

Introducción

1. PLANTEAMIENTO Y JUSTIFICACIÓN DEL TEMA

Los médicos piden una ley de objeción de conciencia

Madrid, 5/7/2010

La Organización Médica Colegial (OMC) ha pedido una ley para regular la objeción de conciencia de los profesionales sanitarios, ya que consideran «insuficiente» para garantizar la seguridad jurídica de profesionales y pacientes la primera y única referencia legal a este derecho, recogida en la nueva ley del aborto.¹

Una nueva sentencia rechaza la objeción planteada por un médico de familia contra la Ley del Aborto

Málaga, 7/5/2013

[...] El pronunciamiento judicial da la razón al Servicio Andaluz de Salud (SAS) en su decisión de negar el derecho a la objeción de conciencia a este profesional, puesto que la Ley no prevé la posibilidad de ejercer este derecho en el proceso de información y derivación de las mujeres, así como en la atención anterior y posterior a la interrupción voluntaria del embarazo.²

¹ Anónimo, «Los médicos piden una ley de objeción de conciencia», *El País*, 5 de julio de 2010.

² Europa Press, «Una nueva sentencia rechaza la objeción planteada por un médico de familia contra la Ley del Aborto», *eldiario.es*, 7 de mayo de 2013.

No atenderlos viola mi ética y mis principios

Madrid, 19 /9/ 2012

Mar Noguerol es médico de familia de un centro de salud madrileño en una zona en la que la población extranjera ronda el 15 %. Es uno más de los profesionales que han manifestado su rechazo a la exclusión de las personas sin papeles del sistema sanitario, declarándose objetores. «Los inmigrantes, como el resto, tienen derecho a enfermar, a prevenir la enfermedad y a recibir los tratamientos correspondientes. No atenderles viola mi ética y mis principios. Yo seguiré asistiendo como pueda a mis pacientes y a otros nuevos que acudan a mi consulta».³

Ginecólogos navarros aseguran que no todos los profesionales son objetores en la comunidad

Pamplona, 28/4/2010

[...] Este grupo de ginecólogos navarros se pregunta [...] si en realidad los objetores son los médicos o bien «algunos políticos que pretenden hacer desobediencia civil escudándose en nosotros». En este sentido, recalcan que los políticos aluden a la objeción de conciencia colectiva «que no es cierta» para «esconder que son ellos los que están negando la posibilidad de que las mujeres puedan ejercer el derecho».⁴

Aragón se suma a Andalucía y aprueba una ley de muerte digna

Zaragoza, 25/3/2011

[...] Ricardo Canals (PP) manifestó que el verdadero objetivo de IU era dar «dos pasos» adelante hacia la eutanasia y que la ley es una «trampa» hacia esa práctica ilegal en España [...]. Criticó que la norma salga adelante sin aludir a la objeción de conciencia, porque habría dado seguridad a los profesionales, y sobre todo, a los pacientes. La

³ L. Molina, «No atenderlos viola mi ética y mis principios», *eldiario.es*, 19 de septiembre de 2012.

⁴ A. Arrarás, «Ginecólogos navarros aseguran que no todos los profesionales son objetores en la comunidad», *El País*, 28 de abril de 2010.

actuación de médicos y enfermeras queda en «tela de juicio», surgirán conflictos éticos y muchas de sus acciones acabarán en los tribunales, advirtió Canals.⁵

El PP recurre la ley que crea listas negras de los profesionales sanitarios

Pamplona, 12/2/2011

El PP [...] ha presentado un recurso de inconstitucionalidad a la ley foral por la que se crea un registro de profesionales sanitarios objetores de conciencia a la práctica de interrupciones voluntarias del embarazo, al entender que «no es compatible con la Constitución que una ley establezca restricciones al ejercicio de un derecho fundamental».⁶

Los farmacéuticos reclaman la objeción de conciencia

Madrid, 8/9/2009

La Asociación Nacional para la Defensa de la Objeción de Conciencia (ANDOC) ha decidido emprender acciones ante la próxima dispensación libre de la llamada píldora del día después. Esta entidad, que agrupa a médicos, farmacéuticos y a otros profesionales que, por motivos de conciencia, se niegan a llevar a cabo determinadas prácticas [...] enviará cartas a todos los presidentes de los colegios provinciales de farmacéuticos para que garanticen su derecho a no dispensar el fármaco.⁷

BASTA un breve repaso por las hemerotecas para constatar la actualidad de los conflictos de conciencia en el ámbito sanitario. A pesar de que la literatura jurídica y bioética que ha abordado dichos conflictos es verdaderamente ingente, siguen quedando cuestiones de interés por debatir y desafíos a los que dar respuesta.

