionales deben atender a sus pacientes sin juzgarlos y sin emitir juicios de valor sobre ellos.
5. En general, en la sociedad se presume que la actividad sexual consentida entre adultos es éticamente aceptable. En medicina, sin embargo, el consentimiento no legitima la relación sexual con un paciente, y la gran mayoría de códigos de deontología las prohíben.
6. En situaciones sociales, hacer preguntas muy personales e íntimas se considera de mala educación. Sin embargo, en medicina, en cual-

quier historial médico, hay datos íntimos sobre la dieta, el consumo de tóxicos, las preferencias sexuales, o las enfermedades previas.

7. La moralidad de la vida ordinaria requiere que consideremos a otros adultos como autónomos y respetar sus opciones. Sin embargo, los profesionales sanitarios son responsables de la evaluación atenta de la capacidad de decisión de los pacientes y, en ocasiones, se les exige que se opongan a las preferencias declaradas por los pacientes, si éstos no son competentes.

Como argumento positivo, [Rhodes \(2020\)](#) aduce que los profesionales sanitarios tienen, como contrapartida, ciertas prerrogativas que no se permiten normalmente a nadie fuera de la profesión sanitaria (como provocar dolor, causar incapacidad o tener a su alcance fármacos que pueden provocar la muerte).

Debido a que los poderes y prerrogativas profesionales se encuentran fuera de lo que está permitido a los profesionales no sanitarios, no existen principios o reglas morales comunes que rijan su uso legítimo. Por lo tanto, éstos deben concebirse y articularse desde una perspectiva ajena a la moralidad común.

De esta moral particular, emanan -según Rhodes- una extensa lista de deberes: **(1) fomentar la confianza y merecerla; (2) usar el conocimiento, las habilidades, los poderes y las prerrogativas médicas para promover los intereses de los pacientes y la sociedad; (3) desarrollar y mantener la competencia profesional; (4) brindar atención según la necesidad; (5) ser consciente al responder a las necesidades médicas; (6) basar las decisiones clínicas en evidencia científica; (7) mantener una consideración sin prejuicios hacia los pacientes; (8) mantener una consideración no sexual hacia los pacientes; (9) mantener la confidencialidad de la información del paciente; (10) respetar la autonomía de los pacientes; (11) evaluar la capacidad de decisión de los pacientes; (12) ser veraz en los informes; (13) ser receptivo a las solicitudes de sus compañeros; (14) comu-**

nicarse efectivamente; (15) vigilar la profesión; (16) garantizar la justicia en la asignación de los recursos médicos.

[Beauchamp](#) y [Childress \(2022\)](#) presentan diversas respuestas y críticas al planteamiento de Rhodes, argumentando que existen morales particulares, dentro de una moralidad común. Las normas de esta moralidad común son abstractas, universales y de poco contenido, por ejemplo, “decir la verdad”. Por el contrario, las normas de las moralidades particulares, como las de la ética clínica y la ética de la investigación, son concretas, no universales y ricas en contenido.

Sin embargo, tanto en la interesante propuesta de Rhodes como en la respuesta de Beauchamp y Childress, se percibe un importante desarrollo de deberes que debe cumplir un profesional sanitario, pero, en cambio, hay una marcada ausencia de desarrollo de los derechos de ese profesional y, más concretamente, una ausencia de referencias a la conciencia del profesional a quien se le exigen dichos deberes: su papel, su formación, etc.

4/

El papel de la conciencia en la reflexión sobre las profesiones sanitarias.

Los debates actuales descritos hasta aquí en torno a los deberes de los profesionales sanitarios muestran una carencia, en nuestra opinión, importante: la poca atención que, paulatinamente, ha recibido la conciencia del profesional. Parece que, en el entramado de deberes, leyes y criterios deontológicos, la conciencia del profesional sanitario (su formación, su papel, su evolución...)

carece de importancia o consideración, y que es objeto de atención sólo cuando hay conflictos, sólo cuando se debate sobre posibles situaciones de objeción de conciencia.

Creemos que los problemas que surgen en torno a la objeción de conciencia (su aceptación, su respeto) proceden, en parte, de un problema previo: la poca importancia que se le da a la conciencia personal del profesional sanitario. Tal problema es, en nuestra opinión, el fundamental. Los debates que hemos comentado en este trabajo sobre los principios de la bioética y las prerrogativas y obligaciones de los profesionales sanitarios tienden a soslayar un hecho -evidente pero poco considerado-: el profesional es, ante todo, persona y, por ello, un agente moral, un agente con conciencia.

Las reflexiones y debates que la literatura actual desarrolla en torno a la profesionalidad en el ámbito sanitario tienden a centrarse en el ‘rol profesional’, en los derechos y deberes que emanan del papel de ‘profesional sanitario’. Sin embargo, la profesión es sólo uno de los papeles sociales que desempeña una persona.

