

¿Es defendible la objeción de conciencia institucional en el caso de aborto?

IS INSTITUTIONAL CONSCIENTIOUS OBJECTION DEFENSIBLE IN THE CASE OF ABORTION?

GABRIEL MUÑOZ CORDAL*

RESUMEN

Este trabajo explora los aspectos que apoyan la objeción de conciencia institucional en el aborto y los argumentos desarrollados en contra de esta pretensión institucional. La conclusión muestra que las críticas a la objeción de conciencia institucional revelan las debilidades de sus fundamentos en relación con el aborto considerando un marco de derechos e intereses en conflicto.

PALABRAS CLAVE

Objeción de conciencia institucional, aborto.

ABSTRACT

This work explores both the grounds that support the institutional conscientious objection in abortion and the arguments developed against this institutional claim. The conclusion shows that the criticisms of institutional conscientious objection reveal the weaknesses of its foundations with respect to abortion care considering a framework of rights and interests in conflict.

KEYWORDS

Institutional conscientious objection, abortion.

Introducción

La objeción de conciencia (OC) comenzó como una pretensión para evitar cumplir con un deber impuesto por el derecho. En un nivel individual, sus orígenes se remontan al rechazo a la guerra o al cumplimiento de ciertos deberes en un contexto de conflicto¹. La OC institucional es más reciente y comenzó a ser desarrollada en el contexto del cumplimiento de obligaciones relacionadas con la salud que afectan la “conciencia”, creencias o principios de personas jurídicas.

Los sistemas de salud han reconocido la OC desde los orígenes de la regulación del aborto², bajo la cual los profesionales con objeciones religiosas pueden decidir no cumplir con los deberes relacionados con la provisión de medicamentos o prestaciones para la interrupción voluntaria del embarazo. Mas recientemente, la OC institucional ha comenzado a ser reconocida y regulada. Sin embargo, ¿Cuáles son las razones o fundamentos de esta pretensión institucional? ¿Son estas razones o motivos justificados y defendibles? ¿Qué ocurre con los

* Abogado Universidad de Chile, Santiago, Chile; LLM Medical Law & Ethics, The University of Edinburgh, Ayudante (Tutor) Curso On Line del programa de LLM Medical Law & Ethics “Law and Ethics at the Start and End of Life (2018-2019)”, The University of Edinburgh, Edimburgo, Escocia, Reino Unido. Correo electrónico: gmuozcordal@gmail.com.

¹ WICCLAIR (2011), pp. 14-15.

² SCHWARTZMAN et al. (2016), p. 305.

derechos e intereses de las mujeres para tener acceso a prestaciones? ¿Es la OC institucional apropiada en la práctica médica? Estas preguntas deberían responderse considerando el estado actual de la discusión con respecto a los motivos, las características y el alcance de la OC institucional, además de los derechos e intereses en disputa.

La primera parte de este trabajo explica las características y los argumentos de la OC. Luego, presenta las características y el alcance que han dado forma a la regulación de la OC en el aborto. La segunda parte considera los fundamentos jurídicos de la OC institucional enfocada en la dimensión de los derechos humanos como un aspecto central de su justificación. La tercera parte analiza los argumentos desarrollados contra la OC institucional considerando las críticas generales, sus aspectos controvertidos que comparten tanto las figuras individuales como institucionales, y las críticas directas a la objeción institucional. La conclusión muestra que las críticas a la OC institucional revelan las debilidades de sus fundamentos con respecto al aborto, considerando un marco de derechos en conflicto. Sin embargo, un análisis que considere la ética médica y la atención sanitaria puede ser necesario para profundizar las críticas a esta pretensión institucional.

1. Objeción de conciencia

1.1 OC individual

OC significa una negativa a comportarse de una manera social o legalmente aceptada porque tal comportamiento es contrario a las creencias, principios o valores personales³. En el contexto médico, la negativa se refiere a bienes o servicios aceptados legal y profesionalmente que corresponden a la competencia del profesional, y su justificación puede ser un acto de conciencia o basado en la conciencia⁴. Se excluyen todas aquellas circunstancias que se construyen fuera de las creencias morales básicas de la persona, como el interés personal o la integridad física y profesional⁵.

El elemento principal de esta pretensión es apelar a la conciencia que incorpora valores morales fundamentales (religiosos o éticos) junto con el proceso activo de desvinculación moral, en oposición a la mera aplicación de principios o creencias⁶. Wicclair, citando a Martha Nussbaum, expresa esta idea que la conciencia se identifica con la agencia moral o la capacidad de elección moral como el asiento de la imaginación, la emoción, el pensamiento y la voluntad a través de los cuales cada persona persigue el significado último de la vida, proporcionando una respuesta definitiva a las preguntas de la vida⁷. Además, estos valores o creencias personales no necesariamente se alinean con los valores de la comunidad. El proceso de discernimiento implica la responsabilidad personal de la reflexión⁸ sobre lo correcto o lo incorrecto, lo bueno o lo malo, que conlleva una sanción interna que se expresa en mala conciencia, falta de armonía, vergüenza, culpa o remordimiento como una violación de un estándar apropiado⁹. La conciencia tiene una dimensión pública, en el sentido que, además de la deliberación interna, los estándares aplicados deben ser públicamente accesibles y, por lo tanto, surge un proceso relacional para comprender tales estándares¹⁰. Sin embargo, esta dimensión pública no altera el significado individual y privado del acto¹¹, que protege al agente de la interferencia de la autoridad, en contraste con la desobediencia civil que persigue directamente un efecto político a través de un cambio de legislación como tal¹².

³ SORABJI (2014), p. 217; WICCLAIR (2011), p. 5.

⁴ WICCLAIR (2011), p. 1.

⁵ WICCLAIR (2011), p. 6.

⁶ BUCHBINDER et al. (2016), p. 23.

⁷ WICCLAIR (2011), p. 2.

⁸ DWORKIN (1993), p. 239.

⁹ BEAUCHAMP y CHILDRESS (2009), pp. 42-43.

¹⁰ NEAL y FOVARGUE (2016), p. 554.

¹¹ MONTERO y VILLARROEL (2018), pp. 3-4.

¹² RAZ (1979), pp. 264-276.

Los orígenes de la OC como pretensión se pueden encontrar en Europa, incluso en tiempos anteriores al cristianismo¹³. Sin embargo, su desarrollo posterior está vinculado a motivos religiosos, que junto con elementos seculares, definieron la oposición reconocida al servicio militar y la guerra¹⁴. Es notable que la literatura, como indica Wicclair, no revela un lugar significativo para la OC en la historia de la medicina, por lo que es un fenómeno mucho más tardío¹⁵. Excepto en casos de oposición de los padres a las vacunas en el siglo XIX en el Reino Unido, el reconocimiento legal de esta pretensión para los profesionales de la salud aparece con las leyes y la jurisprudencia que permitieron la práctica del aborto en la segunda mitad del siglo XX¹⁶. En este sentido, muchas jurisdicciones que regularon el aborto incorporaron las llamadas “cláusulas de conciencia”¹⁷ para los profesionales, y la Iglesia Católica adoptó una línea clara al respecto, rechazando la práctica del aborto como un “crimen” y señalando que “en la conciencia no hay obligación de obedecer tales leyes, en cambio, existe una seria y clara obligación de oponerse a ellas a través de la OC”¹⁸.

Como Raz ha reconocido, la principal dificultad para justificar la OC es demostrar que alguien tiene el derecho de no hacer lo que de otra manera sería su deber moral, simplemente porque creen (erróneamente) que es incorrecto hacerlo¹⁹. Más allá de su eventual reconocimiento legal, la OC tiene una base en los aspectos centrales que definen a una persona y su integridad moral²⁰. Consideraría la creación y protección de las condiciones para el desarrollo personal y el respeto de las convicciones, aunque parezcan erróneas, como un elemento central del pluralismo²¹. Este fundamento se expresa en la preservación de las libertades (ej., libertad de conciencia), la autonomía y la integridad moral para garantizar las posiciones de las minorías y evitar daños a las personas²². Así, por un lado, la integridad moral se refiere a preservar los valores que definen la autoconcepción o identidad y cuyo daño afectaría significativamente a la persona en su esfera moral²³. En el caso de los profesionales de la salud, se dice que esto les permite mantener la libertad de confiar en los valores morales que guían la acción clínica. Como tal, su pérdida causaría culpa, vergüenza y una disminución de la autoestima, generando una disminución en el carácter moral de la persona²⁴. Por otro lado, la conciencia se entiende como esencial para el funcionamiento de la agencia moral que se refiere tanto a una actividad como a una propiedad, es decir, la capacidad de actuar moralmente y ser responsable de esas acciones. Esta capacidad implica: identificar las fuentes (valores o principios) que el agente reconoce como válidas; reflexionar sobre estas normas morales en relación con circunstancias generales o particulares; reconocer las motivaciones morales para actuar; y actuar de acuerdo con las exigencias morales²⁵.

