

7. Conflictos de conciencia en la medicina



PATRICIO JAVIER SANTILLÁN DOHERTY*
COMISIONADO NACIONAL DE BIOÉTICA

DOI: <https://doi.org/10.52501/cc.390.07>

Resumen

Este texto analiza la objeción de conciencia en el ámbito médico, entendiéndola no como un derecho absoluto, sino como un conflicto de intereses entre las convicciones del profesional de la salud y las necesidades del paciente. El autor sostiene que, aunque los valores personales son legítimos, constituyen intereses secundarios que no deben prevalecer sobre el deber primario de garantizar el derecho a la salud. Se revisan diversas posturas éticas y se favorece una tesis justificatoria que permite excepciones individuales, siempre que no se desampare al paciente ni se obstaculice el acceso a los servicios. Asimismo, se subraya la importancia de la transparencia y la rendición de cuentas para evitar que la moral privada derive en prácticas discriminatorias o negligentes.

El análisis incorpora la sentencia de la Suprema Corte de Justicia de la Nación, la cual exige una regulación que equilibre la libertad de conciencia con la protección efectiva de los derechos humanos, como el derecho a decidir de mujeres y personas con capacidad de gestar. Finalmente, se plantea que el conflicto de conciencia puede ser bidireccional: en una sociedad democrática que impone restricciones para la provisión de ciertos servicios, el respeto a la conciencia debería aplicarse tanto a quienes se niegan a prestar el servicio como a quienes, por convicción ética, buscan proveerlo, lo que evidencia la necesidad de distinguir entre posturas morales y análisis éticos.

* Médico Cirujano. Profesor de Bioética en la carera de neurociencias de la Fac. de Medicina en la UNAM. ORCID: <https://orcid.org/0000-0002-1782-2073>

Palabras clave: *conflicto de intereses, objeción de conciencia, negar servicios médicos por conciencia, conflicto de conciencia.*

El impacto de los conflictos de conciencia en el ámbito médico siempre ha sido una preocupación personal, ya que introducir factores secundarios a los quehaceres primarios en la medicina genera una interferencia importante con la actividad que se espera en la atención de la salud. Esta interferencia es deletérea a la relación que se establece entre pacientes y el personal de la atención de la salud, pues demerita la responsabilidad que se espera de estos últimos y mina la confianza de los primeros en el sistema. Con esto no estoy promoviendo la repoblación del personal de la atención de la salud con una especie de zombis² morales. Lo que merecen los pacientes son personal de la salud con sentido humano, preocupaciones, sentimientos y convicciones que les permitan entablar una relación adecuada (propiamente humana), pero que entiendan las necesidades de las o los pacientes y que sepan superar aquellas necesidades de su propia humanidad para poder atender las de las personas/pacientes con las que interactúan.

Esa preocupación personal tuvo su origen hace medio siglo cuando, estando en clase de bioética (sí, era parte de la agenda curricular desde entonces), surgió el cuestionamiento por parte de algún miembro del grupo que tomábamos clase sobre los programas de planificación familiar implementados por el gobierno federal en ese entonces.³ Algunos compañeros mostraban su preocupación al verse confrontados con ofrecer y prescribir o realizar modalidades de “control natal” que entraban en conflicto con lo que escuchaban en sus casas y que se reforzaba con sermones los fines de semana. A la pregunta expresa de qué hacer o cómo actuar, el profesor de bioética (que era un médico ordenado como sacerdote) daba una salida fácil y sin mayor explicación, simplemente había que declararse “objeto de conciencia” y todo estaba resuelto. ¿Así de fácil?, preguntábamos. Sí, así de fácil, sin mayor explicación.

Algo no me parecía bien en todo esto. Leí a Thoreau⁴ y me enteré de su estancia en la cárcel cuando rehusó cumplir con una obligación cívica (pagar sus impuestos) porque se gastaban en una guerra que le parecía inmoral (la de los Estados Unidos contra México en 1847). La idea de la desobediencia civil en contra de cuestiones gubernamentales o normativas que pudiesen

generar conflicto con nuestra forma de pensar, nuestras convicciones éticas o nuestros principios religiosos, sin duda es atractiva. Pero rechazar la provisión de un servicio de atención médica que quiere y requiere una persona-paciente me pareció algo distinto. ¿Es posible ponerse una capa mágica que nos torne invisibles para eximirnos de cumplir con el deber de proveer un servicio requerido de atención médica? ¿Y qué pasa con la persona-paciente que espera ese servicio requerido? ¿Qué importa que el paciente se las arregle como pueda, si al fin y al cabo la protección mágica de una capa nos inmuniza para cumplir con un objetivo reconocido de la profesión?”

Un conflicto (de intereses)

La decisión individual de un profesional de la medicina de abstenerse de realizar un acto médico científicamente validado, legalmente permitido y solicitado por el paciente, alegando una posible vulneración a su libertad de pensamiento, conciencia o religión —es decir, a sus principios morales o creencias—, responde a un interés personal que incluso puede ser reconocido como válido por el propio paciente. No obstante, esta decisión puede entrar en conflicto con las necesidades de quien solicita la atención, lo que genera una tensión ética que resulta fundamental saber cómo abordar.

Puede ser que un médico encuentre problemática una acción médica porque contraviene sus principios morales o religiosos (por ejemplo, tener que transfundir sangre a un paciente accidentado cuando su religión, la del médico, lo considera como algo pecaminoso). Thoreau ejerció un acto de desobediencia civil al ordenamiento de pagar sus impuestos defendiendo su postura moral, pero esto no afectó a nadie más que a él mismo al ser encarcelado. El médico, en cambio, aduciendo objeción de conciencia, trasgrede las necesidades y los derechos del paciente que requiere del acto médico (por ejemplo, una transfusión por hemorragia aguda). Así, el médico, al pretender defender su postura moral en contra de la exigencia que él siente que le “impone” su ejercicio profesional de transfundir sangre (acción que médica, moral y legalmente es totalmente aceptada), lastima los intereses de un paciente que espera de él su mejor actuar en aras de su beneficio.

Existen muchos casos en los que un profesional de la salud pudiera entrar en conflicto con consideraciones aceptadas desde un punto de vista biomédico, ético y legal, pero que, de manera personal, genera escrúpulos en la persona responsable de proveer el servicio o lidiar con dicha consideración (por ejemplo, aceptar los criterios encefálicos para determinar la pérdida de la vida de un ser humano según el artículo 343 de la Ley General de Salud, entre otros posibles).

Situaciones similares se presentan en el caso de mujeres que acuden a servicios de salud reproductiva para controlar su fertilidad —ya sea para evitar un embarazo o para lograrlo—, así como en casos de violencia sexual en los que buscan prevenir un embarazo, o cuando desean interrumpir uno no planeado, en el marco de los derechos reconocidos legalmente en la Ciudad de México y en diversas entidades del país. No obstante, puede ocurrir que el profesional de la salud invoque la objeción de conciencia para abstenerse de brindar la atención solicitada, lo que puede traducirse en una respuesta omisa frente a las necesidades de la paciente y generar tensiones relevantes en el ámbito ético y del acceso efectivo a los servicios de salud.

