



Revista Bioética

ISSN: 1983-8042

ISSN: 1983-8034

Conselho Federal de Medicina

Scherer, Clara Nasser; Sanches, Mário Antônio
Caracterização atual da objeção de consciência: proposta crítica e renovada
Revista Bioética, vol. 29, núm. 4, 2021, Outubro-Diciembre, pp. 706-715
Conselho Federal de Medicina

DOI: <https://doi.org/10.1590/1983-80422021294504>

Disponível em: <https://www.redalyc.org/articulo.oa?id=361570655005>

- [Cómo citar el artículo](#)
- [Número completo](#)
- [Más información del artículo](#)
- [Página de la revista en redalyc.org](#)

UAEH [redalyc.org](https://www.redalyc.org)

Sistema de Información Científica Redalyc
Red de Revistas Científicas de América Latina y el Caribe, España y Portugal
Proyecto académico sin fines de lucro, desarrollado bajo la iniciativa de acceso
abierto

Caracterización actual de la objeción de conciencia: propuesta crítica y renovada

Clara Nasser Scherer¹, Mário Antônio Sanches¹

1. Pontifícia Universidade Católica do Paraná, Curitiba/PR, Brasil.

Resumen

El artículo caracteriza la “objeción de conciencia”, rodeada de controversias y marcada por la ausencia de una definición unificada, y los límites de su ejercicio. El objetivo de la investigación, basada en el enfoque de la revisión crítica de la literatura, es proponer una definición para el término. Para ello, se identificaron situaciones en las que la objeción de conciencia se invoca erróneamente o sirve de pretexto para conductas poco éticas, y se intentó establecer los elementos que verdaderamente componen dicha objeción. El concepto propuesto pretende contribuir a clarificar el tema y establecer límites justos al ejercicio ético de este derecho.

Palabras clave: Autonomía profesional. Rechazo conciente al tratamiento. Ética médica.

Resumo

Caracterização atual da objeção de consciência: proposta crítica e renovada

O artigo caracteriza a “objeção de consciência” – cercada por controvérsias e marcada pela ausência de definição unificada – e os limites de seu exercício. O objetivo da pesquisa, baseada na abordagem de revisão crítica de literatura, é propor uma definição para o termo. Para isso, identificaram-se situações em que a objeção de consciência é erroneamente invocada ou serve de pretexto para comportamentos antiéticos, e se procurou estabelecer os elementos que verdadeiramente compõem tal objeção. O conceito proposto pretende contribuir para esclarecer o assunto e estabelecer limites justos ao exercício ético desse direito.

Palavras-chave: Autonomia profissional. Recusa consciente em tratar-se. Ética médica.

Abstract

Current characterization of conscientious objection: a critical and renewed proposal

This article characterizes “conscientious objection” – surrounded by controversies and marked by the absence of a unified definition – and the limits of its exercise. From a critical literature review approach, the objective is to propose a definition for the term. For such, situations where conscientious objection is wrongly invoked or serves as a pretext for unethical behavior were identified, and an attempt to establish the elements that truly compose such objection was made. The proposed concept intends to contribute to clarifying the matter and establishing fair limits to the ethical exercise of this right.

Keywords: Professional autonomy. Conscious refusal to be treated. Medical ethics.

Los autores declaran que no existe ningún conflicto de interés.

La objeción de conciencia es la negativa a realizar una determinada acción que contradice los dictados de la conciencia misma¹⁻³. Es un recurso utilizado por varios profesionales de la salud ante conflictos éticos entre la naturaleza de un determinado acto profesional solicitado y la propia libertad de conciencia. Este es un tema de estudio muy rico para el campo de la bioética. Su esencia implica la interacción entre aspectos morales, legales y deontológicos y, por definición, su uso ocurre necesariamente en el período de un conflicto ético.

Aunque tal recurso sea fácilmente identificable en los documentos deontológicos y en la Constitución brasileña, su aplicación no deja de representar algún grado de limitación a la autonomía del paciente y, dependiendo de las circunstancias, a la accesibilidad de ciertos procedimientos en el sistema de salud⁴. Además, su conceptualización es significativamente heterogénea, y la objeción de conciencia a menudo se utiliza erróneamente como una falsa justificación de una conducta discriminatoria, situación creada y agravada por la ausencia de criterios que la identifiquen claramente. Por lo tanto, es esencial reflexionar sobre estas cuestiones desde una perspectiva bioética.

En Brasil, la objeción de conciencia está claramente prevista en el actual Código de Ética Médica (CEM) y en algunas versiones anteriores. El primer código propio del país apareció en 1929 y actualmente está en vigor su novena versión, publicada en 2018⁵. El extracto del CEM que más claramente representa la objeción de conciencia se encuentra en el artículo VII del Capítulo I, que establece: *el médico ejercerá su profesión de forma autónoma, no estando obligado a prestar servicios que contradigan los dictados de su conciencia o a aquellos que no lo deseen, excepto en situaciones de ausencia de otro médico, en caso de urgencia o emergencia, o cuando su negativa pueda perjudicar la salud del paciente*⁵. Un segundo fragmento del CEM, fundamental para entender el tema, es el ítem IX del Capítulo II, que establece como derecho profesional de esta categoría *negarse a realizar actos médicos que, aunque permitidos por la ley, sean contrarios a los dictados de su conciencia*⁵.