1.2 OC institucional

Al igual que en el nivel individual, las instituciones vinculadas a la atención médica han comenzado a negarse a proporcionar ciertos servicios y bienes basados en razones “que parecen

¹³ WICCLAIR (2011), pp. 13-14.

¹⁴ SORABJI (2014), p. 202.

¹⁵ WICCLAIR (2011), pp. 14-15.

¹⁶ WICCLAIR (2011), pp.14-15. En los EE. UU., después de la decisión de la Corte Suprema en el caso Roe v. Wade, 410 U.S. 113 (1973), que estableció un derecho constitucional al aborto, la Enmienda de la Iglesia de 1973 (1974) estableció, como respuesta a lo anterior, que la recepción de fondos bajo ciertos programas federales no autorizaba a ningún tribunal, funcionario público u “otra autoridad pública” a exigir a individuos o instituciones con objeciones éticas o religiosas que brinden o colaboren en la provisión de abortos o esterilizaciones.

¹⁷ SCHWARTZMAN et al. (2016), p. 305; WICCLAIR (2011), p. 17.

¹⁸ FIALA y ARTHUR (2014), p. 13.

¹⁹ RAZ (1979), p. 277.

²⁰ CHAVKIN et al. (2017), p. 65.

²¹ RAZ (1979), p. 280.

²² WEST-ORAM y BUYX (2016), p. 337.

²³ HUGHES (2017), p. 214.

²⁴ BUCHBINDER et al. (2016), p. 24; WICCLAIR (2011), pp. 25-26.

²⁵ NEAL y FOVARGUE (2016), pp. 548-549.

ser apelaciones a la conciencia”²⁶. Esta “conciencia” institucional, han señalado sus partidarios, merece respeto en igualdad de condiciones con la conciencia individual, aunque se reconoce que no serían necesariamente equivalentes²⁷. Las similitudes entre ambas pretensiones se dan precisamente porque apelan a valores y principios para ser eximidos de ciertos deberes, especialmente considerando la libertad de religión y conciencia en un sentido amplio. Las diferencias están dadas por el significado de la conciencia a nivel institucional y cómo se manifiesta en un sentido que es adecuado para objetar.

Dos teorías se han desarrollado para afirmar la existencia de la conciencia institucional²⁸. La primera es la teoría de la “moral-colectiva” que enfatiza la conciencia colectiva como un atributo distinto de la conciencia humana; la conciencia colectiva representa un medio a través del cual las personas se unen para manifestar sus juicios morales colectivos. Apela al significado original de los grupos de individuos que persiguieron valores y objetivos colectivos, de modo que su protección es relevante para salvaguardar la conciencia y la moralidad de las personas que crearon las instituciones precisamente para este propósito²⁹. La segunda es la teoría de la “misión-operación”, donde la conciencia institucional se refleja en la misión de la entidad legal y su estructura operativa, en general en referencia a las declaraciones específicas de la institución, tales como valores, objetivos y principios³⁰. Las entidades tienden a armonizar sus decisiones con estas declaraciones, de modo que mantienen su identidad e integridad de forma similar a como lo hace una persona con sus propias convicciones³¹. Este es el caso de las instituciones que se adhieren a las Directivas éticas y religiosas para Servicios Católicos de Atención Médica como principios que deberían reflejarse en su trabajo y, por tanto, deberían ser aceptados por sus profesionales como una condición de empleabilidad³².

Ambas teorías defienden que un Estado secular debe permitir a las instituciones de salud un cierto margen de libertad o autonomía para definir el alcance de las prestaciones, principalmente a través de una legislación de conciencia³³ que refleje el ethos institucional, como característica principal de una entidad. Puede ser importante para los profesionales trabajar en una comunidad que comparte un compromiso de valores y principios, así como para los pacientes que buscan beneficios de acuerdo con sus valores y, por lo tanto, la comunidad puede estar interesada en que las instituciones se comprometan con sus principios. La protección de los valores morales sería intrínsecamente valiosa o, al menos, deseable desde el punto de vista instrumental para sostener y fomentar la diversidad³⁴.

1.3 Regulación de la OC en el aborto

La OC en la salud tiene su origen en la legislación sobre el aborto tanto en el Reino Unido como en los EE.UU. durante la segunda mitad del siglo XX³⁵. Desde entonces, un número limitado de países ha regulado el aborto, la mayoría de los cuales se encuentran en Europa y cuyas normativas contienen referencias explícitas a la OC (en 2015, solo 22 tenían esta regulación explícita)³⁶. La mayoría solo se refieren a la OC individual, aunque la legislación de ciertos Estados menciona la institucional (Ej., Enmienda de la Iglesia en los EE.UU. y la Ley N°21.030, de

²⁶ WICCLAIR (2011), pp. 147-148.

²⁷ SEPPER (2012), p. 1540.

²⁸ FERNANDEZ et al. (2017), pp. 119-120.

²⁹ SEPPER (2012), pp. 1543-1544.

³⁰ WICCLAIR (2011), p. 149.

³¹ SEPPER (2012), pp. 1540-1542.

³² Directiva 5: “Los servicios de atención médica católicos deben adoptar estas Directivas como política, exigir su cumplimiento dentro de la institución como condición para los privilegios médicos y el empleo, y proporcionar instrucciones adecuadas sobre las Directivas para la administración, el personal médico y de enfermería y otro personal”. CONFERENCIA DE OBISPOS CATÓLICOS (2018).

³³ FERNANDEZ et al. (2017), p. 120

³⁴ WICCLAIR (2011), pp. 150-151.

³⁵ FIALA y ARTHUR (2017), p. 255.

³⁶ CHAVKIN et al. (2017), p. 56.

2017, en nuestro país³⁷), que generalmente no distingue entre instituciones religiosas y laicas, públicas y privadas, con y sin fines de lucro³⁸. Algunos países no regulan la OC en el aborto³⁹, lo que se interpreta en el sentido que los prestadores no tienen el derecho a objetar⁴⁰.

La regulación de la OC generalmente incluye elementos o 'límites' para su ejercicio, como el deber de referir, las situaciones de emergencia y las personas incluidas. Estos límites se basan particularmente en permitir, al menos formalmente, un acceso adecuado al aborto, especialmente cuando parece otorgarse demasiada protección a la conciencia al imponer excesivamente cargas a los pacientes⁴¹. Respecto al deber de referir, el objetivo es garantizar que el objetor remita al paciente a un prestador no objetor para que lleve a cabo el procedimiento, que incluye un asesoramiento adecuado y confiable además de la referencia formal⁴². En casos de emergencia (Ej., embarazo implica peligro para la salud), los intereses del objetor ceden a los intereses del paciente, por lo que no hay margen para la OC. En cuanto a quién está incluido o no para objetar válidamente la atención del aborto también se presentan discusiones. Un ejemplo es la Ley de Aborto del Reino Unido, donde el alcance de "participar" en el tratamiento se definió a través de la jurisprudencia que determinó que la participación estaba limitada por una prueba de proximidad: solo los involucrados en los esfuerzos del equipo terapéutico, ya sea en un hospital o en otro lugar autorizado, que está compuesto por los profesionales que participan en el tratamiento médico en sí mismo, dejando fuera a aquellos que realizan tareas auxiliares, administrativas o de gestión asociadas⁴³.

2. Bases jurídicas de la OC institucional

La OC institucional ha encontrado una base argumentativa en el discurso y la práctica de los derechos humanos y las libertades fundamentales⁴⁴. Considerando el debate a través del marco conceptual de los derechos en disputa, es posible visualizar ciertos derechos y libertades fundamentales en apoyo de la OC institucional que enfatizan los atributos de las entidades como sujetos de ciertos derechos. Siguiendo esta tendencia, la Resolución 1763 del Consejo de Europa estableció que "ninguna persona, hospital o institución será coaccionada, considerada civilmente responsable o discriminada debido a su rechazo a realizar, autorizar, participar o asistir en la práctica de un aborto [...] por cualquier razón", y que los Estados miembros tienen la obligación "de garantizar el acceso a la atención médica legal y proteger el derecho a la salud, así como la obligación de garantizar el respeto del derecho a la libertad de pensamiento, conciencia y religión de los prestadores"⁴⁵. Tanto la decisión del Tribunal Constitucional chileno⁴⁶ como la opinión disidente de la decisión de la Corte Constitucional de Colombia presentan un razonamiento idéntico⁴⁷, declarando que las entidades no pueden ser obligadas a realizar abortos sin afectar sus libertades de conciencia, asociación y religión.