Resulta, entonces, que la objeción de conciencia genera un conflicto de intereses entre dos personas: la persona profesional de la salud y la persona-paciente. En el caso de la atención de la salud, la persona-profesional de la salud tiene la responsabilidad de otorgar un servicio; la otra, la que requiere el servicio, es la contraparte de la relación primordial que da sentido al actuar médico, la persona-paciente. Tanto la persona-paciente como la persona-personal de la salud tienen derechos.

La Declaración de los Derechos Humanos es aceptada como válida con un rango incluso constitucional en nuestro país. Dentro de las libertades y derechos que protege dicha declaración, se encuentran el derecho a la salud (art. 25), y el derecho a la libertad de pensamiento, conciencia y religión (art. 18). Por su parte, la Constitución Política de los Estados Unidos Mexicanos también establece tanto el derecho a la protección de la salud (Artículo 4) como la libertad de convicciones éticas, de conciencia y de religión (Artículo 24). ¿Qué hacer cuando el personal de atención de la salud enarbola el artículo 24 constitucional (y el 18 de la Declaración de los Derechos Humanos) para incumplir su deber profesional ante el derecho

a la protección de la salud de una persona-paciente? Ésta es una pregunta recurrente que sigo tratando de contestar desde hace tiempo (5, 6). Gran parte del debate en torno a la objeción de conciencia en la atención de la salud se centra en la posible incompatibilidad entre el profesionalismo médico y la negativa de algunos profesionales a brindar la atención que las y los pacientes requieren en su mejor interés, cuando dicha negativa se fundamenta en creencias privadas, idiosincráticas y no verificables.

¿Qué hacemos en la medicina?

Las actividades médicas se dan siempre dentro del contexto de una relación que establece la persona-paciente con la persona profesional de la salud (su médica o médico) y debe pasar a través del análisis profundo de los objetivos de la medicina. Estos objetivos son: 1) preservar la salud y prevenir enfermedades; 2) curar, aliviar o controlar enfermedades; 3) acompañar/consolar al paciente; y 4) evitar las muertes prematuras e innecesarias y propiciar una muerte en paz.⁷ Las técnicas, procedimientos, maniobras y tratamientos que utiliza la medicina para lograr sus objetivos conforman la *lex artis* medica que deriva de la generación de conocimiento médico-científico, del valor humanístico que el gremio médico otorga a dicho conocimiento y de la aprobación que la sociedad le da a todo esto a través de la expedición de leyes, reglamentos y normas. Una paciente, entonces, espera recibir de su médico lo mejor de su conocimiento médico-científico, dentro de un contexto humanístico de respeto, empatía, confianza y bajo la luz aprobatoria de la ley (o, por lo menos, en ausencia de su prohibición).

Cabe recordar que esta relación paradigmática, la del paciente con su médico, se ve influida de manera importante por un poder desigual en favor del médico, quien, si no reflexiona sobre dicha situación, puede, de manera consciente o inconsciente, abusar del mismo e, indudablemente, afectar al paciente. Es por esto que la relación de los pacientes con sus médicos requiere del empoderamiento de los primeros para pasar de un sistema hipocrático-paternalista clásico a un sistema participativo en la toma de decisiones por parte del paciente a través del respeto a su autonomía, utilizando el conocimiento científico como herramienta insustituible de la práctica médica y tomando en cuenta la realidad pragmática de la economía

de la sociedad y las leyes establecidas para su regulación. En otras palabras, los factores reales que determinan y le dan validez al cuidado médico son: a) los deseos del paciente expresados voluntariamente (consentimiento informado); b) el conocimiento científico (la evidencia que sustenta las acciones que se toman en medicina); c) la distribución justa/equitativa de recursos finitos; y d) lo establecido por las leyes vigentes.

Tomando esto en cuenta, se entiende que los valores personales de un médico (o del resto del personal del sistema de salud) no establecen ni determinan el cuidado que se le debe a su paciente. No es que los profesionales de la salud no tengan valores personales (como se dijo anteriormente, no queremos zombies morales atendiendo pacientes), sino que, simplemente, los valores particulares son relevantes exclusivamente para el individuo, pero no determinan el cuidado médico que requieren los pacientes y que el médico tiene la responsabilidad de proveer. Un médico que antepone sus valores particulares por encima de las necesidades de un paciente no está cumpliendo cabalmente con el cuidado que debe proveer y no cumple tampoco con los objetivos de la medicina y, según muchos, comete entonces una transgresión ética.⁸

Finalmente, es importante reconocer que el personal de atención de la salud debe dirigir su energía intelectual al estudio continuo, a la transmisión del conocimiento, a la producción de nuevo conocimiento y a la valoración continua de lo ya conocido mediante metodologías científicas, cuidando la integridad del método utilizado (científico/clínico). Por otro lado, debe cuidar de su paciente de manera integral, en el sentido de verlo como un todo, como un fin en sí mismo y no como un medio para otros propósitos (a la manera del imperativo categórico kantiano) para poder hacer de lado el conflicto de intereses mencionado. En esto consiste lo que Ruy Pérez Tamayo presentaba como la “nueva” ética en las ciencias de la salud, y por ello exigía tanto el aspecto humanístico (aquel que se interesa por las humanidades) como el humanitario (tratar bien a sus congéneres) en el personal de atención de la salud; de eso se trata el humanismo en medicina: *“un médico culto es un mejor médico, pero no porque sea culto sino porque es un mejor ser humano”*.⁹

Además, la medicina es una actividad monopólica que no cualquiera puede realizar. Se requiere de lo ya mencionado, pero también de permisos

y certificaciones gremiales especiales que no los obtiene cualquiera (título, licencia, certificación, etc.). Estamos sometidos al escrutinio gremial y social. Esto confiere un mayor valor a la responsabilidad que tiene uno como profesional médico e implica un estatus especial de rendición de cuentas ante lo que la sociedad (las pacientes) esperan de nosotros. Traicionar esto por escrúpulos,¹⁰ sin considerar las necesidades de atención de la salud que originan me parece, a lo menos, pueril.

De lo anterior se desprende que la denominada objeción de conciencia puede entenderse como una forma de resistencia que solo se legitima cuando se ejerce como un acto ético que reconoce las necesidades de las personas pacientes y no las deja en estado de indefensión, en cumplimiento de los compromisos asumidos al ejercer la profesión médica. Por eso, en la mayoría de los países del mundo se ha adoptado la costumbre de recitar la Promesa del Médico, conocida como la Declaración de Ginebra al momento de graduarse, de la cual extraigo dos de sus doce principios (el 5º y el 12º):

- No permitir que consideraciones de edad, enfermedad o incapacidad, credo, origen étnico, sexo, nacionalidad, afiliación política, raza, orientación sexual, clase social o cualquier otro factor se interpongan entre mis deberes y mis pacientes;
- No emplear mis conocimientos médicos para violar los derechos humanos y las libertades ciudadanas, ni siquiera bajo amenaza;

Incurrir en estas prácticas contribuye a profundizar el desequilibrio de poder en la relación paciente-médico. Asimismo, además de considerar los intereses de la persona paciente, el profesional de la salud puede experimentar un conflicto entre su identidad como ciudadano y su identidad como portador de convicciones morales, ideológicas o religiosas: se trata de un auténtico conflicto de intereses.

La resolución de este tipo de tensiones suele plantearse en términos de priorizar una de estas “identidades” sobre la otra, es decir, de otorgar primacía a un interés frente a otro. En última instancia, se trata de una decisión de carácter ético.