⁵ Anónimo, «Aragón se suma a Andalucía y aprueba una ley de muerte digna», *El País*, 25 de marzo de 2011.

⁶ Anónimo, «El PP recurre la ley que crea listas negras de profesionales sanitarios», *La Razón*, 12 de febrero de 2011.

⁷ Anónimo, «Los farmacéuticos reclaman la objeción de conciencia», *La Razón*, 8 de septiembre de 2009.

Si se repara en las noticias que aparecen en los medios o en los casos que alcanzan los tribunales de justicia, la mayor parte de las veces las polémicas y las reivindicaciones giran en torno a los profesionales sanitarios, sus incertidumbres, sus *derechos de conciencia*. Salvo excepciones, resulta poco frecuente encontrar la experiencia o el punto de vista de quienes están al otro lado: las personas usuarias del sistema de salud que se enfrentan, probablemente sin saberlo y sin quererlo, con la oposición del profesional sanitario a la prestación del servicio que requieren. Tampoco resulta fácil saber qué ocurre con esas personas o cómo se desarrolla y resuelve el desencuentro. Semejante desconocimiento resulta especialmente grave en el caso de la interrupción de la gestación, que constituye el principal procedimiento objetado, en el que no es infrecuente que las mujeres se vean sometidas a una situación de doble dominación por parte del profesional que ejerce su poder: en tanto que usuarias y en tanto que mujeres.

La objeción de conciencia sanitaria se ha convertido en un refugio —habitualmente oculto y no siempre legítimo— ante las incertidumbres científicas y éticas que se plantean en el contexto sanitario. En ocasiones, parece acudir a ella como a una suerte de recurso primario frente al difícil manejo de la relación asistencial actual, inserta en una sociedad marcadamente plural en la que es necesario que la voz de otros agentes distintos de los sanitarios sea reconocida. Es precisamente la comprobación de ese sesgo lo que me ha conducido a tratar de establecer los conflictos desde una perspectiva menos frecuente, en clave relacional, que pretende contemplar los problemas destacando las consecuencias que las reivindicaciones de conciencia de los profesionales tienen para los usuarios del sistema. Con este enfoque no es mi intención obviar la amenaza que sienten los profesionales hacia su integridad moral ante procedimientos que les resultan éticamente conflictivos, sino poner en relación sus intereses, derechos y posibles daños con los de las personas a las que atienden.

Frente a este tipo de situaciones comunes, surgen otras más novedosas, como la objeción de conciencia de los profesionales a denegar la asistencia regular a personas migrantes indocumentadas.⁸ En este caso, paradójicamente, la objeción

⁸ A raíz de la entrada en vigor el 20 de abril de 2012 del Real Decreto 16/2012, referente a *medidas urgentes para garantizar la sostenibilidad del Sistema Nacional de Salud y mejorar la calidad y seguridad de sus prestaciones*, se prohíbe la asistencia regular en centros de atención primaria y especializada a personas que no sean titulares o beneficiarias de una tarjeta sanitaria, como por

de conciencia se manifiesta contraria al mandato institucional, pero coincidente con las necesidades del usuario, solidaria con sus circunstancias y su condición de vulnerabilidad. Este tipo de expresiones cuestiona los límites de lo que tradicionalmente se entendía por objeción de conciencia y los amplía a supuestos que guardan más relación con cuestiones de justicia social que con asuntos que atañen a la estricta moral individual. De ahí la necesidad de abordar una revisión conceptual que, en cierta medida, redimensiona el problema de la objeción de conciencia, situando el plano de los deberes morales hacia sí mismo en conexión con el de las responsabilidades hacia los otros.