Con respecto a la libertad de conciencia y religión, la opinión disidente mencionada señala que las personas pueden crear entidades que brindan atención médica cuyo propósito fundamental es profesar o difundir cierta creencia o religión. Se reconoce que la práctica médica de estas instituciones se desarrolla de acuerdo con la ciencia médica para garantizar los

³⁷ El artículo 119 ter de nuestro Código Sanitario establece: "La objeción de conciencia es de carácter personal y podrá ser invocada por una institución".

³⁸ SCHWARTZMAN et al. (2016), p. 305.

³⁹ De todos los países que han regulado el aborto, los únicos que niegan la OC son Suecia, Finlandia, Bulgaria, República Checa e Islandia. WINTER (2016), p. 612.

⁴⁰ CHAVKIN et al. (2017), p. 56.

⁴¹ WICCLAIR (2011), p. 211; GREASLEY (2017), p. 253; DICKENS y COOK (2000), p. 73.

⁴² COWLEY (2017), p. 207; HERRING (2016), p. 316.

⁴³ MASON y LAURIE (2016), p. 361.

⁴⁴ Los términos 'derechos humanos' y 'libertades fundamentales' se utilizan aquí en un sentido amplio que incluye los derechos y libertades reconocidos por las instituciones internacionales de derechos humanos, como los tratados y los convenios internacionales, y las leyes nacionales y las disposiciones constitucionales.

⁴⁵ ASAMBLEA PARLAMENTARIA CONSEJO DE EUROPA (2010).

⁴⁶ Tribunal Constitucional de Chile, Rol N° 3729-17, de 28 de agosto de 2017.

⁴⁷ Corte Constitucional de Colombia, T-388 de 2009, de 28 de mayo de 2009.

derechos en salud; sin embargo, las razones para promover esta actividad son fundamentalmente religiosas para difundir precisamente esos pensamientos. Salvo casos especiales, un Estado no debe prohibir la actividad guiada por convicciones religiosas colectivas⁴⁸. Esto generalmente se interpreta como libertad religiosa colectiva que representa el conjunto de derechos, inmunidades, privilegios y poderes de una asociación religiosa. Expresa la libertad de la comunidad organizada de personas que comparten una fe o creencia religiosa para estructurar su vida corporativa de acuerdo con sus preceptos éticos y religiosos⁴⁹.

El argumento anterior está vinculado a la libertad de asociación que se manifiesta en la noción que las personas no son las únicas que actúan para el logro de propósitos ideológicos, religiosos, políticos, económicos, sociales o culturales. Las entidades, dado el derecho de asociación, pueden adoptar una concepción ideológica particular que justifique su asociación, de modo que la prohibición de la OC institucional puede negar legalmente una convicción ideológica o filosófica que sustenta ciertas asociaciones y compromete el pluralismo⁵⁰. La libertad de asociación implica un cierto grado de reconocimiento de la libertad de las entidades religiosas para gestionar sus propios asuntos, lo que podría interpretarse como una aceptación legal de su autonomía para funcionar de acuerdo con su misión religiosa⁵¹.

Estos argumentos han extendido la protección de la conciencia y las creencias religiosas a una amplia gama de establecimientos de salud e incluso a compañías de seguros o empleadores, como se reconoció en el caso *Hobby Lobby*⁵². Si bien este caso no se refiere propiamente a si las corporaciones tienen conciencia o no⁵³, se discutió ante la Corte Suprema de los EE.UU. si las corporaciones con fines de lucro, basadas en las creencias religiosas de sus accionistas que consideran que los mecanismos anticonceptivos son moralmente incorrectos, podrían ejercer su libertad religiosa en virtud de la Ley de Restauración, específicamente para no financiar estos mecanismos para sus empleados⁵⁴. Las corporaciones afirmaron las dos teorías ya mencionadas: una corporación ejerce la religión como una entidad legal independiente, y los accionistas usan una corporación como instrumento para expresar sus propias creencias, donde la corporación es indistinguible de sus propietarios⁵⁵. La Corte Suprema decidió por primera vez que las corporaciones con fines de lucro pueden ejercer una religión para el propósito solicitado, al vincular esta reclamación con organizaciones religiosas específicas. El fallo adoptó la teoría de la misión-operación que reconoce la religión corporativa en la misión y políticas del negocio, permitiendo a las entidades crear su identidad religiosa a través de documentos y actos corporativos (Ej., cerrar sus tiendas los domingos)⁵⁶. Abordó la teoría de la asociación moral o colectiva en el sentido de que las empresas son una asociación de personas que comparten valores morales sobre la atención médica —no obstante no prestaban ningún servicio médico— y cuya integridad moral estaría en riesgo si se vieran coaccionados a actuar en contra de esos valores y creencias⁵⁷. La Corte declaró que las compañías de seguros deberían asumir los costos de la anticoncepción, en lugar de los empleadores, para preservar los derechos de las mujeres a acceder a estos bienes⁵⁸. Este argumento indudablemente amplía el espectro de objetores potenciales en lo que Sepper ha denominado el surgimiento de la doctrina de la “conciencia corporativa”⁵⁹. El argumento se basa, precisamente, en la capacidad de las instituciones para

⁴⁸ Corte Constitucional de Colombia, T-388 de 2009, de 28 de mayo de 2009.

⁴⁹ O'DAIR y LEWIS (2001), pp. 231-232.

⁵⁰ Corte Constitucional de Colombia, T-388 de 2009, de 28 de mayo de 2009.

⁵¹ DONNELLY y MURRAY (2016), p. 27; ALVARADO et al. (2018), p. 8.

⁵² SEPPER (2013), p. 395.

⁵³ FERNANDEZ et al. (2017), p. 103.

⁵⁴ SEPPER (2014), p. 309.

⁵⁵ SEPPER (2014), p. 311.

⁵⁶ SCHWARTZMAN et al. (2016), p. 307.

⁵⁷ SCHWARTZMAN et al. (2016), p. 308.

⁵⁸ WEST-ORAM y BUYX (2016), p. 340.

⁵⁹ SEPPER (2014), p. 315.

adherirse, a través de sus accionistas, a los postulados religiosos a fin de obtener la protección legal del derecho a la libertad de religión en un sentido amplio⁶⁰.

3. ¿Está justificada y es defendible la OC institucional en el caso del aborto?

3.1 OC como excepción y restricción en el acceso a la atención médica

La OC constituye una excepción a un deber con los pacientes dentro de la práctica de la medicina e implica una restricción en el acceso a la atención médica, independientemente de sus justificaciones. Al ser un reclamo excepcional dentro del sistema de salud, su eventual reconocimiento significa alejarse de las reglas generales que permiten el funcionamiento regular del sistema, que considera el acceso garantizado a prestaciones legítimas⁶¹.

3.1.1 OC y los objetivos de la práctica de la medicina y el contexto de salud pública

Los objetivos de la práctica de la medicina están relacionados con el cuidado humano y la preservación de la salud, y cualquier desviación en su desarrollo puede tener consecuencias perjudiciales. El contexto de salud pública en el que se ejerce la práctica médica determina el acceso garantizado a ciertos beneficios de salud para toda la población de forma segura y oportuna. Estos beneficios están sujetos a ciertas restricciones, tales como materias presupuestarias y criterios médicos, y deben organizarse meticulosamente para evitar la desviación de los propósitos curativos y de atención. En cuanto a la interrupción voluntaria del embarazo, los beneficios se caracterizan por estar sujetos a varios tipos de restricciones que se derivan del desarrollo histórico de la criminalización del aborto⁶². Las restricciones generalmente abarcan al personal que debe realizar las acciones, los lugares para llevar a cabo las interrupciones, los reportes de información y la OC⁶³.