¿Qué es el conflicto de intereses?

Sin duda, en la atención de la salud confluyen diversos intereses que, para su adecuada comprensión, deben alinearse con los objetivos fundamentales de la medicina previamente señalados. En este sentido, es posible identificar intereses que pueden considerarse primarios por su estrecha correspondencia con dichos objetivos: a) el bienestar de las personas pacientes, b) la calidad de la educación médica y c) la integridad de la investigación científica. Dado que la aplicación del conocimiento biomédico permite la atención de los pacientes, su adecuada transmisión resulta esencial, mientras que la generación de nuevos saberes y la evaluación continua de los ya establecidos posibilitan el cumplimiento de los fines de la medicina. De ahí que estos tres intereses se reconozcan como pilares fundamentales.

Por otro lado, es indudable que en la vida de quienes se dedican a la atención de la salud también intervienen otros intereses. Entre ellos, destaca la necesidad de obtener un sustento económico, por lo que la retribución financiera constituye un interés legítimo y justo. Asimismo, la posibilidad de alcanzar desarrollo profesional y reconocimiento por los logros obtenidos —en un contexto meritocrático donde aspirar a roles como docente, investigador o directivo es válido— forma parte de dichas motivaciones.

De igual manera, la inclinación a favorecer o ayudar a personas cercanas, como familiares o amistades, dentro del ámbito de la atención sanitaria puede considerarse comprensible. Finalmente, como se ha señalado, las convicciones éticas, políticas, de conciencia moral o religiosas constituyen dimensiones legítimas e incluso esperables en los profesionales de la salud. En este sentido, no se busca la formación de sujetos desprovistos de reflexión, sino de personas que ejerzan su práctica desde una perspectiva humanista y comprometida con el bienestar de los demás.

Estos intereses legítimos para cualquier persona constituyen intereses secundarios en la medicina y la atención de la salud, ya que atañen a la persona, pero no a la profesión de la salud ni al paciente. Por eso, el

quinto precepto de la Declaración de Ginebra señala cuestiones que no deben interferir con la atención que debemos a las personas-pacientes, y se convierte en un compromiso del cual somos responsables. Distinguir entre intereses primarios e intereses secundarios es importante, ya que permite entender la definición que se hace del conflicto de intereses como una serie de circunstancias que generan el riesgo de que el juicio o la acción profesional sobre un interés primario, pudiera ser excesivamente influenciado por un interés secundario.¹²

En otras palabras, las convicciones éticas, morales o religiosas pueden introducir —o potencialmente introducir— sesgos en la toma de decisiones y en la práctica médica, lo que exige mecanismos claros para su manejo. Una respuesta adecuada consiste en promover acciones de apertura y transparencia que hagan explícita la existencia de un posible conflicto, con el fin de evitar que la persona paciente se vea afectada negativamente. En este sentido, la decisión de abstenerse de prestar un servicio por motivos de conciencia constituye un acto ético que implica responsabilidades. Entre ellas, destaca la obligación de emitir declaraciones anticipadas a las personas involucradas en la atención —pacientes, personal médico y las propias instituciones de salud—, de modo que estén informadas sobre la posible situación de conflicto y puedan tomar decisiones de manera oportuna y adecuada. Este proceso corresponde a la práctica de la declaración de conflicto de intereses, basada en principios de divulgación, apertura y transparencia (*disclosure*, en inglés).¹³

Kraus¹⁴ ve el asunto como una cuestión de lealtad médica al escribir lo siguiente: “...sin lealtad al enfermo la medicina no es medicina. Cuando se tuercen las prioridades y la fidelidad se enfoca hacia centros hospitalarios, laboratorios clínicos, gabinetes radiológicos o colegas,¹⁵ la ética médica, espacio, fundamental, se queda entredicho...”. Es, por lo tanto, un conflicto de conciencia y requiere de una respuesta bioética clara.

Posturas sobre cómo tratar un conflicto de conciencia en la medicina

Sin duda, invocar la objeción de conciencia para incumplir con la prestación de un servicio de salud dista de ser un acto simple; no basta con recurrir a

ella como si se tratara de una “capa mágica” que permita evadir responsabilidades y dejar de brindar la atención correspondiente.

Existen tres posibles posturas ante la objeción de conciencia: aceptarla, no aceptarla o justificarla. La primera postura, la aceptación, asume la tesis de la integridad donde se establece la objeción de conciencia como un “derecho absoluto”; un absolutismo de conciencia donde los proveedores de servicios de salud deben ser eximidos de realizar cualquier acción contraria a sus creencias morales o religiosas. Esta postura soslaya el respeto al paciente (dignidad y autonomía), incumple con el principio de beneficencia/no maleficencia y desacata los objetivos de la medicina. Finalmente, interfiere con la atención que requiere una paciente al utilizar la objeción como una táctica obstruccionista y de boicot moral. La aprobación, en mayo de 2018, del artículo 10 Bis de la Ley General de Salud¹⁷ representó un riesgo significativo para un sistema de atención de la salud ya de por sí deficitario, altamente heterogéneo y con serias dificultades de acceso. Esta disposición se sustenta en una postura de corte integrista, al establecer que “...el personal médico o de enfermería podrá ejercer la objeción de conciencia y excusarse de participar en la prestación de los servicios que establece esta Ley”.¹⁸

La segunda postura implica no aceptar la validez de la objeción de conciencia en la medicina, ya que la juzga como incongruente con las obligaciones profesionales de los médicos en cuanto al cumplimiento de las necesidades de sus pacientes; es la tesis de incompatibilidad. Ésta considera que si un médico tiene problemas morales para realizar su actividad de acuerdo a la *lex artis medica*, entonces dicho profesional no cumple con sus obligaciones y debería ejercer su objeción antes de decidir el área de especialidad que quiere practicar para evitarse este tipo de dilemas.¹⁹ Después de todo, el acceso a carreras universitarias como la medicina, y posteriormente a determinadas especialidades —por ejemplo, en el ámbito de la salud sexual y reproductiva de las mujeres—, es resultado de una elección voluntaria. En este sentido, si una persona no cuenta con la disposición moral para ofrecer la totalidad de los servicios que su profesión o especialidad exige, sería preferible que no optara por ese camino. En esta línea, Schuklenk señala que las demandas de quienes invocan la objeción de conciencia en la atención de la salud resultan motivo de seria preocupación porque: “...los profesionales de la atención de la salud

ingresan voluntariamente a sus profesiones y se convierten en proveedores monopólicos de los servicios que otorgan, por lo que el rechazo a proveer servicios profesionales con base en argumentos no-profesionales deviene en una conducta no profesional”.²⁰

La tercera postura se deriva de una tesis justificatoria que admite la posible incorporación de la objeción de conciencia dentro del sistema médico. No obstante, su ejercicio se condiciona a una justificación exhaustiva de su relevancia para el agente moral —es decir, el profesional de la salud que presenta objeciones frente a la realización de un servicio específico—, en equilibrio con el respeto al derecho de la persona paciente a recibir una atención médica adecuada, oportuna y de calidad, que salvaguarde su autonomía y dignidad, y que procure el mayor beneficio con el menor riesgo posible.