Ésta, en la sociedad, puede adoptar el papel de padre, de amigo, de médico, de aficionado a una actividad, etc. ‘Una’ persona, pues, puede adoptar roles ‘diversos’ ([MacIntyre, 1981](#)). Por ello, puede decirse que la persona -con su conciencia individual e indelegable- actúa ‘en’ unos roles, pero no que ‘es’ esos roles. La persona no puede ‘reducirse a’ sus roles: su ser y el valor de éste -su dignidad- está ‘más allá de’ ellos.

Por ello, al elegir y desempeñar una profesión sanitaria, una persona no deja de ser persona, con su biografía, valores, experiencias... Y no deja de tener conciencia. Por esa razón, es natural que, a la hora de ejercerla, cada individuo la desempeñe según sus características y opiniones particulares, sin poder ‘apartar’ o ‘dejar fuera’ su propia conciencia.

Toda profesión -también la sanitaria- debe respetar la integridad moral de sus miembros

([Sokol, 2022](#)). Obligar a todos ellos a hacer siempre todo, incluso aquello que un individuo puede considerar malo/incorrecto de manera profunda, puede llevar a la ruptura o quiebra de la integridad moral del profesional como persona, y la profesión, con los debidos límites, tiene el deber -como afirma [Colgrove \(2021\)](#)- de preservar o respetar esa integridad ya que debe procurar el bienestar de sus miembros.

O incluso, como proponen algunos autores ([Savulescu 2006; Savulescu & Schuklenk, 2017; Schuklenk, 2018](#)), reducir la conciencia a aquello que es meramente legal y seleccionar como futuros estudiantes de medicina solo aquellos que son capaces de cumplir esta normativa, buscando en cierta manera profesionales sin criterio propio, o sin criterio más allá de la normativa legal.

Pensamos que no es posible -ni bueno- anular el criterio o la creatividad individuales del profesional, por ejemplo, en aspectos clínicos.

De igual manera, no es posible -ni bueno- hacerlo en aspectos éticos, con el riesgo de convertir al profesional -que es, sobre todo y en primer lugar, una persona- en un mero agente ejecutor acrítico de reglas. Si eso ocurre, la propia profesión se deshumaniza y se resiente el bienestar de los profesionales ([Colgrove, 2021](#)).

Bibliografía

- ▶ Childress, J. F., & Beauchamp, T. L. (2022). *Common morality principles in biomedical ethics: Responses to critics*. Cambridge Quarterly of Healthcare Ethics, 31(2), 164-176.
- ▶ Colgrove, N. (2021), "If You Love the Forest, then Do Not Kill the Trees: Health Care and a Place for the Particular", The Journal of Medicine and Philosophy, 46 (3), pp. 255-271, <https://doi.org/10.1093/jmp/jhab003>
- ▶ Gual, A., Palés-Argullós, J., Nolla-Domenjó, M., & Oriol-Bosch, A. (2011). *Proceso de Bolonia (III): Educación en valores: profesionalismo*. Educación Médica, 14(2), 73-81.
- ▶ MacIntyre, A. (1981), *After Virtue*, Duckworth, London.
- ▶ Rhodes, R. (2019). *Conscience, conscientious objections, and medicine*. Theoretical Medicine and Bioethics, 40(6), 487-506.
- ▶ Rhodes, R. (2020). *Medical ethics: Common or uncommon morality?* Cambridge Quarterly of Healthcare Ethics, 29(3), 404-420.
- ▶ Rhodes, R. (2020). *The trusted doctor: Medical ethics and professionalism*. Oxford University Press.

- ▶ Savulescu, J. (2006). *Conscientious objection in medicine*. *bmj*, 332(7536), 294-297.
- ▶ Savulescu, J., & Schuklenk, U. (2017). *Doctors have no right to refuse medical assistance in dying, abortion or contraception*. Bioethics, 31(3), 162-170.
- ▶ Schuklenk, U. (2018). *Conscientious objection in medicine: accommodation versus professionalism and the public good*. British medical bulletin.
- ▶ Sokol, D. *Should doctors be held to higher moral standards than others?* Blog Journal of Medical Ethics. <https://blogs.bmj.com/medical-ethics/2022/06/09/should-doctors-be-held-to-higher-moral-standards-than-others/>
- ▶ Stahl, R. Y., & Emanuel, E. J. (2017). *Physicians, not conscripts-conscientious objection in health care*. New England Journal of Medicine, 376(14), 1380-5.
- ▶ Vidal, F. (2020). *Los dilemas familiares del coronavirus. En La humanidad puesta a prueba: bioética y COVID-19 (pp. 269-280)*. Universidad Pontificia Comillas