De esta manera, más allá de las causas y consecuencias para los individuos en las situaciones concretas, se verá que los conflictos de conciencia están estrechamente vinculados a cuestiones de envergadura tales como el papel de arbitraje moral asumido por los profesionales sanitarios y el lugar que ocupan —o deberían ocupar— las propias convicciones en la dispensa de cuidados; especialmente en un sistema de salud público inserto en un Estado democrático constitucionalmente definido como aconfesional.

En tanto que Estado aconfesional y democrático, existe un compromiso con el pluralismo, de manera que ningún sistema moral concreto debería primar sobre otro. En tanto que Estado social, está comprometido con la consecución de determinados bienes comunes, entre ellos, la salud. Por tanto, existe una obligación constitucionalmente reconocida de garantizar el acceso a la asistencia sanitaria. Ello supone una concepción específica de la salud como bien, individual y colectivo, puesto que tanto políticamente como desde la perspectiva jurídica se le otorga una cobertura que otros Estados no proporcionan. Este aspecto resulta importante en la medida en la que la protección de la salud de una persona, bajo ciertas circunstancias, podría convertirse en un límite para el ejercicio de la objeción de conciencia por parte de otra.

El panorama que acabo de plantear justifica, a mi modo de ver, que la objeción de conciencia en el ámbito sanitario siga constituyendo un problema pertinente para el análisis y la reflexión, tanto en el nivel de la relación asistencial como en el de sus implicaciones sociales y políticas. Por ello, en este trabajo se

ejemplo, las personas migrantes indocumentadas. Algunos profesionales sanitarios se han opuesto a estas medidas y han recurrido a la objeción de conciencia para que el colectivo migrante siga recibiendo la atención sanitaria que necesite, como ocurría anteriormente a la aprobación de la ley.

pretende situar los conflictos de conciencia del ámbito sanitario en su contexto, revisar ciertos conceptos asentados y contrastar el estado de la cuestión en los discursos jurídico y bioético para, finalmente, establecer las condiciones para el ejercicio de la objeción en función de planteamientos innovadores enriquecidos y alimentados por las perspectivas feminista y relacional acerca de la conciencia y sus reivindicaciones.

El enfoque feminista-relacional implica un compromiso con el reconocimiento de la opresión de las personas que se encuentran en situaciones de mayor vulnerabilidad cuando los conflictos de conciencia bloquean el acceso a determinados servicios o dan lugar a situaciones vejatorias. En ese sentido, la elección de este punto de vista no atiende a un mero pretexto teórico, sino que pretende, por un lado, arrojar luz sobre los claroscuros que se producen en torno a la conciencia y las reivindicaciones que se hacen en su nombre; por otro, entender y responder de una manera más adecuada y eficaz a las situaciones de dominación.

2. HIPÓTESIS DE TRABAJO Y OBJETIVOS

El punto de partida de este trabajo es el presupuesto de que la proliferación de los conflictos por motivos de conciencia en el contexto sanitario ha conducido con frecuencia a un tratamiento inadecuado de los mismos. Concretamente, ha podido observarse un uso inapropiado de la objeción de conciencia, banalizándola o sacralizándola, sin que aparentemente se haya considerado el alcance que la negativa a prestar un tratamiento pueda tener para el resto de personas implicadas.

De acuerdo con estas premisas, se pretende analizar las tensiones entre intereses, derechos y deberes que surgen entre las partes implicadas, así como las relaciones de poder que se establecen entre quienes ostentan el conocimiento experto y quienes se encuentran en situación de mayor vulnerabilidad. Este análisis persigue identificar los problemas en los distintos niveles discursivos —de intereses, de derechos y deberes y de relaciones de poder— sin prescindir del contexto en el que esos problemas surgen. De ahí la atención prestada a la evolución de la relación asistencial desde una perspectiva histórica, la necesidad de establecer el marco jurídico en el que se producen los conflictos y el tratamiento teórico que desde la bioética se le ha proporcionado a la objeción de conciencia.