En este sentido, Fernández-Lynch sostiene que la falta de profesionalismo puede prevenirse, aunque ello exige una responsabilidad ética que debe construirse mediante acuerdos entre las partes involucradas: “ninguna parte obtiene la solución ideal —es el precio de evitar la rigidez de una solución con desenlace dicotómico de ganador-perdedor— ... todos somos ganadores particularmente si, de manera simultánea, podemos permitir que pacientes obtengan los servicios médicos que requieren y quieren, mientras que se preserva la integridad de la profesión médica.”²¹ Esto implica una presión grave al sistema médico público, ya que se podría pensar que los hospitales deben responsabilizarse por contratar personal “no objetor” para suplir la falta de actividad de aquellos que objetan (en nuestro país la tasa de médicos por 1 000 habitantes es la segunda más baja de los países incluidos en la OCDE). Cuando la responsabilidad recae principalmente en el profesional que presenta un conflicto de intereses, es esta persona quien debe solicitar una exención respecto de aquellas atenciones que está obligada a proporcionar en virtud de su responsabilidad médica adquirida, pero que le generan conflictos de índole moral, religiosa o ideológica.

Tanto la postura integrista —que defiende la admisibilidad absoluta de la objeción de conciencia— como la postura incompatibilista —que niega toda posibilidad de su aceptación— resultan excesivamente rígidas. La primera tiende a consolidar un derecho incuestionable, mientras que la segunda descarta por completo la consideración de los valores y convicciones de los

profesionales de la salud. La postura absolutista termina por sustentarse en creencias privadas, idiosincráticas y no comprobables, sin tomar en cuenta la afectación que puede tener en terceros interesados en recibir un servicio de salud. La postura de incompatibilidad absoluta con el profesionalismo médico sugiere, de manera extrema, la existencia de profesionales de la salud como “zombis amorales”.

En este contexto, la tesis justificatoria parece ofrecer un enfoque más racional y equilibrado para abordar la situación, al buscar compatibilizar el respeto por las convicciones morales o religiosas de los profesionales de la salud con la garantía de los servicios que las personas pacientes pueden requerir. Esto resulta especialmente relevante en sistemas de salud que, de manera estructural, presentan heterogeneidad en términos de accesibilidad, disponibilidad, aceptabilidad y calidad, como ocurre en nuestro país, a pesar de los esfuerzos orientados a reducir dichas desigualdades.

El artículo 10 Bis, la CNDH y la Suprema Corte de la Nación

La regulación de la objeción de conciencia constituye un tema complejo y aún no resuelto en el ámbito internacional. Su aplicación podría generar un impacto negativo en la atención de la salud, particularmente en áreas como la salud sexual y reproductiva, así como en el cuidado de pacientes con enfermedades crónico-degenerativas en etapas avanzadas, quienes requieren una atención orientada a la dignidad, el alivio del dolor y la reducción del sufrimiento. En este contexto, la Comisión Nacional de los Derechos Humanos promovió la acción de inconstitucionalidad 54/2018 ante la Suprema Corte de Justicia de la Nación en contra del referido artículo. La disposición impugnada planteaba una objeción de conciencia de carácter absoluto, al permitir la negativa a prestar servicios de salud sin exigir justificación alguna ni establecer salvaguardas para la protección de los derechos de las personas pacientes.

La Suprema Corte estableció que: “...al resultar fundada la presente acción de inconstitucionalidad, esta Corte declara la invalidez del artículo 10 Bis de la LGS, debido a que contiene una regulación deficiente de la

objeción de conciencia en materia sanitaria.”²³ En el extracto de la sentencia establece como razones para la objeción de conciencia:

[...] no es una restricción del derecho a la salud, ni un derecho fundamental de carácter autónomo creado en la LGS por el legislador federal, sino una forma de concreción o materialización del derecho de libertad religiosa, ideológica y de conciencia. Su ejercicio no puede ser absoluto e ilimitado por la concurrencia de bienes jurídicos dignos de especial protección, como lo son el respeto a los derechos fundamentales de otras personas, la salubridad general, la prohibición de discriminación, la lealtad constitucional, el principio democrático y, en general, todos los principios y valores que proclama la CPEUM. La objeción de conciencia en ninguna circunstancia puede tener como resultado la denegación de los servicios de salud a las personas que acuden a las instituciones sanitarias, y tampoco será válida para los casos en que la negativa o postergación del servicio implique un riesgo para la salud o la agravación de ese riesgo, ni cuando pueda producir daños a la salud, secuelas o discapacidades de cualquier forma.²⁴

El sentido general de la resolución menciona una regulación de la objeción de conciencia bajo un concepto justificatorio estricto y exhorta al Congreso de la Unión para que, en el ámbito de sus competencias, tome en cuenta como requisitos mínimos los lineamientos y estándares de validez que señala la sentencia (cuadro 7.1).

Si bien es correcto que la sentencia de la Corte presente lineamientos y estándares que propone como requisitos mínimos, es importante comentar preocupaciones de la implementación de algunos de ellos. La mayoría se encuentran resumidos en el cuadro 1; sin embargo, es pertinente profundizar un poco en algunos puntos que se argumentan frecuentemente en el discurso público.

Referirse a un derecho vs una acción individual (acto ético)

Como se mencionó anteriormente, la Corte establece que no se trata de un “derecho absoluto” sino que debe considerar la concurrencia con “otros bienes

jurídicos dignos de especial protección”; sin embargo, el documento de la sentencia de la Corte utiliza de manera intercambiable la objeción de conciencia como un derecho o como una práctica o acción. Los mismos profesionales de la medicina, casi de manera automática, hablan de un “derecho a la objeción de conciencia”, nunca como un acto ético derivado de las libertades de pensamiento, religión y convicciones éticas que la Constitución otorga.²⁵ La objeción de conciencia puede considerarse un derecho *prima facie*, es decir, un derecho que en principio puede ejercerse a primera vista, siempre que no entre en conflicto con otros derechos de igual o mayor relevancia. En este sentido, diversas propuestas de reforma legal que buscan incorporar la objeción de conciencia suelen definirla como “un derecho a”. En contraste, la definición adoptada por la CONBIOÉTICA ha optado por considerarla como un acto ético, subrayando así su dimensión de responsabilidad profesional, más allá de su formulación estrictamente jurídica:

[...] es la excepción individual que solicita el personal profesional médico y de enfermería, dentro del ámbito de sus competencias, para excusarse de realizar un acto médico en el que está directamente involucrado, que cuenta con sustento científico, legalmente aprobado y jurídicamente exigible, al considerarlo incompatible con sus convicciones éticas, religiosas o morales sin menoscabo al derecho a la atención de la salud de la persona cuya necesidad genera el acto objetado.²⁶

Consideramos que referirse a dicho acto ético como un “derecho” e intentar incorporarlo como tal en una ley produce un efecto performativo que desplaza su carácter *prima facie* hacia una concepción de tipo absolutista. Esto dificulta la comprensión de su naturaleza justificatoria y puede limitar el ejercicio de reflexión sobre las consecuencias que una exención en la atención de la salud tiene para las necesidades de la persona paciente, a quien se decide no atender en función de valores o creencias personales. En este sentido, la exención solicitada suele percibirse como un “derecho” en sí mismo, y no como un derecho *prima facie* sujeto a ponderación. Ello puede llevar a interpretarlo como una suerte de protección automática que exime de toda responsabilidad, sin considerar adecuadamente las obligaciones profesionales involucradas.