Se observa que el término “objeción de conciencia”, a pesar de ser utilizado en el campo de la bioética desde hace varias décadas, no tiene una sola definición y se utiliza de manera muy variada, con diferencias de significado que cambian sustancialmente el carácter de la discusión y la comprensión del tema. Así, este artículo tiene como

objetivo proponer una definición de objeción de conciencia, identificando situaciones en las que el término no debe utilizarse y relacionando elementos que de hecho lo caracterizan. El enfoque metodológico del trabajo es la revisión crítica de la literatura. Se buscó seleccionar fuentes de autores reconocidos, así como artículos de revistas que abordan el tema con una perspectiva actual. También se utilizó ampliamente el CEM brasileño en su versión más reciente.

¿Qué no es la objeción de conciencia?

A continuación, se intenta identificar y analizar brevemente las situaciones en las que la objeción de conciencia se ha aplicado erróneamente.

La objeción de conciencia no es discriminación

En el caso de conocimiento público ocurrido en 2016, un pediatra, que trabajaba en Porto Alegre, informó a una paciente, afiliada a determinado partido político, que ya no podía seguir viendo regularmente a su hijo de 1 año, debido a la posición política de los padres. El niño estaba enfermo, tenía una cita programada para unos días después del informe, y la madre informó que le resultó difícil concertar una cita con un nuevo profesional, ya que la situación ocurrió en la víspera de un día festivo⁶.

Esto ilustra una situación que podría calificarse erróneamente de objeción de conciencia, pero que en realidad constituye una discriminación política. Analizando este caso, nos dimos cuenta de que la objeción del médico en cuestión no era en relación al acto profesional en sí, es decir, al acto de consulta médica en pediatría, sino en relación a las personas involucradas, en este caso, los padres (responsables) del paciente. A partir de este ejemplo, se puede identificar la primera característica de la objeción de conciencia, que no estaba presente en dicha situación: la verdadera objeción de conciencia nunca se refiere a las personas involucradas, sino a los actos esperados del profesional.

La objeción de conciencia no es una omisión de ayuda

En emergencias, el médico no puede rechazar la atención, independientemente de las circunstancias. En tales situaciones, uno debe actuar

rápida para asegurar el mejor cuidado para el individuo –no hay espacio para la discriminación de cualquier tipo, ya sea política, étnica, sexual o de género, económica, por afinidad personal, etc. El valor de la vida en riesgo supera la importancia de cualquier otra circunstancia. El CEM, en su Capítulo V, artículo 33, declara que está prohibido al médico *dejar de atender a pacientes que buscan su atención profesional en casos de urgencia o emergencia cuando no hay otro médico o servicio médico en condiciones de hacerlo*⁵.

Una situación muy común en la práctica clínica de los hospitales de trauma es la atención de pacientes sorprendidos in fraganti y heridos durante el abordaje policial, o que ya estaban cumpliendo condena y necesitaban atención médica, siendo trasladados al hospital por la policía. ¿Cómo sería la práctica médica si el profesional se negara a atender a estos pacientes en base al carácter, conducta o idoneidad del individuo? El médico no puede hacer este tipo de evaluación en contextos de emergencia: la ayuda a la vida en peligro siempre debe ser su prioridad.

Asimismo, en la clásica situación de objeción de conciencia al aborto, el mismo médico que se niega a participar en un aborto no puede legítimamente rechazar la atención a una mujer con complicaciones derivadas de un aborto que ya está en curso. En la primera situación, aunque discutible, el profesional se niega a inducir el aborto, acto cuya moralidad puede ser cuestionada. Por el contrario, cuando se espera que el profesional trate a una paciente con sangrado vaginal abundante –no importa si es el resultado de un aborto espontáneo, provocado o cualquier otra situación clínica– no hay lugar para la objeción de conciencia. Esto ocurre por dos razones: el hecho de que se trata de una situación de emergencia y el hecho de que, como ya se ha argumentado, el acto esperado del profesional no está cargado de peso moral en sí mismo.

La objeción de conciencia no es autopreservación

Algunos autores argumentan que la objeción de conciencia estaría relacionada con un deseo injustificado de autopreservación. Savulescu⁷ por ejemplo, identifica incompatibilidad en el ejercicio de tal objeción. Para el autor, la postura del

objector sería similar a la del médico que se niega a atender a los pacientes en una epidemia por temor a contaminarse. Savulescu luego se pregunta cómo es posible que los valores religiosos sirvan de argumento para la objeción de conciencia, dado que la propia necesidad de preservación física –que en su opinión es jerárquicamente superior a los valores religiosos– no puede prevalecer sobre el deber del profesional. La misma visión es compartida por Stahl y Emanuel⁸.