La OC no solo es una restricción que implica negar el acceso a prestaciones legítimas, sino también una restricción que no constituye estrictamente una consideración de atención médica y se relaciona, más bien, con la visión individualista de los prestadores sobre la salud y la vida de los pacientes⁶⁴. Permitir este tipo de restricción puede ser vista *prima facie* con una sospecha cuidadosa porque pueden ser simples obstáculos basados en valores individuales que no parecen tolerables para los objetivos de la medicina y de salud pública. Considerando la promoción y protección de la salud, la reducción de daños y la equidad, los valores involucrados deben reflejar y capturar factores importantes para el espacio colectivo de la vida humana, y los valores individuales deben integrarse en una visión esencialmente pluralista de la práctica de la medicina⁶⁵. Varios académicos creen que el deber de brindar atención médica pública requiere que los prestadores dejen de lado sus opiniones⁶⁶ porque existe un riesgo de discriminación u otros daños sin una razón justificada⁶⁷ en este contexto particular. Una introducción de elementos fuera de la práctica médica puede generar inconsistencias en cómo se resuelven los conflictos potenciales. Se ha dicho que cualquier justificación para comprometer la atención, con respecto a la posición de los prestadores, debe constituir esencialmente un riesgo grave para el bienestar físico del profesional y no para su interés personal y auto conservación⁶⁸. Parece que los esfuerzos de los defensores de la OC se centran en atribuir a estos valores individuales una característica colectiva relevante, como la integridad moral de todas las personas.

⁶⁰ SCHWARTZMAN et al. (2016), pp. 310-315.

⁶¹ DONNELLY y MURRAY (2016), p. 25.

⁶² THOMPSON (2013), p. 195.

⁶³ JACKSON (2016), pp. 724-731.

⁶⁴ FIALA y ARTHUR (2014), p. 14.

⁶⁵ STRECH et al. (2013), pp. 104-106.

⁶⁶ Por todos, SAVULESCU (2006).

⁶⁷ DONNELLY y MURRAY (2016), pp. 24-25.

⁶⁸ SAVULESCU (2006), p. 295.

3.1.2 Falta de acceso a servicios de aborto al reducir el número de prestadores

La OC funciona como una restricción del acceso a beneficios legales al limitar o reducir el grupo de prestadores. Implica que estos pueden abstenerse voluntariamente de participar en el sistema de salud por razones morales o religiosas, lo que es particularmente grave cuando ya hay un número reducido de especialistas. En Italia, se estima que 70% de los ginecólogos se adhieren a la OC⁶⁹, alcanzando entre 80% y 90% en Roma, lo que indica que la objeción se convierte en la regla y la disposición en la excepción⁷⁰. En la OC institucional, entidades completas se *retiran* del sistema, lo que puede producir una “posición de bloqueo” más compleja que los objetores individuales, especialmente si estas instituciones controlan grandes franjas del mercado⁷¹. Las instituciones no solo arrastran a todos sus profesionales sino también a otros prestadores institucionales que pueden estar relacionados por razones contractuales o religiosas, como las farmacias. Los profesionales que están inmersos en esta “sobre representación de opiniones moralmente restrictivas”⁷² dentro de una entidad, pueden desarrollar actitudes oportunistas por razones de comodidad (ej., evitar cargas de trabajo)⁷³, lo que podría contribuir aún más a la falta de prestadores⁷⁴.

El sistema aumenta la probabilidad de ineficiencia e inequidad al imponer cargas excesivas a los pacientes que buscan servicios y bienes que están garantizados en términos de acceso y oportunidad⁷⁵. Puede ser especialmente complejo para mujeres que se encuentran en áreas geográficas aisladas o en situaciones de emergencia⁷⁶.

3.1.3 Los derechos e intereses de las mujeres

Además del reconocimiento progresivo de los derechos en salud⁷⁷, los sistemas internacionales de protección de los derechos humanos han comenzado a avanzar hacia la realización de los derechos de las mujeres y la protección de sus intereses⁷⁸. El paradigma de los derechos humanos y el análisis feminista, entre otros, han desarrollado concepciones más densas de autonomía en relación con la autodeterminación reproductiva en lugar de nociones individualistas de autonomía como paradigmas dominantes⁷⁹. Estas propuestas han desarrollado un concepto de autonomía que alinea el derecho a hacer elecciones para procrear con la capacidad de las mujeres para ejercer un control real sobre su vida reproductiva⁸⁰. El control de la fertilidad implica un reconocimiento de las particularidades biológicas de las mujeres, como su función fisiológica especial⁸¹, y promueve su autonomía en el sentido de controlar los costos asociados y el resultado de su embarazo⁸², que se adapta mejor a los planes de vida y su autodeterminación⁸³. La autonomía reproductiva se vería enormemente disminuida y afectada por el ejercicio de la autonomía de los prestadores objetores⁸⁴, por lo que parece

⁶⁹ ZUÑIGA et al. (2013), p. 349.

⁷⁰ CHAVKIN et al. (2017), pp. 59-60; LUNA (2015), p. 130; DICKENS y COOK (2000), p. 72.

⁷¹ SCHWARTZMAN et al. (2016), p. 278. En los EE. UU., la OC institucional permite que nueve de cada diez condados carezcan de un prestador de servicios de aborto (p. 320).

⁷² SEPPER (2013), p. 406.

⁷³ CHAVKIN et al. (2017), pp. 59-60.

⁷⁴ FIALA y ARTHUR (2014), p. 17; HERRING (2016), p. 323.

⁷⁵ SAVULESCU (2006), p. 295.

⁷⁶ SEPPER (2013), p. 403.

⁷⁷ DICKENS y COOK (2000), pp. 73-74. Esto permite reconocer una obligación internacional para que los Estados garanticen un acceso razonable para que las personas reciban atención médica legal indicada por el médico.

⁷⁸ Artículo 16 (e) de la Convención para la Eliminación de todas las Formas de Discriminación contra la Mujer (CEDAW) y Recomendación General No. 24 del CEDAW: Artículo 12 de la Convención (Mujer y Salud).

⁷⁹ JACKSON (2001), pp. 5-6.

⁸⁰ JACKSON (2001), p. 5.

⁸¹ HARMON (2016), pp. 153-154.

⁸² JACKSON (2001), p. 71.

⁸³ WEST-ORAM y BUYX (2016), p. 338.

⁸⁴ FIALA y ARTHUR (2014), p. 19.

necesario limitar las decisiones de estos últimos para evitar dañar los planes de vida de las mujeres, sus derechos e intereses.

La autonomía reproductiva necesariamente requiere el acceso a servicios de salud reproductiva, lo que en el lenguaje de los derechos implica la posibilidad de acceder a la tecnología médica necesaria para ejercer dicha autonomía mediante la interpretación sistemática de las nociones mencionadas. El derecho de acceso podría verse afectado al obstruir los medios por los cuales una mujer ejerce el derecho de controlar su fertilidad. A esto se refirió el Tribunal Europeo de Derechos Humanos (TEDH) cuando señaló que “una vez que el Estado [...] adopta regulaciones legales que permiten el aborto en algunas situaciones, no debe estructurar su marco legal de manera que limite las posibilidades reales de obtener un aborto, el Estado tiene la obligación positiva de crear un marco procedimental que le permita a una embarazada ejercer efectivamente su derecho de acceso al aborto legal”⁸⁵.

Este desarrollo ha proporcionado herramientas para analizar la legislación sobre aborto, fundamentalmente a través del enfoque funcionalista, que incluye: identificar el propósito de una regla, establecer un estándar mediante el cual se pueden evaluar los méritos de la regla, y evaluar si la regla es efectiva para cumplir con tales propósitos⁸⁶. Siguiendo a Rebouché, bajo este análisis es posible evaluar las reglas sobre prestaciones asociadas al aborto en su capacidad funcional para facilitar o impedir el acceso al aborto seguro en un contexto público de salud⁸⁷. El resultado es que estas reglas, y en particular la OC, dependen de medidas administrativas formales como pautas o guías para su regulación en el cumplimiento de sus objetivos. El caso colombiano, citado por Rebouché, ejemplifica cómo la regulación formal fue superada en cierta medida por el incumplimiento de estas medidas y las prácticas informales, y cómo las reglas pueden imponer la burocracia o crear procesos que impidan el acceso a abortos legales⁸⁸. Más allá del hecho que puede haber más o menos regulación sobre OC y aborto, la ejecución práctica de la primera podría llevar a una restricción en el acceso que frustra el propósito de la norma que permite el segundo y, por lo tanto, afecta los derechos e intereses de las mujeres. Siguiendo a Raz, esto plantea dificultades porque no es una excepción a deberes impuestos en beneficio del objetor o solo en un interés público general, sino que se trata de deberes en relación con terceras partes identificadas⁸⁹, como es el caso de mujeres que también se encuentran en un contexto de vulnerabilidad inherente al cuidado de la salud.