Iniciar la definición de la objeción de conciencia en reformas legislativas con el término “derecho” produce un efecto performativo que puede transformar un acto ético condicionado en una suerte de “capa mágica”. Si bien su inclusión en normas y regulaciones ya establece la posibilidad de su ejercicio, siempre que se cumplan las condiciones previstas por la ley, añadir explícitamente la categoría de “derecho” en su definición puede reforzar una interpretación absolutista de la figura y dificultar su aplicación adecuada y responsable.

El falso dilema de tener personal “objedor” y “no objedor”

Tanto la Constitución de nuestro país como la Declaración Universal de los Derechos Humanos reconocen y protegen el derecho a la libertad de pensamiento, convicciones éticas y religiosas. En una sociedad democrática, todas las personas, en su calidad de ciudadanos, poseen posturas ideológicas, morales, éticas y religiosas diversas. Sin embargo, ello no implica automáticamente que se trate de “objedores” o “no objedores” de conciencia.

Como se ha señalado previamente, la objeción de conciencia consiste en la excepción a la obligación de realizar una acción de atención en salud médicamente indicada, la cual el paciente tiene derecho a recibir y el profesional de la salud a proveer. En este sentido, quien solicite dicha exención debido a que sus convicciones éticas, ideológicas o religiosas le generan conflictos o escrúpulos debe reflexionar si realmente se encuentra en una posición de poder cumplir con la totalidad de las obligaciones inherentes a su práctica profesional. En otras palabras, no es equivalente tener convicciones personales a encontrarse en una situación legítima para ejercer la objeción de conciencia. Por ejemplo, en el caso de una mujer que solicita un servicio de interrupción legal del embarazo, únicamente los profesionales de la salud especializados en el área correspondiente —como gineco-obstetras, especialistas en biología de la reproducción o personal médico o de enfermería debidamente capacitado— serían, en principio, quienes podrían plantear la objeción de conciencia, al estar directamente involucrados en la provisión del servicio.

El resto del personal de una clínica, hospital o institución médica no puede considerarse objetor, ya que no tiene la obligación de proveer la atención solicitada. Por supuesto, estas personas conservan sus convicciones ideológicas, éticas, morales o religiosas, a las cuales tienen pleno derecho; sin embargo, ello no las convierte en personal “objetor”, puesto que no están en posición de prestar ese servicio ni cuentan necesariamente con la capacitación para hacerlo. De hecho, asumir una intervención para la cual no se está competente podría constituir una falta profesional grave. En este sentido, la categoría de “objetor” no debe utilizarse para clasificar al conjunto del personal de salud. Si se preguntara a los miembros de una institución su postura frente a un caso de aborto seguro, las respuestas reflejarían posiciones personales a favor o en contra, pero no necesariamente una condición de objetores o no objetores. Quienes no tienen la responsabilidad profesional de proveer dicho servicio no son “objetores” ni “no objetores”, sino personas con opiniones o convicciones al respecto.

Por otra parte, el hecho de que un profesional de la salud se identifique como “no objetor” tampoco implica automáticamente que esté habilitado para realizar el procedimiento. Su realización depende exclusivamente de la capacitación, competencia y autorización profesional correspondiente. En caso contrario, su ejecución constituiría una falta ética y profesional sancionable, incluso si el profesional estuviera de acuerdo con el procedimiento. Por estas razones, solo los profesionales de la salud debidamente capacitados para la atención requerida son quienes tienen la responsabilidad profesional y legal de proporcionar el servicio y, en consecuencia, quienes eventualmente podrían encontrarse en la posición de rechazar su realización por motivos de conciencia o escrúpulos personales.

En cambio, aquellos profesionales que no están capacitados para dicho procedimiento —por ejemplo, en el caso del aborto seguro, pediatras, neumólogos, cardiólogos, neurólogos, ortopedistas, epidemiólogos, radiólogos, entre múltiples otras especialidades— no deben ni pueden proporcionar ese servicio. Sus convicciones personales pueden llevarlos a estar a favor o en contra de su realización, pero ello no los convierte en “objetores” ni “no objetores”.

En este sentido, resulta incorrecto pretender clasificar al personal de salud bajo dicha distinción, ya que ello reduce un conjunto profesional

diverso a una simple toma de postura moral frente a un único tema, cuando en realidad existen múltiples ámbitos éticos y clínicos en los que tales convicciones pueden variar considerablemente.

***La OC requiere de un proceso
de apertura y transparencia***

Quienes tienen la obligación de evaluar sus convicciones y creencias en contraste con las exigencias de su área de especialización y con las necesidades de las y los pacientes son los profesionales de la salud que se encuentran directamente involucrados en la provisión del servicio. En estos casos, deben reconocer la posible existencia de un conflicto de intereses y hacerlo explícito de manera transparente, en primer lugar ante la persona paciente, pero también ante sus colegas —quienes eventualmente deberán asumir la atención no realizada— y ante las autoridades institucionales.

Desde esta perspectiva, la idea de cuantificar “cuánto personal objetor y no objetor existe” en un hospital, una clínica o en el sistema de salud en su conjunto resulta un planteamiento limitado. Lo central no es la clasificación del personal, sino la responsabilidad profesional ante un acto médico específico. Frente a una intervención determinada —como el aborto seguro, entre otros ejemplos posibles— corresponde al profesional capacitado evaluar si sus convicciones personales le generan una objeción tal que le impidan realizarla, en cuyo caso debe solicitar la exención correspondiente como expresión de un conflicto de intereses. Es ese mismo profesional quien debe declarar dicha situación y participar en su adecuada resolución, procurando en todo momento no afectar el acceso oportuno a la atención requerida por la persona paciente. En este sentido, distintos criterios judiciales han señalado que, en casos de urgencia médica o cuando una negativa implique un retraso que ponga en riesgo la vida o la función, o cuando la referencia a otro profesional sea inviable en tiempo y forma, la obligación de garantizar la atención recae en el propio profesional responsable.

Si bien en contextos urbanos este tipo de situaciones puede resolverse con mayor facilidad debido a la disponibilidad de servicios, en localidades pequeñas o geográficamente aisladas puede representar un desafío significativo para el acceso efectivo a la atención de salud.

Cambios nacionales, cambios internacionales

Nuestro país ha ido evolucionando en cuanto a la aparición de distintos derechos de atención de la salud. El aborto seguro es uno de estos casos, aunque su acceso aún no se encuentra implementado de manera homogénea en todo el país. En poco más de la mitad de las entidades federativas, el acceso a este servicio se regula de forma desigual, tanto en lo que respecta a las causales permitidas como a su aplicación práctica. No obstante, en alrededor de veintitrés estados ya se ha legislado el reconocimiento del derecho de las mujeres a acceder a la interrupción del embarazo de manera voluntaria hasta las 12 semanas de gestación. Asimismo, en todo el país se reconoce el derecho a acceder a un aborto seguro en casos de embarazo resultante de violación; sin embargo, en la práctica este acceso suele verse obstaculizado por la negativa de algunos profesionales de la salud que invocan la objeción de conciencia, sin considerar que dicha negativa puede derivar en la falta de alternativas efectivas para la atención de las pacientes.