Todo este bagaje previo contribuye a establecer y justificar una serie de límites que condicionen el ejercicio de la libertad de conciencia para los profesionales sanitarios. Con ello se aspira a ofrecer un marco ético-normativo que pudiera servir de referencia para la resolución de conflictos, a partir de una noción de conciencia menos individualista y más relacional.

Como objetivos principales cabe plantear los siguientes:

- Identificar la existencia y las características específicas de los conflictos de conciencia en el contexto sanitario.
- Determinar el impacto de las reivindicaciones por motivos de conciencia en tres niveles diferenciados: como conflicto entre intereses, como conflicto de derechos y deberes y como conflicto de poder.
- Plantear y analizar críticamente la concepción y el tratamiento jurídicos de la objeción de conciencia en España.
- Plantear y analizar críticamente el panorama teórico en relación con el tratamiento de la objeción de conciencia
- Establecer los límites para el ejercicio de la libertad de conciencia a partir de las obligaciones profesionales y su repercusión en las personas implicadas.
- Formular una propuesta alternativa, en clave feminista-relacional, a la consideración mayoritaria que entiende la objeción de conciencia y su correlato, la integridad moral, en términos individualistas.

3. ASPECTOS METODOLÓGICOS

Desde el punto de vista metodológico, se plantea un estudio de los conflictos de conciencia desde dos perspectivas:

- Teórico-conceptual, con el fin de atender al fundamento, los presupuestos, la genealogía y los discursos vinculados a los problemas de conciencia en el ámbito sanitario.
- Práctico-moral, con el fin de conocer la realidad de los casos concretos, las consecuencias, las legislaciones y las políticas públicas relacionadas con los conflictos de conciencia sanitarios.

No en vano ambas perspectivas, la epistémica y la moral, están íntimamente interconectadas. Dado el carácter interdisciplinar de la bioética, adicionalmente se integrarán aportaciones procedentes del ámbito jurídico y político, cuyos intereses se solapan con los propios de la filosofía moral. Ello no supondrá en modo alguno abandonar la metodología propiamente humanística, que en este trabajo adoptará un patrón analítico basado en la argumentación lógica y el análisis conceptual de los términos y problemas detectados.

Igualmente, se tendrá en cuenta la investigación empírica presentando la casuística apropiada a cada caso, en la medida en la que constituye un elemento indispensable para la correcta definición, delimitación y reformulación de los conflictos de conciencia en la praxis ético-médica. En ese sentido, se tratará de aplicar un enfoque gradualista que dé cuenta cabal de la ponderación de las consecuencias para los agentes implicados en los conflictos de conciencia, de modo que se vincule lo normativo y lo fáctico.

El enfoque que aúna las dimensiones teórica y práctica y que proporciona coherencia al presente trabajo se encuentra vinculado a la teoría relacional de corte feminista. A través de esa mirada, es posible explorar los modos en los que el ser-en-relación constituye un aspecto primordial para la autocomprensión y las interacciones con los demás a nivel individual, colectivo e institucional. La reivindicación de que las personas somos seres relacionales pretende ir más allá de la constatación de ese modo de vivir que tenemos los humanos. Así, la concepción relacional del yo reconoce no solo que las personas viven en conexión unas con otras, sino también que esa conexión con los demás resulta esencial para la propia existencia y desarrollo de uno mismo. Nos definimos a nosotros mismos en relación con los otros y a través de las relaciones que establecemos con esos otros. Desde esta perspectiva, las relaciones desempeñan un papel fundamental precisamente por la naturaleza intrínsecamente social de los seres humanos.⁹

Esta visión relacional no implica una concepción del yo totalmente determinada por el entramado de relaciones en el que se inscribe. También asume la importancia que para las personas tiene su agencia individual. Precisamente es el equilibrio entre esas dimensiones —la relacional y la individual— lo que consti-

⁹ J. Nedelsky, «Reconceiving Autonomy: Sources, Thoughts and Possibilities», *Yale Journal of Law and Feminism*, 7, 1989, pp. 7-36: 7-8.

tuye el principal reto que surge a la hora de afrontar los conflictos de conciencia; dicho de otro modo, el problema es cómo combinar la naturaleza social de las personas —y los vínculos y responsabilidades que se establecen entre ellas— con su voluntad de autodeterminación.¹⁰

La centralidad que ocupan las relaciones en el desarrollo vital y el razonamiento moral de las personas ha formado parte de varias teorías feministas, particularmente de las vinculadas a la ética del cuidado.¹¹ En conexión con esos enfoques, lo que me ha interesado destacar son las dinámicas y características que necesitarían ser promovidas para mejorar la relación asistencial, superar los propios sesgos y afrontar los conflictos de una manera más abierta y reflexiva.