3.2 Críticas que comparten tanto la OC individual como la institucional

3.2.1 Dificultad para probar el razonamiento moral detrás de la OC

OC implica que un prestador tiene la carga de demostrar la adherencia a las convicciones para excusarse como profesional o institución de cumplir con un deber específico⁹⁰. Sin embargo, por su propia naturaleza, parece difícil saber si un prestador está dando razones reales con respecto a su conciencia para ese propósito específico. Primero, las regulaciones sobre OC suelen ser bastante amplias e indeterminadas, y sus procedimientos en cuanto a cómo el objetor debe dar sus razones son limitados y simples. Las cláusulas generalmente no requieren que un actor explique o defienda las bases de la objeción. Parece ser suficiente que un profesional tenga escrúpulos morales, aunque en ningún caso alcanzaría el umbral de una posible OC justificada⁹¹. Segundo, aunque la regulación puede mejorar en su redacción y especificación, así como los procedimientos (órganos de revisión y validación administrativos o judiciales), es

⁸⁵ TEDH, P. y S. v Polonia, 30 octubre 2012.

⁸⁶ MONATERI (2012), pp. 109-110.

⁸⁷ COOK et al. (2014), p. 101.

⁸⁸ COOK et al. (2014), pp. 108-109.

⁸⁹ RAZ (1979), pp. 283-284.

⁹⁰ DICKENS y COOK (2000), p. 72.

⁹¹ HUGHES (2017), p. 214.

extremadamente difícil, a través de un escrutinio moral, verificar efectivamente estas razones. El efecto práctico es que los prestadores no tendrían incentivos para dar razones adecuadas para justificar su objeción. Esto permite la inclusión de otras causas que tienen poco que ver con la integridad moral, como el miedo a la controversia, la baja estima profesional, la seguridad física y falta de apoyo. Sin embargo, estas causas son tratadas como OC⁹², pudiendo aumentar el riesgo de una discriminación injusta⁹³.

3.2.2 El significado de la integridad moral en la práctica médica

Por un lado, los pacientes desean obtener prestaciones lícitas para satisfacer sus intereses y necesidades de atención médica y, por otro, los prestadores desean mantener su integridad moral y se niegan a proporcionar ciertos servicios⁹⁴. La explicación estándar es que la integridad moral representa la fidelidad a consideraciones profundamente arraigadas, de modo que cualquier acto en su contra socava de forma profunda e irreparable las posiciones morales. Parece obvio que su protección beneficia tanto a los objetores como a la sociedad en general como una armadura contra ataques a nuestras convicciones más profundas⁹⁵.

Sin embargo, el significado de la integridad moral no parece ser una noción aislada, sino que se sitúa y comprende dentro de la práctica de la medicina y sus efectos —tanto positivos como negativos— en terceros en cuyo favor se establecen los deberes de la atención médica. Un concepto que carece de estas consideraciones parece bastante vago y no es necesariamente beneficioso para la sociedad en su conjunto⁹⁶. La sociedad y especialmente las mujeres que desean obtener prestaciones les preocupan los posibles efectos negativos cuando los servicios no se entreguen. Llevar a cabo acciones que pueden ser complejas para el objetor, pero altamente beneficiosas para terceros en el cuidado de la salud, es algo que no se puede eludir desde la perspectiva de los deberes profesionales. La sociedad está interesada en proteger la integridad moral en varios campos, pero también está interesada en que los pacientes reciban prestaciones lícitas, apropiadas y oportunas. No parece del todo claro que la sociedad se beneficie de la OC, ya que debe garantizar una concurrencia adecuada de intereses personales y colectivos en la satisfacción de las necesidades sociales y, especialmente, de los grupos vulnerables.

En el cumplimiento de los deberes de atención, los primeros beneficiarios son los pacientes que tienen derecho a obtener beneficios de salud. Los efectos (negativos o positivos) no permanecen en el círculo cerrado del profesional o su institución; impactan directamente en los pacientes. Esta es la premisa que permite a profesionales o directores de instituciones de salud vinculados a congregaciones religiosas aceptar la atención del aborto. Si bien un acto puede ser contrario a sus convicciones o principios religiosos, entienden que quien demanda la acción es un paciente que da su consentimiento y se beneficia de él, y por lo tanto no puede negar la atención⁹⁷.

Otro argumento se relaciona con la posición asumida por el objetor, ya que en última instancia es una cuestión de elección: el libre ejercicio de la opción de convertirse en un profesional o establecer una institución de salud⁹⁸. A esto se refiere Savulescu cuando menciona la existencia de un compromiso con la salud: “alguien que no esté preparado por motivos religiosos para hacer exámenes internos de las mujeres no debe hacerse ginecólogo. Ser médico es estar dispuesto y ser capaz de ofrecer intervenciones médicas adecuadas que sean lícitas, beneficiosas, deseadas por el paciente y parte de un sistema de atención médica justo”⁹⁹.

⁹² SEPPER (2013), pp. 404-405.

⁹³ WICCLAIR (2008), p. 209; FIALA y ARTHUR (2014), p. 14.

⁹⁴ WICCLAIR (2008), p. 32.

⁹⁵ MAGELSEN (2012), p. 18.

⁹⁶ GREENBLUM (2018), p. 206.

⁹⁷ RICH (2015), p. 217.

⁹⁸ GREASLEY (2017), p. 250.

⁹⁹ SAVULESCU (2006), p. 295.

Destaca la función pública de los prestadores¹⁰⁰, que han tomado la decisión voluntaria de convertirse en profesionales o en instituciones, lo que implica que, en última instancia, estos deben respetar las opiniones morales de pacientes y colegas¹⁰¹. La integridad personal o institucional parece estar constituida en una proporción relevante por los elementos vinculados al paciente y la atención de salud, que emanan de un acto voluntario de los prestadores, y parece requerir menos interés personal¹⁰².

3.2.3 El lugar de los valores y la conciencia en las sociedades

Los valores y principios desempeñan un papel en las esferas públicas y privadas, donde es importante que los conflictos se resuelvan para mantener los ideales de tolerancia y pluralismo en el marco de las sociedades actuales. La OC considera razones privadas basadas principalmente en posiciones religiosas que invaden la esfera pública, lo que puede ser problemático en este contexto. Primero, los juicios morales individuales sobre ciertas prácticas médicas pueden ser parcialmente arbitrarios, dada la dificultad de evaluar las bases morales y religiosas de dichas prácticas¹⁰³. Los argumentos racionales para la OC pueden fallar porque no se sabe si son razones genuinas o si esas razones pueden ser cuestionadas. El argumento para distinguir entre ‘verdadera y falsa’ OC parece ser un argumento para distinguir entre creencias religiosas verdaderas y falsas¹⁰⁴. Segundo, los objetores que se basan únicamente en consideraciones religiosas pueden no ofrecer sus razones a ciudadanos de diversas creencias o posiciones morales, lo que podría implicar una discriminación injusta al tratar los valores religiosos de manera diferente a los valores morales seculares, una práctica relativamente común en la ética médica¹⁰⁵. Restringir el ejercicio de la conciencia respecto de terceros identificados implica una sanción social a la práctica de la intolerancia¹⁰⁶, ya que de lo contrario se abre una puerta a la “medicina basada en el valor” (“una caja de Pandora de medicina idiosincrásica, intolerante y discriminatoria”)¹⁰⁷ basada en intereses privados en lugar de públicos. Las concesiones otorgadas a los objetores sugieren una ampliación de los límites de la esfera de conciencia privada en el ámbito público, donde objetar el cumplimiento de ciertos deberes de atención médica puede imponer cargas significativas a terceros y puede obstaculizar el disfrute de los derechos¹⁰⁸.

3.2.4 Estigma y efectos negativos en prestadores

La selección de procedimientos para objetar puede crear la noción de que la sociedad no apoya el acceso a ellos, incluso cuando están respaldados por un debate democrático, aumentando su estigma junto con el sentido de vergüenza o culpa¹⁰⁹. Aunque el estigma se puede aplicar a todas las partes involucradas, puede tener un efecto poderoso en el sector médico al crear diferentes ‘categorías’ de prestadores en términos de su estatus moral con respecto a la carga negativa asociada. Debido a esto, los prestadores pueden preferir abstenerse de participar incluso cuando su posición no sea contraria a tales procedimientos¹¹⁰.

La necesidad de acomodar a los objetores también puede generar efectos negativos en las instituciones, entre pares y otros profesionales. Las instituciones estarán obligadas a organizar su personal en función de la ausencia de profesionales o contratar personal nuevo que

¹⁰⁰ HARMON (2016), p. 164.

¹⁰¹ COWLEY (2017), p. 211.

¹⁰² CANTOR (2009), p. 1485.

¹⁰³ SAVULESCU y SCHUKLENK (2017), p. 170.

¹⁰⁴ FIALA y ARTHUR (2017), p. 256.

¹⁰⁵ SAVULESCU (2006), p. 295.