Lamentablemente, este panorama no es estático y puede modificarse. Basta observar lo ocurrido en Estados Unidos tras la anulación, por parte de la Suprema Corte, del precedente del caso *Roe v. Wade*, que había garantizado el derecho de las mujeres a decidir sobre su reproducción y el acceso al aborto seguro. En una publicación reciente,²⁸ Fox revisa el impacto de esta decisión en el ámbito nacional estadounidense y menciona que:

[...] de los 33 estados que protegen contra demandas de negligencia médica a quienes rehúsan por conciencia, solamente 8 estados les protege siempre y cuando hayan advertido a sus pacientes que rechazarían proveer el servicio (nota del autor: de aborto seguro) [...] y de estos, solo dos estados requieren del personal que rehúsa el que refieran a sus pacientes con un profesional que provea el servicio o bien un lugar dónde acudir a recibirlo.²⁹

Como se observa, en la mayoría de los estados se otorga una protección amplia a quienes deciden rehusarse a proveer servicios de aborto seguro, sin que necesariamente se exija una justificación detallada. Esta situación puede dar lugar a la percepción de que, en algunos casos, se

prioriza la posibilidad de restringir el acceso al servicio por encima de las necesidades de las personas pacientes. En su artículo, Fox inicia con un epílogo donde dice:

El régimen de conciencia en los EUA se encuentra roto. Personal médico o de enfermería que, por razones de conciencia niegan cuidado o atención a los pacientes, recibe un escudo protector contra demandas, despidos, o enjuiciamiento –aún y cuando no informan a sus pacientes sobre sus opciones. Por otro lado, no hay el mismo trato para el personal que, con las mismas razones morales, proveen servicios que su hospital o su estado tiene como restringido (prohibidos). Esta asimetría castiga selectivamente a los proveedores y empuja a los pacientes a la clandestinidad.

Se trata de una problemática que refleja con claridad tensiones derivadas de disputas ideológicas, diferencias en las concepciones morales, integristas de carácter religioso e incluso procesos de polarización política. En esta línea, Veatch sostiene que la determinación unilateral por parte de los profesionales de la salud acerca de qué servicios son moralmente aceptables equivale a “decisiones colegiadas que reclaman ser la última fuente de las normas porque ellos inventaron las reglas”.³⁰ Como suele decirse de manera coloquial, en nuestro país no estamos exentos de dinámicas similares, y existen ejemplos de conductas análogas en distintos ámbitos institucionales y académicos, las cuales invitan a reflexionar sobre cómo las luchas ideológicas también se manifiestan en otros contextos.³¹

Por otra parte, algunos autores han señalado que, cuando se introducen restricciones a las guías generales —como en el caso de la objeción de conciencia— respecto de las obligaciones de los profesionales de la salud, la resolución de los conflictos puede resultar insuficiente si no existe un consenso claro sobre los principios que deben prevalecer. En este sentido, Daniels plantea que es necesario establecer límites mediante procedimientos justos, que incluyan mecanismos de rendición de cuentas por parte de quienes toman las decisiones finales.³³

Parafraseando al mismo autor, se trata de alcanzar acuerdos que permitan aceptar desacuerdos razonables, dentro de un marco de responsabilidad y justificación pública de las decisiones (lo que él llama “rendición de

cuentas para la razonabilidad”). No obstante, este proceso debe partir de una filosofía de apertura frente a los conflictos de intereses que surgen cotidianamente en el ámbito hospitalario.

Un camino de doble sentido

Como ya se mencionó, México ha mostrado un avance en los derechos de las mujeres a decidir sobre su salud sexual y reproductiva. Pero ese tema no es el único que produce escrúpulos que ameritan querer rechazar la provisión de un servicio de salud. Hay otros temas, uno de los cuales no se puede tomar en cuenta porque aún constituye un delito: la eutanasia o la asistencia médica para morir. De acuerdo con encuestas realizadas, el 70% de la población está en favor de esa posibilidad para una terminación de la vida de forma digna.³³ Muchos médicos han sentido la necesidad de ayudar a sus pacientes a terminar una existencia que ya no vale la pena continuar. Algunos lo han hecho de manera subrepticia. Podríamos decir que, al verse enfrentados con la problemática de sus pacientes y verse imposibilitados de ayudarles por ordenamiento legal, han realizado un ejercicio reflexivo y han optado por ir en contra de la norma, ya que sus convicciones éticas se ven afectadas. Han ejercido una objeción de conciencia, pero no para rechazar una atención escrupulosa sino lo contrario, para proveer el servicio cuya falta les produce también escrúpulos. ¿Qué pensara el lector si esta provisión de servicio se hiciera pública de alguna forma? ¿Qué cree el lector que la autoridad diga cuando el médico involucrado argumente el ejercicio de una objeción de conciencia como la razón para haber ayudado a su paciente? ¿Tendrá la autoridad la misma consideración que ofrece para aquellos profesionales que rechazan hacer un aborto aduciendo el ejercicio de la objeción de conciencia? Nuevamente retomo a Fox y su escrito del *Harvard Law Review*, quien advierte que:

[...] del aborto a la ayuda-para-morir, de los bloqueadores de la pubertad a las terapias de conversión, de los opioides a la ivermectina. Algunas leyes permiten; otras, prohíben. Algunas son seguras, otras son baratas. Otras caen dentro de la norma médica, más que empujar sus fronteras. Estas particularidades importan. De la misma forma en que la provisión por

conciencia honra los deseos de las personas-pacientes, mientras que el rechazo por conciencia los anula. Un sistema de principios protegería menos a los rechazadores y más a los proveedores. Las excepciones por conciencia demandan apertura clara y balances compensatorios significativos: tanto para apuntalar el acceso para los pacientes como para distanciar a las instituciones de prácticas a las que se oponen. Para violaciones criminales o civiles la conciencia debe ser, a lo mucho, una excusa parcial. Así, no habrá un capote de inmunidad para la mala práctica ni para el abandono. Una defensa, para los proveedores también, mitigará castigos por ofrecer cuidados y tratamientos razonables. La larga y lenta ebullición entre la ley y la medicina ha llegado a un punto de derrame. El alivio requiere equipar a nuestra diversa sociedad y a la dinámica profesión de la salud con material para navegar las controversias de nuestro tiempo y adaptarnos al cambio desde dentro.³⁴

Considero que este planteamiento constituye un llamado de atención relevante que, como país, no debe pasarse por alto. En el supuesto de que se consolide una normativa sobre la objeción de conciencia —como se ha previsto—, esta debería concebirla como un acto ético que permita a los profesionales de la salud, con base en sus convicciones personales, abstenerse de prestar servicios médicamente indicados y solicitados por las personas pacientes. No obstante, dicha regulación también tendría que reconocer, en condiciones de simetría, la posibilidad de que la objeción de conciencia opere en sentido inverso; es decir, como fundamento para que ciertos profesionales decidan brindar servicios en virtud de sus convicciones personales, incluso en contextos donde estos enfrentan restricciones normativas o sociales. En este sentido, una tesis justificatoria de la objeción de conciencia debería aplicarse tanto al rechazo como a la provisión de servicios, configurándose así como un mecanismo bidireccional.