3.1. Medios y recursos utilizados en la investigación

Para la realización de este estudio se han utilizado fuentes bibliográficas y repertorios de legislación así como recursos electrónicos y bases de datos jurídicas, biomédicas y filosóficas. Entre ellos, han sido de inestimable ayuda los proporcionados por la Biblioteca «Tomás Navarro Tomás» (Centro de Ciencias Humanas y Sociales del Consejo Superior de Investigaciones Científicas), la Biblioteca «Francisco de Vitoria» (Universidad de Salamanca), la Biblioteca de Ciencias Sociales y Jurídicas «María Moliner» (Universidad Carlos III de Madrid), la Biblioteca del Centro de Estudios Políticos y Constitucionales y la Biblioteca Nacional de España.

Asimismo, gracias a las estancias de investigación realizadas en el extranjero, ha sido posible consultar los fondos bibliográficos y utilizar los recursos electrónicos y formativos del Oxford Uehiro Centre for Practical Ethics (Oxford, abril-julio de 2010), de la Case Western Reserve University (Cleveland, febrero-agosto de 2011), de la Universidad de Princeton (Princeton, enero-julio de 2012) y del *Hastings Center* (Nueva York, junio de 2012). Algunas de las conversaciones

¹⁰ *Ibid.*, p. 9.

¹¹ Por ejemplo, C. Gilligan, *In a Different Voice: Psychological Theory and Women's Development*, Cambridge (Massachusetts), Harvard University Press, 1982; V. Held, *Justice and Care: Essential Readings in Feminist Ethics*, Boulder (Colorado), Westview Press, 1995; C. Gilligan, *La ética del cuidado*, Barcelona, Fundació Víctor Grífols i Lucas, 2013.

mantenidas con el personal investigador vinculado a esos centros han ido orientando de manera significativa el planteamiento de este trabajo. De la fase inicial de la investigación, resultan especialmente destacables las propuestas facilitadas por Julian Savulescu, Stephen Clark y Tony Hope. En Estados Unidos, Stuart Youngner y Mark Aulisio, contribuyeron enormemente a delimitar el objeto de estudio y a profundizar en el esquema y contenidos de la investigación; Keith Wailoo y Nancy Berlinger ayudaron a la concreción de los problemas vinculados a la objeción de conciencia en el contexto sanitario, aportando sus conocimientos y experiencias sobre el entorno asistencial y la sociedad estadounidenses.

Como bases de datos, se ha hecho uso de la Academic Search Premier, ISI Web of Knowledge, ISOC, Philosopher's Index, PCI, ProQuest, JSTOR, Bioethicsline, PubMed, EBSCOHOST, Iustel, LaLey, Aranzadi, entre otras. Finalmente, cabe destacar la información proporcionada por los servidores web de bioética de DILEMATA, del Comité de Bioética de España, e-bioethics, bioeticaweb, aebioetica, bioethicsweb, entre otros.

4. ALGUNAS PRECISIONES TERMINOLÓGICAS

Puesto que el uso del lenguaje no es neutro, me ha parecido conveniente expresar las intenciones que me han hecho optar por ciertas denominaciones significativas a lo largo del texto.