¹⁰⁶ FIALA y ARTHUR (2014), p. 19.

¹⁰⁷ SAVULESCU (2006), p. 297; WICCLAIR (2011), p. 92.

¹⁰⁸ WEST-ORAM y BUYX (2016), p. 342.

¹⁰⁹ HUGHES (2017), p. 215.

¹¹⁰ COOK et al. (2014), p. 215.

esté dispuesto a proporcionar los procedimientos, lo que resultará en una pérdida financiera potencialmente importante¹¹¹. Para los profesionales también habrá un problema interno con respecto a la distribución de cargas de trabajo; problema que se agrava por la falta de justificación al expresar sus motivaciones, como ya se ha dicho. En el caso de instituciones, se puede generar un problema importante para el sistema de salud ya que no solo implica un inconveniente para los pacientes (el desplazamiento de un área a otra), sino que los costos y las cargas se transfieren a aquellas instituciones que no son objetoras. Esto podría ser paradójico cuando los objetores, que reciben fondos públicos y se sujetan a estudios de costos y decisiones presupuestarias, deciden no participar en el sistema, lo que implica una responsabilidad pública¹¹².

3.2.5 Cuestiones relativas a la relación médico-paciente

La OC puede dañar la relación médico-paciente¹¹³ porque se enfoca únicamente en el prestador sin asignar valor a la conciencia y valores del paciente. Esto altera el equilibrio en esta relación porque los prestadores no están considerando los juicios morales que hacen las mujeres¹¹⁴. Los objetores tienen derecho a subvertir los roles en la relación al priorizar sus creencias o principios privados sobre los servicios, en particular cuando son “proveedores monopolistas”¹¹⁵. Los objetores pueden desestabilizar la relación con los pacientes al alterar ciertos deberes de la profesión como el no hacer daño¹¹⁶ y el respetar la autonomía del paciente¹¹⁷, y finalmente poner en peligro la confianza en la que se basa la profesión médica¹¹⁸.

Respecto de la autonomía, se impone extraordinariamente la perspectiva moral del prestador, que sin duda se aparta de los modelos generalmente aceptados en la relación médico-paciente, como el modelo deliberativo¹¹⁹. Los pacientes pueden perseguir sus preferencias y valores, además de valores alternativos relacionados con la salud, a través del diálogo. Los médicos no solo ayudan a aclarar los valores del paciente, sino que también pueden desafiar estos valores. La autonomía se entiende como autodesarrollo moral, considerando que el modelo deliberativo “se puede derivar de un concepto de respeto por la autonomía del paciente que ve un elemento de desarrollo moral como parte de la promoción de la autonomía”¹²⁰. Está ampliamente aceptado que los médicos deben respetar el derecho de los pacientes competentes a aceptar o rechazar un tratamiento determinado¹²¹. ¿No es esto una restricción clara y justificada a los pensamientos del profesional? Parece que no hay diferencia entre un médico que considera que el aborto es inmoral por razones de conciencia y el médico que considera que un procedimiento es necesario porque está más en línea con sus propios principios. ¿Por qué el primer caso es tolerado y promovido, mientras que el segundo no?

¹¹¹ WICCLAIR (2008), p. 119.

¹¹² DONNELLY y MURRAY (2016), p. 37.

¹¹³ GREENBLUM (2018), p. 207.

¹¹⁴ SEPPER (2013), pp. 400-401.

¹¹⁵ SCHUKLENK y SMALLING (2017), pp. 236-240.

¹¹⁶ WICCLAIR (2008), p. 109.

¹¹⁷ Se describen tres obligaciones profesionales básicas con los pacientes, fundamentales para su autodefinición o identidad y una base para obligaciones específicas: respetar la dignidad del paciente y abstenerse de discriminar, promover la salud y el bienestar del paciente, y respetar la autonomía del paciente. WICCLAIR (2008), p. 88.

¹¹⁸ SEPPER (2013), p. 402; HARMON (2016), p. 167. Esto se ha descrito como un efecto “impredecible” en pacientes que nunca pueden estar seguros de los servicios que recibirán de un médico o de una institución. Es lo opuesto a lo que un paciente puede esperar razonablemente de una profesión que, por definición, debe reunir estándares de servicio uniformes. SCHUKLENK y SMALLING (2017), p. 238.

¹¹⁹ EMANUEL y EMANUEL (1992), p. 2221.

¹²⁰ HOPE et al. (2008), p. 64.

¹²¹ HARMON (2016), p. 165.

3.3 Cuestiones específicas relativas a la OC institucional

3.3.1 ¿Conciencia institucional?

Las instituciones no tienen conciencia ni alma; por lo tanto, no pueden ejercer la OC¹²². Es el razonamiento de la Corte Constitucional colombiana que estableció que la OC por parte de las entidades no es posible debido a su ontología: “el ejercicio de la OC no se asimila a la simple opinión que se tenga sobre un asunto; por el contrario, son las más íntimas y arraigadas convicciones del individuo las que pueden servir como fundamento para el ejercicio de este derecho. Esta característica es ajena a las personas jurídicas, que en su constitución y ejercicio pueden concretar principios como la libertad de empresa o derechos fundamentales de sus socios, mas estos no podrán nunca transmitirles caracteres éticos y morales propios y exclusivos de las personas naturales”¹²³.

No obstante, diferentes argumentos pretenden demostrar un tipo de conciencia moral, ecológica o social en las entidades¹²⁴. Para la profesora Mary Ann Glendon, el ejercicio de la responsabilidad social corporativa (RSC) muestra que las empresas tienen conciencia en el sentido que pueden buscar buenos valores y ser responsables de estos actos: “Si queremos que los negocios de los Verdes y otros negocios como ellos actúen a conciencia, deben tener la libertad de seguir sus conciencias”¹²⁵.

Al efecto, debe considerarse que la OC apela al sentido más íntimo de la moralidad de un individuo; implica actividad intelectual más emoción y cognición¹²⁶. Las entidades no sienten, ni razonan, y actúan solo a través de sus agentes mediadores¹²⁷, lo que indica que una identidad moral eventual puede encontrarse en sus agentes y separarse de la identidad institucional como tal. Implica un proceso cognitivo en el que los principios morales o religiosos están sujetos a un escrutinio para un caso específico. Si bien las entidades pueden haber declarado principios o códigos, no pueden realizar ese escrutinio porque precisamente deben perseguir sus principios, estatutos y objetivos.

Tanto la teoría de la misión-operación como la teoría de la moral-colectiva fracasan en sus intentos de vincular la conciencia con la actividad interna de las entidades. La primera ignora la dependencia de las entidades en los seres humanos que deben adoptar, interpretar y aplicar las reglas y los principios (declaración de la misión) a situaciones particulares y potencialmente en ejercicio de la conciencia individual. No se trata de aplicar reglas abstractas y aspiraciones, sino de decidir en un proceso matizado que considere el contexto y las circunstancias especiales¹²⁸. La segunda teoría no describe la conciencia institucional per se al atribuir conciencia a un grupo de individuos, y no a una entidad que no tiene esta cualidad. Las instituciones funcionan como un medio por el cual las personas manifiestan convicciones morales, asumiendo que los individuos que aceptan reglas universales pueden predecir sus juicios morales individuales para cada situación¹²⁹. Esto puede apreciarse en los casos de profesionales que deciden brindar servicios de aborto, aunque comparten los valores católicos de las instituciones donde trabajan.

Teniendo en cuenta lo anterior, la conexión entre OC y RSC pierde fuerza. Más allá de las diferencias ontológicas mencionadas anteriormente, la RSC corresponde a un mecanismo en el que ciertos valores deseables (caridad o medio ambiente) son impuestos externamente por los órganos de toma de decisiones en cumplimiento de las normas autorreguladas (acuerdos internacionales privados). La RSC no se corresponde propiamente con un proceso interno de

¹²² HARMON (2016), p. 170; CHAVKIN et al. (2017), pp. 56-57.

¹²³ Corte Constitucional de Colombia, T-388 de 2009, de 28 de mayo de 2009.

¹²⁴ ALVARADO et al. (2018), p. 3.

¹²⁵ GLENDON (2013).

¹²⁶ WICCLAIR (2008), p. 48.

¹²⁷ SEPPER (2012), p. 1539.

¹²⁸ SEPPER (2012), pp. 1542-1543.

¹²⁹ SEPPER (2012), p. 1544.

reflexión en términos de juzgar valores o principios morales, como lo exige la OC, sino que es un proceso de generación externa de directrices que las instituciones pueden seguir o no. No es la conciencia de una institución como fenómeno interno de reflexión lo que determina la generación y la búsqueda de estos valores. Además, el cumplimiento con la RSC se juzga externamente a través de la conformidad con decisiones y acuerdos externos con respecto a los estatutos y códigos.