En parte, la confusión se produce porque la objeción de conciencia a menudo se considera un derecho individual del profesional. Sin duda, su ejercicio es personal y opcional, sin embargo, no se trata de un derecho dirigido al bien del individuo que lo ejerce, sino más bien no causar un supuesto daño a los demás⁹. Se puede decir que la objeción de conciencia es principalmente un intento de *heteropreservación* y no de *autopreservación*.

No en vano, este derecho se ejerce en situaciones límite, a menudo relacionadas con el comienzo o el final de la vida¹. En tales situaciones, no hay consenso sobre la mejor conducta, ya que no hay unanimidad sobre cómo ordenar los diferentes valores en juego –de ahí la necesidad de la contribución de la bioética. Puesto en conflicto y enfrentado con algún componente en relación al cual la sociedad ya ha definido, con mayor o menor profundidad de discusión, su particular prioridad de valores (legislación del país, sistema de salud, normativa hospitalaria, etc.), el profesional opta por no actuar por temor a causar daño al paciente, sin importar cuán discutible pueda ser dicho temor.

La objeción de conciencia no es un simple rechazo

El CEM⁵, en el ítem VII del Capítulo I, diferencia el rechazo de la atención por motivos de conciencia y el rechazo de la atención a quienes el profesional no desea atender, a lo que nos proponemos llamar, con fines educativos, “simple rechazo”. Pero, ¿cuál es la necesidad de diferenciar el simple rechazo del rechazo por motivos de conciencia? ¿Y por qué es tan frecuente la confusión entre estos dos términos?

Wicclair también destaca la importancia de diferenciar estos dos tipos de rechazo. Según el autor, *los rechazos que no se basan en la conciencia pueden incluir las derivadas de razones*

de interés propio y consideraciones de integridad profesional. (...) Sin embargo, en la medida en que el rechazo se base en una o ambas razones, y no en las creencias morales del profesional, no puede considerarse basado en la conciencia¹⁰.

Considerando que el simple rechazo no tiene motivo especificado en el reglamento del profesional médico, siendo simplemente el rechazo de la atención a quien el profesional no desea atender, las razones no son particularmente relevantes, siempre que se respeten las tres condiciones de excepción: posibilidad de sustitución por otro profesional, ausencia de urgencia o emergencia y ausencia de daño al paciente. En este contexto, ¿por qué no enmarcar los motivos de la conciencia en la categoría de no especificados?

Es más complejo evaluar la interacción entre el rechazo de conciencia y sus respectivas excepciones que evaluar el simple rechazo. Esto se debe precisamente a que los valores comparados son más equivalentes en el rechazo por motivos de conciencia que en el simple rechazo. En otras palabras, en el rechazo por motivos de conciencia, la autonomía del paciente y del médico están mucho más alineadas. En este caso, la autonomía médica se ejerce sobre la base de argumentos más relevantes. El verdadero rechazo de la conciencia se basa necesariamente en razones consideradas graves por el objetor. Estas son necesariamente cuestiones morales, y no solo prácticas, como en el simple rechazo.

La objeción de conciencia no es ejercida por el paciente

Es evidente que tanto el paciente como el médico tienen conciencia, y ella también se puede contradecir. El paciente puede optar por no realizar una determinada acción por razones de conciencia. Sin embargo, el concepto de objeción de conciencia se refiere a situaciones de conflicto de conciencia del profesional y no del paciente.

Esto no se debe a que la conciencia del médico sea más importante que la del paciente. Cuando el paciente, por alguna razón, incluida la conciencia, decide rechazar un determinado procedimiento o tratamiento, este conflicto ya está contemplado en cuestiones relacionadas con su autonomía, como la preparación de directivas anticipadas

de voluntad o incluso el rechazo terapéutico en sí. Después de esta profundización, pasamos a la siguiente sección, en la que pretendemos arrojar algo de luz sobre la naturaleza de la verdadera objeción de conciencia.

¿Qué es la objeción de conciencia?

Veamos las definiciones citadas por los autores que escriben sobre el tema. Fiala y Arthur afirman que la objeción de conciencia *normalmente se define como la negativa de un profesional de la salud a prestar un servicio o tratamiento médico legal, del que normalmente sería responsable, sobre la base de su objeción al tratamiento por razones personales o religiosas*¹¹. Posteriormente, en el mismo artículo, los autores proponen una definición ligeramente diferente: la objeción de conciencia sería *la negativa a proporcionar el tratamiento legal que el paciente solicita y necesita en base a la creencia personal y subjetiva del proveedor de que el tratamiento es inmoral*¹².

Según el Código de Ética de los Enfermeros Canadienses, la objeción de conciencia es *una situación en la que un enfermero informa a su empleador de un conflicto de conciencia y la necesidad de dejar de brindar atención porque una práctica o procedimiento está en conflicto con sus creencias morales*¹³. Ya de acuerdo con la última versión del CEM, el elemento de objeción de conciencia contempla dos aspectos principales: el derecho de negarse a cuidar por razones de conciencia y el derecho a permanecer en tal decisión, incluso si es contrario a la ley actual⁵. Además, se mencionan tres excepciones al ejercicio de tal derecho: la ausencia de un sustituto, los casos de urgencia o emergencia y el riesgo de que el rechazo cause daño al paciente.