En general, he procurado utilizar los términos «persona usuaria», «usuario/a», frente a «paciente» o «enfermo», salvo en aquellos casos en los que o bien se trataba de citas literales o paráfrasis de otros autores, o bien me refería a una situación en la que he querido enfatizar que la persona era, ante todo, «paciente», en el sentido de «persona que padece y que se halla bajo atención sanitaria». Esta elección se justifica, a mi modo de ver, por dos razones fundamentales. La primera guarda relación con una cuestión de precisión lingüística: las intervenciones sanitarias no se circunscriben exclusivamente a los procesos asistenciales y de cuidado, sino que afectan de manera más amplia a las personas que acuden a los profesionales de la salud. En contra de lo que comúnmente se tiende a creer, «usuario/a», «paciente» y «enfermo/a» no son términos equiparables. Como ha señalado Diego Gracia, «todos los que se ponen en contacto con el sistema de

salud son usuarios suyos, pero de ellos solo una parte adquirirá la categoría de paciente, y dentro de estos, solamente algunos serán tratados como enfermos».¹²

De acuerdo con el art. 3 de la Ley Básica reguladora de la autonomía del paciente, aprobada en 2002, paciente es «la persona que requiere asistencia sanitaria y está sometida a cuidados profesionales para el mantenimiento o recuperación de su salud», mientras que «usuario» viene definido como «la persona que utiliza los servicios sanitarios de educación y promoción de la salud, de prevención de enfermedades y de información sanitaria». Por tanto, es esta última denominación la que resulta más incluyente de las tres habitualmente utilizadas en la literatura especializada. La persona usuaria del sistema puede ser considerada una interlocutora válida, sujeto de derechos y deberes, desde el punto de vista ético y jurídico.¹³

Más allá de la precisión estrictamente terminológica, la segunda razón que justifica esta elección es la evitación de las connotaciones negativas que subyacen a la denominación «paciente», que describen a una persona sufriente y pasiva, infantilizada y patologizada. Estos rasgos corresponden a un individuo en situación de dependencia no solo física, sino también psíquica y moral, que le aboca, natural y unilateralmente, a las decisiones y quehaceres médicos. La aparición del «usuario» otorga a los sujetos que se encuentran en situación de necesidad asistencial el reconocimiento de su agencia. Por eso, a falta de una palabra más afortunada, en el texto generalmente tenderé a utilizar la denominación que mejor se ajusta a los contenidos que pretendo defender.

Asimismo, con el uso de la expresión «profesional sanitario» se persigue un afán inclusivo de hacer visibles a todos los trabajadores que prestan servicio en el ámbito sanitario y no solo al personal médico; es decir, se pretende evitar la desigualdad entre los profesionales afectados implantada por la nomenclatura dominante. Dado el protagonismo que los facultativos siguen teniendo en la toma de decisiones, en numerosas ocasiones se aludirá a ellos de manera específica. No obstante, la colectivización de las tareas asistenciales ha generado la necesidad

¹² D. Gracia, «La relación clínica», *Revista Clínica Española*, 191 (2), 1992, pp. 61-63: 61. Apud S. Tarodo, *Libertad de conciencia y derechos del usuario de los servicios sanitarios*, Bilbao, Universidad del País Vasco, 2005, p. 33.

¹³ S. Tarodo, *Libertad de conciencia y derechos del usuario de los servicios sanitarios*, op. cit., p. 33.

de tener presente a otros profesionales cuyo peso en la relación asistencial no es menor. Por razones de espacio no me detendré en el análisis pormenorizado de cada grupo profesional; intentaré plantear los problemas que los conflictos de conciencia les generan a todos ellos de manera común. Ello no resta interés a las peculiaridades de esos *otros* colectivos, especialmente el de enfermería, cuya larga trayectoria en la relación con usuarios y pacientes ha seguido un curso radicalmente diferente al de los profesionales de la medicina, como se intentará mostrar en el primer capítulo.

Se ha optado de manera consciente por evitar en la medida de lo posible la utilización de «ciudadano» y «ciudadanía» en pro de «persona», «individuo», «sujeto», «agente». Nuevamente, es una intención inclusiva la que sustenta esta decisión. En un momento en el que la distinción entre ciudadanos y no ciudadanos está suponiendo en España la concesión o no de derechos sociales hasta ahora asentados, como el derecho a la protección de la salud para todos los residentes en el territorio nacional (art. 43 CE), he evitado conscientemente hablar de derechos e intereses de la ciudadanía como una forma de reivindicación política. De acuerdo con lo que expresaba Hannah Arendt, no es posible elegir a las personas con las que cohabitamos el mundo.¹⁴ Y esta imposibilidad fáctica implica además una serie de obligaciones éticas y políticas, como la de respetar las trayectorias vitales ajenas y preservar la heterogeneidad de la que todos formamos parte. Esta reflexión adelanta otro rasgo importante que he intentado expresar a lo largo del trabajo en relación con la conciencia, la necesidad del reconocimiento del *otro*, ciudadano o no;¹⁵ de su aceptación, aunque sus convenciones y modos de hacer difieran de los propios.