Desde la perspectiva de los derechos humanos y el sistema de protección europeo, hay argumentos que apoyan el razonamiento referente a que las entidades ontológicamente no tienen conciencia y, por lo tanto, no son titulares de derechos generalmente reconocidos para perseguir ciertas pretensiones, como la OC. Primero, las instituciones de la Convención Europea de Derechos Humanos (CEDH), incluida la Comisión (CmEDH) han declarado que los cuerpos colectivos, “por su propia naturaleza”, no pueden ejercer la libertad de conciencia (artículo 9) o el derecho a no ser sometidos a tratos o penas degradantes (artículo 3)¹³⁰. Además, han declarado que “un organismo corporativo con fines de lucro no puede disfrutar ni descansar en los derechos mencionados en el artículo 9. [1]”¹³¹, sino que “un organismo eclesial o una asociación con objetos religiosos y filosóficos es capaz de poseer y ejercer el derecho a la libertad de religión, ya que la solicitud de dicho organismo se presenta en nombre de sus miembros”¹³². Segundo, la CEDH no reconoce explícitamente la OC, y el TEDH ha desarrollado una posición restrictiva que la acepta en situaciones especiales (servicio militar)¹³³. El TEDH se negó a reconocer la OC o cualquier violación del artículo 9 en un caso en el que los propietarios de una farmacia decidieron no vender anticonceptivos por motivos religiosos. El Tribunal declaró que “siempre que la venta de anticonceptivos sea lícita [...] los solicitantes no pueden dar prioridad a sus creencias religiosas e imponerlas a otros como justificación de su negativa a vender tales productos, ya que pueden manifestar esas creencias de muchas maneras fuera de la esfera profesional”¹³⁴. La entidad, “personificada” por sus propietarios, se negó, con base en convicciones religiosas, a prestar un servicio lícito y público. La sentencia enfatiza la falta de conciencia crítica de las entidades¹³⁵ y la imposibilidad absoluta de ejercer la OC que requiere condiciones subjetivas para este propósito¹³⁶.

3.3.2 ¿Son el ethos y la libertad religiosa las respuestas?

Respecto a la “conciencia” institucional, una posible respuesta es que el ethos o ideario¹³⁷, como característica dominante de una institución, podría representar su conciencia para justificar una objeción. Suponiendo que las entidades hayan declarado su propósito (moral o de otro tipo), es importante analizar el origen de este propósito y su relación dentro de una institución. Las instituciones pueden tener un código de ética o ethos, pero esto es el resultado de la adopción por parte de un grupo de algunos principios y valores como ese ethos¹³⁸; cuando los hospitales o entidades actúan en contra de sus políticas o valores colectivos, están actuando en contra de una regla que han aceptado y adoptado en un proceso similar a la ley¹³⁹. Parece que el argumento tiende a moverse hacia lo que parece ser en realidad la aceptación de los dictados de los tomadores de decisiones. Ethos parece no ser realmente independiente de las personas y grupos de la institución y, en ese caso, la siguiente pregunta sería: ¿quién constituye

¹³⁰ TEDH (CmEDH), Verein Kontakt-Information-Therapie v Austria, 12 octubre 1998.

¹³¹ TEDH (CmEDH), X v Suiza, 27 febrero 1979.

¹³² TEDH (CmEDH), Kustannus Oy Vapaa Ajattelijat AB y Sundström v Finlandia, 15 abril 1996.

¹³³ RENUCCI (2005), pp. 13-14.

¹³⁴ TEDH, Pichon y Sajous v Francia, 2 octubre 2001.

¹³⁵ DONNELLY y MURRAY (2016), pp. 26-27.

¹³⁶ La Asamblea Parlamentaria del Consejo de Europa, en 2010 manifestó: “solo los individuos pueden tener un alma o una conciencia [...] Las instituciones como los hospitales no pueden, por definición, tener una conciencia”. FIALA y ARTHUR (2014), p. 18; CHAVKIN et al. (2017), pp. 56-57.

¹³⁷ ALVARADO et al. (2018), p. 3.

¹³⁸ DONNELLY y MURRAY (2016), p. 26.

¹³⁹ RICH (2015), p. 218.

la institución para este propósito¹⁴⁰. Teniendo en cuenta la clasificación de grupos directamente relacionados con la atención médica y aquellos que dirigen y financian a la entidad¹⁴¹, Fernández *et al.* han mostrado cómo, en la práctica, se trata de grupos específicos de interés, aparte de los profesionales, quienes pueden imponer ciertas agendas gracias a las estructuras de poder y prácticas contractuales sofisticadas¹⁴². Estas pueden ser consideradas como ‘restricciones religiosas’ dentro de las instituciones donde los accionistas o grupos de toma de decisiones asumen una identidad religiosa u obedecen ciertos principios religiosos no como una fe compartida sino por la aplicación de un contrato privado y bajo la amenaza de responsabilidad civil en caso de incumplimiento¹⁴³. La paradoja puede ser que ninguna de las partes, ni los accionistas ni los empleados, realmente están eligiendo qué religión seguir o no¹⁴⁴. Parece una imposición de una moralidad determinada centrada específicamente en evitar el aborto¹⁴⁵, un aspecto reconocido por la Corte colombiana: “negar el derecho de OC a las personas jurídicas [...] resulta un mecanismo efectivo para evitar limitaciones abusivas de la libertad de las personas que laboran en las instituciones prestadoras [...], las cuales podrían verse coaccionadas por posiciones restrictivas impuestas por los cuadros directivos de dichas instituciones”¹⁴⁶. Transferir las características de los grupos de interés a entidades cuestiona la separación entre personas e instituciones, en especial cuando no existe realmente una “moralidad compartida”, la base de la teoría moral-colectiva¹⁴⁷. Esto ha permitido que casos particulares como Hobby Lobby reconfiguren el rol de los empleadores y las compañías de seguros de salud¹⁴⁸.

Teniendo en cuenta las bases jurídicas mencionadas, ciertos argumentos para apoyar la OC institucional se han alejado de la idea de conciencia y se han acercado a una noción que emana directamente del derecho a la libertad de pensamiento y de religión. Algunas entidades pueden ejercer estos derechos al describir en sus estatutos las creencias religiosas que les impiden realizar ciertos actos moralmente opuestos a tales creencias, además de la autonomía institucional como consecuencia de la libertad de asociación y la personalidad jurídica de las instituciones¹⁴⁹. Sin embargo, el ejercicio de la libertad de religión puede reducirse a ciertas instituciones que, en principio, tienen un propósito religioso claro (iglesias)¹⁵⁰. El problema es que el caso Hobby Lobby ha demostrado que esto no es necesariamente así, ya que las organizaciones con fines de lucro no religiosas, pero estrechamente controladas, pueden ejercer la libertad de religión y evitar el cumplimiento de prestaciones¹⁵¹. Por eso, se requiere una perspectiva adicional.

Primero, la libertad de religión reconoce límites o restricciones basadas en el respeto de otros derechos y principios (artículo 9.2 CEDH; artículo 12.3 Convención Americana de Derechos Humanos), es decir, promover y proteger la autonomía y el pluralismo¹⁵². Las particulares características y composición de las instituciones de salud implican considerar a sus miembros y pacientes con respecto a un posible efecto negativo en sus convicciones personales y el sentido ético profesional¹⁵³. Puede ser digno de elogio que estas instituciones se atribuyan a ciertas

¹⁴⁰ FERNANDEZ et al. (2017), p. 121.

¹⁴¹ Es posible considerar dos categorías de personas como un grupo relevante para este propósito. El primer grupo se refiere a las personas que brindan atención médica directamente a los pacientes, como enfermeras y médicos. El segundo grupo incluye personas a cargo de dirigir y fundar la institución, como administradores, fundadores, fideicomisarios o accionistas. Fuera de la institución, podrían haber otras personas o grupos interesados o incluso otras instituciones que, a su vez, tengan los mismos grupos relevantes ya mencionados (propietario corporativo u organizaciones religiosas). SEPPER (2012), p. 1546.

¹⁴² FERNANDEZ et al. (2017), pp. 122-123.

¹⁴³ FERNANDEZ et al. (2017), p. 121; SCHWARTZMAN et al. (2016), pp. 310-312.

¹⁴⁴ CARD y WILLIAMS (2014), pp. 176-177; DONNELLY y MURRAY (2016), p. 27.

¹⁴⁵ SEPPER (2012), p. 1546.