A partir de todo lo expuesto, buscamos identificar los elementos que consideramos primordiales para la verdadera objeción de conciencia, en contraposición a aquellos que deben ser rechazados en la búsqueda de una definición adecuada.

Libertad de conciencia y de rechazo

El CEM establece que *el objetivo de toda la atención del médico es la salud del ser humano, para cuyo beneficio debe actuar con el mayor celo*

y lo mejor de su capacidad profesional⁵. Sgreccia define que el médico es el profesional llamado y libremente elegido por el paciente y aceptado por él (...) para ayudar a prevenir la enfermedad o tratarla o rehabilitar las fortalezas y habilidades de la persona¹⁴.

En el propio CEM⁵, hay varios extractos que muestran la búsqueda del equilibrio ideal entre el respeto al paciente, la búsqueda del bien y la libertad profesional. En los ítems XIX y XX del, capítulo I, vemos que *el médico será responsable, en un carácter personal y nunca presumido, de sus actos profesionales, resultantes de una particular relación de confianza, y ejecutados con diligencia, competencia y prudencia y que la naturaleza muy personal de la relación profesional del médico no caracteriza la relación de consumo*⁵. Además, el capítulo V del mismo documento, artículo 31, prohíbe al médico *hacer caso omiso del derecho del paciente o de su representante legal a decidir libremente sobre la ejecución de prácticas diagnósticas o terapéuticas, salvo en caso de riesgo inminente de muerte*⁵.

Está claro que tanto el médico como el paciente tienen derecho a cierto grado de libertad¹⁵. Ni el médico tiene derecho a tomar decisiones autorizadas, ni la práctica médica caracteriza una relación de consumo, en la que el paciente sería un cliente que pagó por un servicio y puede exigir su desempeño inequívocamente¹⁶. Wicclair¹⁷ propone que la toma de decisiones del profesional médico se guíe, por un lado, por el sentido de obligación hacia el paciente (y no por el interés propio) y, por otro lado, por valores éticos y estándares profesionales. Los médicos, por lo tanto, no pueden actuar como técnicos que realizan servicios bajo demanda. Y es precisamente en la interfaz entre estas dos libertades –del paciente y del profesional– donde surge el conflicto de la objeción de conciencia.

Para comprender la libertad del profesional, es esencial acercarse al concepto de responsabilidad. De acuerdo con el CEM, Capítulo III, Artículo 4, el médico no puede *dejar de asumir la responsabilidad de cualquier acto profesional que haya practicado o indicado, aunque sea solicitado o consentido por el paciente o su representante legal*⁵. Por lo tanto, se infiere que la elección del paciente, aunque sea absolutamente libre, no exime al médico de su propia responsabilidad en un determinado acto profesional.

Es útil, para comprender esta cuestión, revisar el concepto de “acto humano”. Según Silveira cuando

se habla de antropología tomista, no hay acto propiamente humano que no proceda de la inteligencia y la voluntad, de la comprensión y la volición. En otras palabras, los actos involuntarios no son propiedad del hombre, ya que otros animales también los realizan. Por lo tanto, somos libres en el acto de elección (electione) que se encuentra en la voluntad, que es el apetito intelectual del bien¹⁸. En palabras del propio Santo Tomás, *como el hombre conoce al máximo el fin de su acción y se mueve a sí mismo, es en sus actos que el voluntario se manifiesta al máximo*¹⁹. Orr²⁰ también llama la atención sobre la cuestión de la complicidad moral en cuestiones de conciencia, estipulando que esta complicidad es mayor cuanto más directamente interviene el individuo en el acto en cuestión.

Es esencial entender el acto médico como un acto humano que, como tal, depende del uso de la inteligencia y la voluntad y presupone una responsabilidad que va más allá de la mera aquiescencia al deseo del paciente. Así, se identifica el primer elemento para caracterizar la objeción de conciencia: la libertad profesional de conciencia y de rechazo.

En esta perspectiva no se descuida la autonomía del paciente, que en las últimas décadas ha aportado ganancias incuestionables al equilibrio de la práctica clínica. Sin embargo, como señalan Pellegrino y Thomasma, la autonomía no es ni absoluta ni ilimitada, y *no puede utilizarse para fines hostiles a los bienes intrínsecos de los individuos y de la sociedad (...) sin riesgo moral*²¹. Aunque los modelos basados únicamente en la autonomía del paciente a menudo se contrasten con el modelo paternalista²², Peregrino y Thomasma sugieren una similitud inesperada entre ellos: *no vemos una diferencia real entre el modelo autonomista y el paternalismo médico. Ambos modelos enfatizan la toma de decisiones individual; ambos enfatizan la libertad de restricción que la sociedad puede imponer a los individuos. Para el modelo de autonomía, la libertad es la del paciente. Para el modelo paternalista, es la del médico*²³.