He intentado evitar un uso sexista del lenguaje, aunque he de reconocer que en muchas ocasiones he acabado cediendo a las normas estilísticas convencionales en aras de facilitar la lectura y de una mayor claridad. Por último, quisiera precisar que todas las traducciones de las citas que originalmente se encontraban en lengua extranjera son mías.

¹⁴ H. Arendt, *Eichmann en Jerusalén*, trad. Carlos Ribalta, Barcelona, Lumen, 2001 [1963], p. 166.

¹⁵ En relación con este punto, *vid.* G. Bello, *La construcción ética del otro*, Oviedo, Nobel, 1997.

5. ESTRUCTURA DEL ESTUDIO

El libro se articula en torno a cinco capítulos. En el primero de ellos se analiza el contexto en el que se producen los conflictos de conciencia sanitarios. Con tal fin, se presenta la evolución histórica de la relación asistencial, sus rasgos previos y actuales y la incidencia de los cambios acaecidos en el surgimiento de los conflictos de conciencia. Asimismo, se formulan los distintos enfoques desde los que pueden analizarse esos conflictos, según se atiende a los intereses, los deberes, los derechos o las relaciones de poder que se establecen entre las partes implicadas. Con este punto de partida, se pretende dibujar las coordenadas en las que se ha desarrollado una relación de poder históricamente afianzada que, tras un largo proceso emancipador, se ha resuelto en un progresivo desencuentro entre profesionales y usuarios. Esta contextualización histórica tiene como objetivo fundamental dar cuenta de las condiciones en las que afloran los conflictos y del carácter pluridimensional del objeto de estudio.

Es esa naturaleza poliédrica de los conflictos por razones de conciencia, unida a la complejidad del escenario biomédico y asistencial, la que ha dado lugar a que se recurra a la figura de la objeción de conciencia como una vía identificable de resolución del conflicto. No obstante, la reivindicación del derecho al ejercicio de la objeción no siempre se justifica de manera adecuada. Por eso, en la primera parte del capítulo 2 se propone analizar las características que han conformado la noción de objeción a lo largo del tiempo, sus orígenes y evolución, su aparición en el ámbito sanitario y sus distintas interpretaciones. Como problemas conceptuales concretos, se intenta demostrar que los límites entre la objeción de conciencia y la desobediencia civil son difusos y que, desde un punto de vista consecuencialista, el carácter netamente omisivo de la objeción resulta cuestionable. En la segunda parte del capítulo, se establece el marco legal y jurisprudencial en el que se inserta la figura de la objeción de conciencia en España y se ofrece una valoración acerca de la conveniencia y los límites a la hora de regular su ejercicio.

Tras el establecimiento del panorama jurídico, en el capítulo 3 se facilita un recorrido por el estado de la cuestión en la literatura bioética. Dentro del abanico de propuestas, se identifican dos extremos diferenciados: el modelo de atención centrado en el paciente, que proporciona un lugar preponderante a los intereses

y derechos del usuario y otorga un espacio mínimo a las convicciones personales de los profesionales; y el modelo centrado en el profesional sanitario, que aboga por la preponderancia de la conciencia de los sanitarios en su ejercicio profesional frente a las demandas de los usuarios.