La cuestión de fondo es si estamos en condiciones de comprender y aceptar esta doble dimensión. Existen razones para el escepticismo: por un lado, históricamente la objeción de conciencia se ha interpretado principalmente como un recurso para negar servicios; por otro, en un sistema de salud heterogéneo y altamente regulado, resulta difícil prever la aceptación de su dimensión positiva, es decir, aquella que implicaría

autorizar la provisión de servicios no plenamente reconocidos o permitidos. Esta tensión, además, no es exclusiva de nuestro contexto, sino que se observa también en otros sistemas de salud.

No se propone, en modo alguno, que el gremio de la salud desacate las normas de manera arbitraria. Como se señaló al inicio, resulta indeseable concebir a los profesionales de la salud como sujetos carentes de reflexión moral. Por el contrario, lo deseable es que quienes ejercen en este ámbito conserven y defiendan su dimensión humana —tanto humanística como humanitaria—, aplicando los conocimientos biomédicos necesarios para resolver los problemas que se presentan cotidianamente de manera eficiente, eficaz, benéfica, sin causar daño, y con criterios de equidad y justicia para quienes requieren atención. En este sentido, el punto de partida debe ser siempre la persona paciente. Cuando surja un conflicto de intereses, corresponde realizar una reflexión ética profunda que permita identificar alternativas sin afectar sus necesidades. Se asume que los profesionales de la salud cuentan con las capacidades intelectuales y éticas para buscar soluciones que armonicen los distintos intereses en juego.

No se trata, por tanto, de eludir la normatividad, sino de procurar que esta tenga un fundamento sólido en principios bioéticos y en el respeto a los derechos humanos —incluyendo la perspectiva de género y el interés superior de la niñez, entre otros—, en lugar de responder únicamente a la imposición de una visión moral particular.

Ante la problemática generada en Estados Unidos tras el caso *Dobbs*³⁵, la prestigiosa revista *The New England Journal of Medicine* publicó una editorial en la que exhorta a los profesionales de la salud a resistir las restricciones estatales que pudieran implementarse —lo cual ocurrió casi de manera inmediata— y a ejercer la mejor medicina basada en evidencia, aun cuando ello implicara enfrentar sanciones como multas, suspensiones o incluso posibles penas de encarcelamiento.³⁶

Se trata, sin duda, de una postura difícil de sostener frente al impacto que representa un cambio jurisprudencial de tal magnitud. En nuestro país se han observado avances en el reconocimiento del derecho de las mujeres a decidir; sin embargo, el ejemplo del país vecino muestra que estos logros no son irreversibles. Ello abre la interrogante sobre si, en un escenario adverso, podría considerarse la objeción de conciencia como fundamento

para que profesionales de la salud continúen brindando servicios como el aborto seguro, en atención a sus convicciones éticas.

A manera de corolario

Termino con dos citas sobre un mismo problema:

Cuando el profesional de la medicina se convierte en un mero técnico bio-médico cuyo papel es nunca preguntar “por qué” en un sentido moral, la medicina entra en terrenos peligrosos.³⁷

La puerta de una medicina “basada en valores” es la puerta de una caja de Pandora llena de una medicina idiosincrática, fanática y discriminatoria.³⁸

Se trata, en efecto, de lados opuestos de una misma moneda. ¿Cómo resolver este dilema? Esa ha sido la pregunta central que ha guiado el presente escrito, cuyos argumentos probablemente resulten incómodos para ambas posturas. La solución, sin duda, no es sencilla. En este punto, resulta pertinente retomar a Fernández-Lynch:

La conciencia a menudo se entromete en el proceso de decisión bioética, ya que las opciones con frecuencia generan preguntas de profunda relevancia sobre la vida y la muerte, sobre dios y la ciencia, la tradición y la tecnología. Para complicar más el asunto, médicos y pacientes pueden tener amplias disparidades sobre estos asuntos, pero solo un camino o curso de acción puede ser tomado el cual muchas veces no puede ser revertido y que puede tener efectos duraderos para ambos participantes.³⁹

Por estas razones, algunos consideran difícil aceptar que la conciencia de un médico deba contar con una protección formal, mientras que otros sostienen que dicha protección es indispensable. En diversos países, particularmente en Norteamérica, se han establecido normativas o estatutos que permiten el rechazo de servicios por motivos de conciencia. Sin embargo, estas disposiciones no ofrecen una protección equivalente para quienes, guiados por sus convicciones, deciden brindar servicios que han sido restringidos o criminalizados a partir de reformas legales posteriores.

Una legislación que protege de manera amplia el rechazo a la provisión de servicios de salud por motivos de conciencia tiende a no abordar el problema como un conflicto de intereses que requiere una solución equilibrada, en la que ambas partes sean consideradas, sin que ello implique, en ningún caso, afectar a las personas pacientes. Estas posturas suelen derivar de concebir la objeción de conciencia como un derecho humano que debe ser defendido principalmente a través de la negativa a actuar.⁴⁰ De ahí que existan múltiples propuestas normativas orientadas a proteger al personal de salud —no solo médicos, sino también profesionales de enfermería, farmacia, química clínica, entre otros—.

Alcanzar consensos en este ámbito resulta complejo; no obstante, es indispensable establecer mecanismos que prioricen, en primer término, las necesidades de las personas pacientes y, a partir de ello, busquen salvaguardar de la mejor manera posible los intereses de conciencia del personal de salud. En este equilibrio, la mayor responsabilidad recae en quien pretende excusarse de proporcionar un servicio que forma parte de sus obligaciones profesionales.

Adenda de carácter reflexivo: en un estado que permita el acceso al aborto seguro únicamente hasta la sexta semana —como se ha planteado en algunas entidades del país— y que, al mismo tiempo, otorgue una protección amplia y absoluta a la objeción de conciencia, surge una interrogante relevante: ¿estaría ese mismo estado dispuesto a aceptar que profesionales de la salud brinden servicios de aborto después de la sexta semana, bajo el argumento de que negarse a hacerlo contraviene sus convicciones éticas, como ocurre en otras entidades donde el acceso es más amplio? Este planteamiento evidencia la tensión inherente a una concepción unilateral de la objeción de conciencia. Si se reconoce como un principio válido, su aplicación coherente exigiría considerar tanto su dimensión negativa (rechazo a prestar servicios) como su posible dimensión positiva (decisión de prestarlos por convicción). Sin embargo, en la práctica, los marcos normativos suelen privilegiar únicamente la primera.

Desde una perspectiva bioética, aceptar esta simetría implicaría replantear profundamente los límites del sistema jurídico y sanitario, lo cual no es sencillo ni exento de controversia. En mi opinión, es poco probable que un estado adopte esta postura de manera consistente, ya que entraría en conflicto directo con el principio de legalidad y con la función reguladora del propio Estado.

No obstante, la pregunta es valiosa precisamente porque pone en evidencia las inconsistencias y desafíos que enfrenta la regulación de la objeción de conciencia?