Está claro que la objeción de conciencia –a pesar de ser vista por algunos como una faceta más del conocido paternalismo médico^{24,25}– se trata de un tema mucho más profundo: la interacción entre dos tipos valiosos de libertad. La libertad del paciente, o la autonomía, no puede abolirse de ninguna manera. Sin embargo, la libertad del profesional, que es también un sujeto moral, debe tener

lugar en la práctica clínica. A partir de estas consideraciones, es posible identificar que la objeción de conciencia presupone un profesional de la salud capaz de actuar moralmente, es decir, libremente y en congruencia con sus propios valores.

Objeción al acto

Como se ejemplifica en la sección anterior, la verdadera objeción de conciencia se refiere a los actos propuestos, y no a la persona que los solicita. Esta es una condición muy importante, porque es a través de ella que se evita la confusión bastante frecuente entre la objeción de conciencia y los actos discriminatorios.

Para que la objeción de conciencia sea considerada legítima, el profesional debe negarse a realizar el acto en cuestión de manera consistente, es decir, su objeción se extiende a todos los casos análogos a los que se enfrenta. Esta condición es necesaria porque, desde el punto de vista del objetor, la inmoralidad del acto debe ser intrínseca, no circunstancial.

Para que esta condición (la consistencia) se cumpla, es necesario un razonamiento lógico detrás de la negativa. De lo contrario, tiene un carácter arbitrario que lo hace inválido. Por lo tanto, la base filosófica o religiosa que motivó el rechazo debe ser defendida racionalmente, o es irrazonable. En resumen, es fundamental que el objetor, después de haber elegido el criterio que considera correcto, mantenga un conjunto lógico y consistente de acciones posteriores²⁶. También es de suma importancia que la objeción de conciencia se refiera al acto específicamente propuesto y no a la persona que lo solicita⁸.

Objeción con la única intención de no dañar.

Para ser aceptable, es esencial que la objeción de conciencia se ejerza con la intención de no dañar a los demás, y no para el propio beneficio. Sin embargo, en este argumento se encuentra un punto de gran confusión. Como ya se ha señalado, para muchos autores la reivindicación de la objeción de conciencia no es más que una forma de que el profesional satisfaga algún tipo de necesidad propia^{24,25,27}, como para aliviar un malestar psicológico. Para tales autores, parece absolutamente inmoral

que la necesidad subjetiva del profesional se superponga a la autonomía del paciente.

Entonces es necesario cuestionar la intención de aquellos que se niegan a realizar un determinado acto por razones de conciencia. Sin duda, si el objetivo del profesional es únicamente el beneficio personal, para trabajar menos o preservarse de la molestia de participar en el procedimiento, no hay justificación ética para la objeción. También Lamb⁹ señala que cuando se ejerce sobre la base de motivaciones inadecuadas, como el racismo, las preferencias y los desequilibrios de poder, la objeción de conciencia se ve comprometida éticamente.

Por esta razón, es esencial que la objeción se base en la nobleza de la intención, es decir, el profesional debe actuar virtuosamente. Según Pellegrino y Thomasma, *la virtud implica un rasgo de carácter; una disposición interior que habitualmente busca la perfección moral de vivir la vida de acuerdo con la ley moral, y encontrar un equilibrio entre la intención noble y la mera acción*²⁸. Según los autores, ninguna sociedad civilizada podría perdurar sin un número significativo de ciudadanos comprometidos con este concepto de virtud²⁸. A partir de estas consideraciones, se destaca un punto más importante para el ejercicio adecuado de la objeción de conciencia: la intención de no causar daño, nunca de interés propio.

No coincidencia entre el objetor y el afectado

Como ya se ha argumentado, no conviene llamar "objeción de conciencia" a la negativa del paciente a un determinado procedimiento. Esto se debe a que el conflicto de la objeción surge precisamente de la contradicción entre el que objeta (el profesional) y el que se ve más directamente afectado por dicha objeción (el paciente). Precisamente porque es una decisión tomada por alguien que no es el paciente, la objeción de conciencia es bastante compleja.

Una cuestión puramente semántica motiva la estipulación de este criterio. Naturalmente, al rechazar un tratamiento, el paciente puede hacerlo, entre otras razones, por razones de conciencia. *Lado Sensu*, este acto del paciente podría llamarse "objeción de conciencia". En este caso, sin embargo, la inexactitud en torno al término se agravaría aún más.

Dado que la objeción de conciencia, en el contexto de la salud, es un concepto creado y estudiado con respecto a una decisión *profesional* no sería esclarecedor confundir el término con cuestiones relativas a la *paciente*. Así, se sugiere que la "objeción de conciencia" ejercida por el paciente se denomine simplemente "autonomía".

Ausencia de riesgo inminente de muerte

Entre las tres excepciones a la objeción de conciencia sugeridas por el CEM⁵, la que parece más relevante es la ausencia de una situación de urgencia/emergencia. Es comprensible que, si la situación clínica en cuestión conlleva un riesgo inminente de muerte (que configuraría una emergencia, más que una urgencia), el enfoque principal del profesional debe ser el mantenimiento de la vida del paciente, por encima de cualquier otro valor. Lo que diferencia la urgencia de la emergencia es sobre todo el hecho de que, en esta última, el riesgo de muerte no solo está presente sino también es inminente²⁹.