Ante la dificultad que plantea semejante polarización del problema, otros autores han ofrecido modelos intermedios que, con mayor o menor fortuna, pretenden superar la categorización de los modelos antagónicos. La clasificación propuesta recoge las principales visiones teóricas acerca de la interacción entre profesionales sanitarios y usuarios en el contexto de las reivindicaciones de conciencia, atendiendo fundamentalmente a dos aspectos: la naturaleza y el alcance de las obligaciones profesionales y el papel otorgado a las convicciones morales en la relación asistencial. Como valor añadido, se introduce la lectura que algunas autoras feministas hacen de la objeción, con la convicción de que se trata de un enfoque capaz de detectar importantes problemas subyacentes a las reivindicaciones de conciencia, especialmente en el caso del aborto.

Tras proporcionar la base teórica desarrollada a lo largo de los capítulos 2 y 3, en el capítulo 4 se trazan los límites a los que entiendo que debería estar sujeto el ejercicio de la objeción de conciencia por parte de los profesionales sanitarios. Con tal fin, se aborda la problemática distinción de las objeciones morales que pueden considerarse *de conciencia*; de entre ellas, se exploran aquellas que se presentan en forma de objeción, a pesar de no cumplir con las condiciones para ser consideradas como tal. Igualmente, se identifican las dificultades que han de afrontar los profesionales sanitarios cuando les surgen conflictos de conciencia, así como los problemas procedimentales a la hora de verificar la autenticidad de la objeción. Por otra parte, se trata de delimitar aquellos sujetos susceptibles de convertirse en objetores y de establecer unos deberes profesionales mínimos que sirvan de límites para el ejercicio de la objeción de conciencia por parte de los profesionales —obligación de informar y derivar a los usuarios, de atenderlos en caso de urgencia o de expresar públicamente su condición de objetor—. Finalmente, en este cuarto capítulo se defiende la deliberación argumentativa como fórmula procedimental para establecer los usos legítimos de la objeción frente a los posibles abusos. La evitación de abusos estará vinculada al cumplimiento de ciertas condiciones para el ejercicio de la objeción, como su carácter excepcional y de último recurso, su reivindicación personal y su fundamento en razones sig-

nificativas que la persona haya sometido a reflexión y que, al mismo tiempo, no conlleven ninguna forma de discriminación o de conveniencia espuria. Igualmente, resulta preciso calibrar la repercusión que el reconocimiento de la objeción pueda tener sobre las demás personas implicadas.

Una vez elaboradas las propuestas normativas que se desarrollan en los capítulos anteriores, he creído conveniente realizar una exploración filosófica que justifique las posturas adoptadas y aclare algunos problemas latentes en las páginas previas. De ahí que en el capítulo 5 se planteen cuestiones vinculadas a la propia noción de conciencia y su correlato inmediato, la integridad moral, que se encuentran en el origen —a veces incuestionado— de los argumentos esgrimidos a favor de la aceptación de la objeción en sentido amplio.

Así, para algunos autores, la conciencia constituye la guía primordial para una conducta éticamente correcta y exenta de culpa. Según esta postura, *actuar en conciencia* garantiza la integridad moral y es un ejercicio imprescindible para el reconocimiento de la individualidad y la autonomía. Con todo, en el debate bio-ético, el acuerdo sobre qué es la conciencia y dónde radica su importancia resulta polémico. Ello puede deberse en parte al riesgo que se asume al vincular, de un modo más o menos consciente, la aceptación o negación de las demandas de conciencia en virtud de sus contenidos, con frecuencia relacionados con los postulados religiosos mayoritarios.

Sea como fuere, la naturaleza y el valor de la conciencia han suscitado un gran interés entre los autores dedicados a los conflictos de conciencia en el contexto asistencial. Por ello, en este capítulo se atiende a ambas cuestiones, con el propósito de alcanzar una mejor comprensión sobre el modo en el que habitualmente se han tratado los conflictos de conciencia en el ámbito sanitario. Frente a la visión esencialista de la corriente mayoritaria, se apuntará hacia una concepción alternativa basada en las teorías relacionales feministas. Será desde esa mirada desde la que se justifique mi propia percepción de los conflictos de conciencia, con la objeción como uno de sus exponentes más visibles, y el punto de partida desde el que se han trazado sus límites y esbozado nuevas formas de reflexión.

A modo de síntesis, el trabajo se cierra con una serie de conclusiones derivadas de los capítulos previos.