Cuadro 7.1. *Lineamientos y estándares de validez establecidos por la Corte en la sentencia de la Acción de Inconstitucionalidad 54/2018 (una tesis justificatoria)*

Es una acción individual	Es de la persona física Descarta la posibilidad de un acto “institucional” o de persona moral
Identificar el status del personal	Declaración de personal como “objector” o “no objector”*
Plazo breve	Para resolver la necesidad de atención de la salud rechazada
Decidir sobre la procedencia	La institución debe valorar la justificación de la exención del acto médico rechazado
No procede cuando	Pone en riesgo la vida Problema: valoración de “riesgo”
	Es urgencia médica Problema: concepto de urgencia (una violación requiere una anticoncepción de emergencia en 72 horas)
	Genera una carga desproporcionada Sobretudo para las personas-paciente También laboral para colegas
	Sufrimiento por tardanza
	Riesgo por postergación Por ejemplo: embarazo de 10-11 semanas cuando el límite son 12.
	Pacientes con diagnóstico de cáncer Daño, agravación, secuelas, discapacidad Consecuencia de todo lo anterior
	No haya alternativa viable/acceso
	Por distancia o disponibilidad del personal
Negativa cuando es por motivos discriminatorios o de odio	Totalmente contrario a Derechos Humanos Raza, sexo, género, clase social, etc.
No deben entorpecer o retrasar prestación	Actitud obstruccionista a las necesidades de la persona-paciente
Existen responsabilidades	Administrativas Profesionales Penales
Pacientes deben recibir	Información amplia Trato digno
Remitir a jefe inmediato	O a colegas especialistas que resuelvan la atención que se rechaza otorgar
Ausencia de juicios valorativos o de persuasión	No tener actitudes de proselitismo o convencimiento
	Requisitos de “pláticas informativas” sobre riesgos, adopción, etc.
* Situación problemática. El deber de apertura ante un conflicto de intereses por motivos de convicciones personales, recae precisamente en el profesional que presenta el conflicto (el “objector”), no en el resto. Ver discusión en el texto.	

Fuente: elaboración propia.

Referencias

1. Miembro del Colegio de Bioética, A.C.
2. Dennett D. The unimagined preposterousness of zombies. *J Conscious Stud.* 1995;2(4):322-326. Disponible en: <https://dl.tufts.edu/pdfviewer/rf55zm151/6m312182x>
3. Ordorica-Mellado M. 1974: momento crucial de la política de población. *Pap Poblac.* 2014;20(81). Disponible en: https://www.scielo.org.mx/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1405-74252014000300002
4. Thoreau HD. Desobediencia civil. Pilovsky S, traductor. México: Tumbona Ediciones; 2012. Disponible en: <http://www.tumbonaediciones.com/descargas/DesobedienciaCivil.pdf>
5. Santillán-Doherty P. La objeción de conciencia en la medicina: una visión desde la trinchera. En: Tapia R, Vázquez R, coordinadores. *Logros y retos de la bioética.* México: Fontamara; 2014.
6. Santillán-Doherty P. ¿Es justificable la objeción de conciencia en la medicina? En: Capdevielle P, Medina-Arellano MJ, coordinadores. *Bioética laica: vida, muerte, género, reproducción y familia.* México: UNAM, Instituto de Investigaciones Jurídicas; 2018.
7. The Hastings Center. The goals of medicine: setting new priorities. *Hastings Cent Rep.* 1996. Disponible en: <https://doi.org/10.1002/j.1552-146X.1996.tb04777.x>
8. Savulescu J, Schuklenk U. Doctors have no right to refuse medical assistance in dying, abortion or contraception. *Bioethics.* 2017;31:162-170.
9. Pérez-Tamayo R. Humanismo y medicina. *Gac Med Mex.* 2013;149:349-353.
10. Asociación Médica Mundial. Declaración de Ginebra: promesa del médico [Internet]. Disponible en: <https://www.wma.net/es/policies-post/declaracion-de-ginebra/>
11. Lo B, Field MJ, editores. *Conflict of interest in medical research, education and practice.* Washington (DC): National Academies Press; 2009. Disponible en: <https://doi.org/10.17226/12598>
12. Fernandez-Lynch H. *Conflicts of conscience in health care: an institutional compromise.* Cambridge (MA): MIT Press; 2008.
13. Kraus A. Farmacracia. *El Universal.* 2020 ago 2.
14. Rowling JK. *Harry Potter and the deathly hallows.* London: Bloomsbury; 2007.
15. Diario Oficial de la Federación. Decreto por el que se adiciona un artículo 10 Bis a la Ley General de Salud. 2018 may 11.
16. Schuklenk U. Conscientious objection in medicine: accommodation versus professionalism and the public good. *Br Med Bull.* 2018;126:47-56. doi:10.1093/bmb/ldy007
17. Comisión Nacional de los Derechos Humanos. Acción de inconstitucionalidad 54/2018 [Internet]. 2018 jun 11. Disponible en: <https://www.cndh.org.mx/documento/accion-de-inconstitucionalidad-54-2018>
18. Suprema Corte de Justicia de la Nación. Extracto de la Acción de Inconstitucionalidad 54/2018. México: Dirección General de Derechos Humanos; 2021 sep 21. Disponible en: <https://www.scjn.gob.mx/derechos-humanos/sites/default/files/sentencias-emblematicas/resumen/2022-06/Resumen%20ai54-2018%20gdh.pdf>

19. Declaración en defensa de la objeción de conciencia en el campo de la salud. Carta pública; 2021 oct 11.
20. Comisión Nacional de Bioética. La objeción de conciencia en el proceso de atención a la salud (pronunciamento) [Internet]. 2022 ago 11. Disponible en: https://www.gob.mx/cms/uploads/attachment/file/765656/Pronunciamento_Objecioon_Conciencia_Ago2022.pdf
21. Secretaría de Salud. Centro Nacional de Equidad de Género y Salud Reproductiva. Lineamiento técnico para la atención del aborto seguro. México; 2022. Disponible en: https://www.gob.mx/cms/uploads/attachment/file/779301/V2-final_Interactivo_22nov_22-Lineamiento_te_cnico_aborto.pdf
22. Fox D. Medical disobedience. *Harv Law Rev.* 2023;136(4):1032-1111. Disponible en: <https://harvardlawreview.org/print/vol-136/medical-disobedience/RB>, Caplan AL, Emanuel LL, Latham SR, editores. *The American Medical Ethics Revolution*. Baltimore, Johns Hopkins University Press, EUA. 199. Pág.162.
23. Daniels N. *Just health: meeting health needs fairly*. Cambridge: Cambridge University Press; 2008.
24. Derecho a Morir con Dignidad (DMD). Segunda Encuesta Nacional de Opinión sobre el Derecho a Morir con Dignidad [Internet]. Disponible en: https://dmd.org.mx/?page_id=7657
25. Fox D. Medical disobedience. *Harv Law Rev.* 2023;136(4):1032-1111.
26. *Dobbs v. Jackson Women's Health Organization*, 597 U.S. ____ (2022). Caso que revoca *Roe v. Wade* [Internet]. Disponible en: <https://constitutioncenter.org/the-constitution/supreme-court-case-library/dobbs-v-jackson-womens-health-organization36>. Wynia MK. Professional Civil Disobedience: Medical Society Responsibilities After Dobbs. *N Eng J Med* 2022; 387:959-60.
37. Loewy EH. Physicians and Patients: Moral Agency in a Pluralistic World. *J Med Human Bioethics.* 1986; 7(1):57-64. Referido por Fernandez-Lynch H (ver nota al pie #12).
38. Savulescu J. Conscientious Objection in Medicine. *Brit Med J.* 2006; 332:294-97.
39. Fernández-Lynch H. Op. Cit. Nota 12. Pág. 19.
40. Juan Pablo II. *Evangelium Vitae*. 1995. Parr. 74.