También en otros temas, el CEM establece el riesgo inminente de muerte como una limitación del ejercicio de derechos. Con respecto a la obtención del consentimiento del paciente –considerada obligatoria desde el punto de vista ético–, el médico queda relevado de solicitarlo en caso de riesgo inminente de muerte, de acuerdo con el artículo 22 del capítulo IV del CEM⁵. Además, el artículo 31 del capítulo V prohíbe al médico *irrespetar el derecho del paciente o de su representante legal a decidir libremente sobre la ejecución de las prácticas diagnósticas o terapéuticas, salvo en caso de riesgo inminente de muerte*⁵. Llama la atención que, en estos casos, la presencia del riesgo inminente de muerte, y no solo de una situación de emergencia, es necesaria para poner en segundo plano otro valor importante.

La urgencia no es suficiente para legitimar la excepción. Es necesario que exista una condición de emergencia, es decir, de riesgo inminente de muerte, para justificar el solapamiento con otro valor importante. En los ejemplos citados, este riesgo se estipula como condición para que el consentimiento del paciente y el derecho de decisión, valores muy importantes, estén en un segundo plano. Asimismo, la objeción de conciencia –también un valor importante,

como manifestación de la libertad profesional– solo debe superarse cuando existe una condición suficientemente grave. Así que proponemos limitarla solo al riesgo *inminente* de la muerte, sin extenderla a la urgencia, que es una condición grave, pero no inmediatamente fatal.

Contravención de la legislación vigente

Aunque se trata de un documento infralegal, es interesante observar cómo el CEM se opone a la objeción de conciencia a la ley vigente. La justicia y el derecho tienen una dimensión axiológica significativa. Desde el punto de vista aristotélico, la ley y la virtud son inseparables. Según Pegoraro, *la justicia es la virtud total, ya que prescribe la obediencia a las leyes y el respeto de la igualdad entre los ciudadanos*³⁰. El autor añade que la justicia, en la ética aristotélica, es una virtud inherente al sujeto, y nuestras acciones solo pueden ser consideradas justas o injustas si son voluntarias.

Esta concepción de la justicia depende completamente del valor contenido en ella. Por lo tanto, es en la interfaz con el aspecto de valor contenido en la ley que actúa la objeción de conciencia. Debido a que es un ejercicio de acción moral, responsable y consciente, según los principios defendidos por el objetor, incluso si la objeción de conciencia se enfrenta a una ley actual, puede justificarse como una forma ética de defender los principios morales queridos por la sociedad.

En este sentido, Finnis pregunta: *dado que la obligación legal supone presumiblemente una obligación moral, y que el sistema legal es generalmente justo, ¿una ley injusta en particular me impone alguna obligación moral de obedecerla?*³¹. El autor comienza por establecer que *el gobernante no tiene, hablando estrictamente, el derecho a ser obedecido (...); pero tiene la autoridad para dar orientación y hacer leyes que son moralmente vinculantes y que él tiene la responsabilidad de implementar*³². Después de advertir que las leyes creadas en contra de principios razonables no deben necesariamente ser consideradas injustas, y que aquellos que no son injustamente afectados por tal ley no tienen derecho a desobedecerla, Finnis concluye que las leyes injustas no obligan al sujeto a su cumplimiento, porque carecen de autoridad moral.

Rawls, a su vez, establece un concepto de objeción de conciencia que no es sinónimo de desobediencia civil, como *incumplimiento de un requisito legal (o mandato administrativo) más o menos directo*³⁴. El autor señala además que los principios en que se basa la objeción de conciencia no son necesariamente políticos.

La discusión nos lleva a una última característica que parece pertinente para una definición adecuada del concepto de objeción de conciencia: la verdadera objeción de conciencia tiene motivos suficientes para ser ejercida incluso cuando contradice la ley actual. Sin embargo, tal objeción solo tiene razón de ser cuando el acto al que se opone es legal. Si no fuera así, no sería necesario recurrir a ella, sino simplemente justificar que el acto propuesto es ilegal.

Consideraciones finales

Teniendo en cuenta todas las características importantes para delimitar la objeción de conciencia enumeradas en este texto, se propone una conceptualización más detallada y precisa que las que se encuentran a menudo en la academia. La propuesta de este concepto no pretende en modo alguno agotar la discusión, sino más bien darle un nuevo aliento. Sería muy útil que ese concepto sirviera de base para una mayor reflexión, orientando el debate en un denominador común, quizás para nuevas mejoras. Así, busca contribuir, aunque sea mínimamente, a dar más claridad al tema y reducir el uso inapropiado del término.

Teniendo en cuenta todos los elementos explorados anteriormente, se propone la siguiente conceptualización: la conciencia es el derecho del médico a negarse a realizar un determinado acto médico legal, un acto percibido por el profesional como perjudicial para el paciente e intrínsecamente inmoral, desde una base de valores fundamentada, razonable y claramente entendida por el objetor, y este derecho debe ser eliminado en situaciones de riesgo inminente de muerte, cuando el acto es la única forma ética de salvar la vida en riesgo.

En esta propuesta de conceptualización se encuentran todos los elementos considerados relevantes a lo largo de la investigación: el derecho del profesional a la libertad de conciencia;

la objeción al acto propuesto, no a la persona que lo propone; motivación lógica y consistente; negativa con la intención obligatoria de no dañar al paciente; el hecho de que quien objeta sea el propio profesional, a diferencia de otras situaciones conflictivas como el rechazo terapéutico; la imposibilidad de ejercerlo cuando el acto médico es la única forma de salvar una vida en inminente riesgo de muerte; y el mantenimiento de la vigencia de la objeción de conciencia aun cuando se enfrente a la ley vigente.

Aunque el CEM proponga como excepción al ejercicio de la objeción de conciencia la ausencia de otro profesional sustituto, no consideramos esta excepción suficientemente válida. El profesional que se niega a realizar un determinado procedimiento, de acuerdo con todos los criterios aquí establecidos, lo hace para no contradecir su conciencia, lo que indica, según su razón, que es perjudicial para el paciente la realización del acto propuesto. Así, su negativa incluso contradice lo que establece la ley, ya que su convicción es contundente y a pesar de cualquier ventaja personal. En este contexto, en la llamada “verdadera objeción de conciencia”, la ausencia de otro profesional disponible no afecta en modo alguno la disposición de los hechos.

Si el acto propuesto es percibido por el objetor como un mal, incluso con el consentimiento del paciente, y aunque no haya otro profesional disponible para llevarlo a cabo, toda la argumentación sobre la objeción de conciencia sigue siendo válida. No es razonable proponer que alguien dispuesto a posicionarse vigorosamente contra algo que considera un mal –hasta el punto de enfrentarse a la ley y generar una situación delicada y compleja en la relación médico-paciente, a veces perjudicada personal y profesionalmente por su elección– renuncie repentinamente a sus principios solo porque no tiene otro colega que pueda reemplazarlo.

La sociedad contemporánea es extremadamente plural y diversa, y los médicos son una parte integral de esta. Es muy poco probable, excepto en comunidades muy aisladas y con pocos profesionales, que entre el grupo de médicos tampoco exista una diversidad suficiente de creencias y posiciones personales para que este tipo de situación no sea común. Corresponde al sistema de salud estructurarse de tal manera que garantice un número adecuado de profesionales

en todos los lugares, a fin de dar cabida tanto a las diversas demandas de los pacientes que están dentro de la ley como a la libertad de conciencia de los objetores legítimos. En el improbable caso de que un acto sea rechazado por el 100% de los

profesionales disponibles, esto no significaría la necesidad de prohibir la objeción de conciencia, sino más bien un síntoma de que dicho acto debe ser mejor discutido entre las partes involucradas antes de ser implementado.

Referencias

1. Wicclair MR. *Conscientious objection in health care: an ethical analysis*. Cambridge: Cambridge University Press; 2011.
2. Giubilini A. Objection to conscience: an argument against conscience exemptions in healthcare. *Bioethics* [Internet]. 2017 [acceso 11 set 2021];31(5):400-8. DOI: 10.1111/bioe.12333
3. Echeverría CB, Serani AM, Arriagada AU, Goic AG, Rojas AO, Ruiz-Esquide G *et al*. Objeción de conciencia y acciones de salud. *Rev Med Chile* [Internet]. 2020 [acceso 15 set 2021];148(2):252-7. Disponible: <https://bit.ly/2YoBPmM>
4. Fink LR, Stanhope KK, Roach RW, Bernal OA. "The fetus is my patient, too": attitudes toward abortion and referral among physician conscientious objectors in Bogotá, Colombia. *Int Perspect Sex Reprod Health* [Internet]. 2016 [acceso 15 nov 2019];42(2):71-80. DOI: 10.1363/42e1016
5. Conselho Federal de Medicina. Resolução CFM nº 2.217, de 27 de setembro de 2018. Aprova o Código de Ética Médica. *Diário Oficial da União* [Internet]. Brasília, nº 211, p. 179, 1º nov 2018 [acceso 31 ago 2020]. Seção 1. Disponible: <https://bit.ly/3AeHKrS>
6. Lara G. Pediatra causa polémica ao se recusar a atender bebê porque a mãe da criança é petista. *O Estado de S. Paulo* [Internet]. Política; 30 mar 2016 [acceso 31 ago 2019]. Disponible: <https://bit.ly/3oHs5PO>
7. Savulescu J. Conscientious objection in medicine. *BMJ* [Internet]. 2006 [acceso 31 ago 2019];332(7536):294-7. DOI: 10.1136/bmj.332.7536.294
8. Stahl RY, Emanuel EJ. Physicians, not conscripts: conscientious objection in health care. *NEJM* [Internet]. 2017 [acceso 20 set 2017];376(14):1380-5. DOI: 10.1056/NEJMs1612472
9. Lamb C. Understanding the right of conscience in health and health care practice. *New Bioeth* [Internet]. 2016 [acceso 31 ago 2019];22:33-44. DOI: 10.1080/20502877.2016.1151252
10. Wicclair MR. *Conscientious objection in health care: an ethical analysis*. Cambridge: Cambridge University Press; 2011. p. 6.
11. Fiala C, Arthur JH. There is no defence for "conscientious objection" in reproductive health care. *Eur J Obstet Gynecol Reprod Biol* [Internet]. 2017 [acceso 31 ago 2019];216:254-8. p. 254. DOI: 10.1016/j.ejogrb.2017.07.023
12. Fiala C, Arthur JH. Op. cit. p. 255.
13. Canadian Nurses Association. Code of ethics for registered nurses [Internet]. Ottawa: Canadian Nurses Association; 2017 [acceso 31 ago 2019]. p. 21. Disponible: <https://bit.ly/3ilssph>
14. Sgreccia E. Manual de bioética: fundamentos e ética biomédica. São Paulo: Loyola; 2015. p. 218.
15. Curlin FA, Lawrence RE, Chin MH, Lantos JD. Religion, conscience, and controversial clinical practices. *N Eng J Med* [Internet]. 2007 [acceso 1º out 2019];356(6):593-600. DOI: 10.1056/NEJMs065316
16. Cowley C. A defence of conscientious objection in medicine: a reply to Schuklenk and Savulescu. *Bioethics* [Internet]. 2016 [acceso 11 set 2021];30(5):358-64. DOI: 10.1111/bioe.12233
17. Wicclair MR. Conscientious objection in medicine. *Bioethics* [Internet]. 2000 [acceso 31 ago 2019];14(3):205-27. DOI: 10.1111/1467-8519.00191
18. Silveira S. Cosmogonia da desordem: exegese do declínio espiritual do Ocidente. Rio de Janeiro: Sidney Silveira; 2018. p. 496.

19. Aquino T. Suma teológica. São Paulo: Loyola; 2003. p. 119.
20. Orr RD. The role of moral complicity in issues of conscience. Am J Bioeth [Internet]. 2007 [acceso 11 set 2021];7(12):23-4. DOI: 10.1080/15265160701710014
21. Pellegrino ED, Thomasma DC. Para o bem do paciente: a restauração da beneficência nos cuidados da saúde. São Paulo: Loyola; 2018. p. 55.
22. Lynch HF. Conflicts of conscience in health care: an institutional compromise. Cambridge: MIT Press; 2008.
23. Pellegrino ED, Thomasma DC. Op. cit. 2018. p. 59.
24. Savulescu J, Schuklenk U. Doctors have no right to refuse medical assistance in dying, abortion or contraception. Bioethics [Internet]. 2017 [acceso 11 set 2021];31(3):162-70. DOI: 10.1111/bioe.12288
25. Fiala C, Arthur JH. "Dishonourable disobedience": why refusal to treat in reproductive healthcare is not conscientious objection. Woman [Internet]. 2014 [acceso 11 set 2021];1:12-23. DOI: 10.1016/j.woman.2014.03.001
26. Martínez K. Medicina y objeción de conciencia. Anales Sis San Navarra [Internet]. 2007 [acceso 15 set 2021];30(2):215-23. DOI: 10.23938/ASSN.0219
27. Giubilini A, Savulescu J. Beyond money: conscientious objection in medicine as a conflict of interests. J Bioeth Inq [Internet]. 2020 [acceso 15 set 2021];17:229-43. DOI: 10.1007/s11673-020-09976-9
28. Pellegrino ED, Thomasma DC. Op. cit. 2018. p. 137.
29. Giglio-Jacquemot A. Urgências e emergências em saúde: perspectivas de profissionais e usuários. Rio de Janeiro: Fiocruz; 2005.
30. Pegoraro OA. Ética é justiça. Petrópolis: Vozes; 1995. p. 33.
31. Finnis J. Lei natural e direitos naturais. São Leopoldo: Unisinos; 2006. p. 342-3.
32. Finnis J. Op. cit. 2006. p. 344.
33. Rawls J. Uma teoria da justiça. São Paulo: Martins Fontes; 2008. p. 458.

Clara Nasser Scherer – Magíster – clara_nasser@hotmail.com

 0000-0001-6996-8042

Mário Antônio Sanches – Doctor – m.sanches@pucpr.br

 0000-0002-5794-2272

Correspondencia

Clara Nasser Scherer – Al. Dom Pedro II, 380, apt. 51, Batel CEP 80420-060. Curitiba/PR, Brasil.

Participación de los autores

Clara Nasser Scherer fue responsable de la investigación y revisión de la literatura, del análisis formal de los datos y de la definición metodológica, así como de la redacción y revisión final del artículo. Mário Antônio Sanches supervisó y orientó el estudio, participando en el diseño de la investigación, análisis formal de los datos, definición metodológica, revisión y aprobación de la edición final del artículo.

Recibido: 3.5.2021

Revisado: 8.9.2021

Aprobado: 17.9.2021