¹⁴⁶ Corte Constitucional de Colombia, T-388 de 2009, de 28 de mayo de 2009.

¹⁴⁷ SEPPER (2012), p. 1547.

¹⁴⁸ SEPPER (2014), p. 320.

¹⁴⁹ ALVARADO et al. (2018), p. 6.

¹⁵⁰ COOK et al. (2014), p. 214.

¹⁵¹ WEST-ORAM y BUYX (2016), p. 343.

¹⁵² EVANS (2001), p. 143.

¹⁵³ MONTERO y VILLARROEL (2018), p. 5.

creencias religiosas; sin embargo, como no es una conciencia como tal, sus manifestaciones no deben ser totalizantes y deben revisarse a la luz de los derechos e intereses de los demás en un contexto de atención médica¹⁵⁴. El TEDH ya resolvió el problema de las manifestaciones religiosas del personal médico y determinó que la seguridad de los pacientes era más importante de acuerdo con el equilibrio de los derechos e intereses en conflicto. El Tribunal concluyó que “la razón para pedir a [una enfermera] que retirase [su] cruz, a saber, la protección de la salud y la seguridad en una sala de hospital era inherentemente de una magnitud mayor”¹⁵⁵. El peso de la convicción religiosa no era suficiente en el contexto de salud, por lo que no parece haber un inconveniente para aplicar un razonamiento similar en el caso de una entidad que persigue ciertos ideales religiosos dentro de ese mismo contexto.

Se afirma que la OC no obliga al personal a actuar contra su conciencia ya que solo impide que el establecimiento sea obligado a realizar actos en contra de sus principios¹⁵⁶. En este punto, respecto a los profesionales, el ejercicio de la libertad de religión por parte de la entidad afecta sus conciencias en la prestación de servicios lícitos y el cumplimiento de sus deberes profesionales, lo que implica derechos e intereses que no puedan obviarse fácilmente bajo la lógica de la ponderación. Esto está relacionado con el efecto particular de la asimetría en la protección de la conciencia¹⁵⁷, donde la regulación, generalmente, solo reconoce y protege a los prestadores que se niegan a cumplir con el deber de proporcionar servicios médicos, sin embargo, no incluye a prestadores que tengan la intención de cumplir con sus deberes, y por lo tanto los objetores siempre pueden imponer su posición¹⁵⁸. Este sería el caso de una enfermera que considera la vida inviolable y decide entregar condones a pacientes con VIH para preservar la vida de otras personas, aunque el hospital católico donde trabaja lo prohíbe y corre el riesgo de sufrir sanciones graves¹⁵⁹. No parece razonable favorecer la OC a nivel institucional, considerando que los derechos e intereses de terceros pueden ser objeto de abuso bajo un modelo autoritario que no resulta adecuado en un marco de tolerancia y pluralismo como los fundamentos de la OC. No parece muy apropiado que, a través del ejercicio de la libertad de religión, el incumplimiento de obligaciones legales sea perseguido en un sentido de acción colectiva que lo acerca más a la desobediencia civil, lo que puede ser cuestionable. Con respecto a la autonomía de las instituciones, no es un asunto que se refiera a la esfera estrictamente privada o pública de las entidades religiosas; más bien, se inserta en un sistema público de salud entendido como uno regulado y ordenado a través de competencias estatales¹⁶⁰. No se trata solo de ser gobernado por sus propios estatutos o principios como una decisión autónoma, sino también de los actos, directrices, regulaciones y objetivos del sistema de salud. Las intervenciones estatales y la regulación pública, sin más excepciones que las basadas en la salud pública y la ciencia médica, están justificadas por las características de los sistemas de salud donde la autonomía institucional tiende a restringirse¹⁶¹. Bajo el prisma de los derechos, la prestación de un servicio público de salud ya sea que tenga una participación más o menos privada y reconozca una directiva estatal, restringe la autonomía para proteger otros derechos como la salud, la vida y la autonomía reproductiva¹⁶². La atención médica podría describirse como una experiencia colectiva y pluralista que requiere abstenerse de la discriminación y justifica adecuadamente ciertas restricciones.

¹⁵⁴ MONTERO y VILLARROEL (2018), p. 4.

¹⁵⁵ TEDH, *Eweida y Otros v Reino Unido*, 15 enero 2013.

¹⁵⁶ ALVARADO et. al. (2018), p. 3.

¹⁵⁷ FIALA y ARTHUR (2014), p. 17; WICCLAIR (2011), p. 29.

¹⁵⁸ GREASLEY (2017), pp. 259-260.

¹⁵⁹ SEPPER (2013), p. 400.

¹⁶⁰ CHAVKIN et al. (2017), p. 56.

¹⁶¹ DONNELLY y MURRAY (2016), p. 28.

¹⁶² Corte Constitucional de Colombia, T-388 de 2009, de 28 de mayo de 2009.

3.3.3 Reducción de daños

Esta perspectiva asume que la OC daña los derechos e intereses de las mujeres (la vida, la salud, el bienestar, la autodeterminación, la dignidad, la igualdad y la ausencia de tratos degradantes)¹⁶³, por lo que deben establecerse límites para prevenir esos daños en relación con el acceso a servicios lícitos¹⁶⁴. Persigue establecer condiciones para que la OC *funcione* para prevenir y evitar daños. Estas limitaciones significan estándares y deberes que los objetores deben cumplir para garantizar el acceso y evitar barreras adicionales; referencias oportunas, puntualidad, regularidad de procedimientos y personal adecuado¹⁶⁵.

Esta perspectiva tiende a restringir la OC a la participación directa en los procedimientos¹⁶⁶, de manera que parece razonable dejar a las entidades al margen, en tanto no intervienen ni participan directamente en ningún procedimiento, limitándose a organizar los medios para facilitar la atención de manera colectiva y garantizar el acceso a las prestaciones que están obligadas a otorgar. Respecto de los efectos negativos, los criterios de oportunidad y disponibilidad de medios para garantizar el acceso pueden verse seriamente afectados. La imposición de una carga para las mujeres puede ser obviamente desproporcionada si se considera que la OC individual se administrará internamente, en contraste con impedir el acceso a una entidad con objetores y no objetores. Esto fue abordado por el Comité Europeo de Derechos Sociales en 2014 en un caso que consideró una violación de los derechos a la salud y a la no discriminación en Italia, dada la disminución de profesionales dispuestos a realizar abortos, creando una barrera para el acceso y provisión de servicios¹⁶⁷. Los costos de garantizar el acceso al aborto pueden ser mayores y asumirse en una escala social mayor, considerando que las entidades tienen un alcance incomparablemente más amplio¹⁶⁸. Si bajo la OC individual estos costos pueden asumirse a un nivel interno, entonces la institucional plantea la necesidad de una mayor coordinación y una distribución comparativamente mayor, lo que puede imponer costos estructurales amplios en la sociedad, afectando así a una política pública particular¹⁶⁹.

Conclusión

Los argumentos revisados a favor y en contra permiten responder que parece haber una justificación insuficiente para esta pretensión en los tres niveles críticos revisados. El primer nivel mostró los elementos que se consideran necesarios para delimitar la discusión: OC es una institución excepcional dentro del sistema de salud y una restricción al acceso a prestaciones legítimas para personas específicas, excepción que requeriría un mayor grado de justificación teniendo en cuenta los objetivos de la medicina, la salud pública y los derechos e intereses de las mujeres. El segundo nivel destacó los elementos más débiles de la OC, especialmente en la configuración del daño a la integridad moral de los prestadores, como también los efectos negativos en el funcionamiento de los prestadores institucionales y la autonomía de los pacientes. El tercer nivel expuso los aspectos más defectuosos y discutibles de los argumentos que sustentan la OC institucional. Considerando los problemas ontológicos de la “conciencia” institucional y la falta de coherencia entre las teorías que intentan sostenerla, una apelación a la RSC parece ser insuficiente y más bien destaca su característica externa en contraste con los elementos internos y críticos. Esto revela la naturaleza restrictiva de la actividad interna de las entidades y el proceso de toma de decisiones en organizaciones complejas, como las instituciones de salud, que trascienden la mera agrupación de personas con un objetivo específico. Invocar el ethos institucional tampoco parece consistente, considerando el proceso

¹⁶³ FIALA y ARTHUR (2017), p. 255

¹⁶⁴ DONNELLY y MURRAY (2016), pp. 25-34; HUGHES (2017), p. 215.

¹⁶⁵ DONNELLY y MURRAY (2016), p. 35.

¹⁶⁶ DONNELLY y MURRAY (2016), p. 25.

¹⁶⁷ DONNELLY y MURRAY (2016), p. 36.

¹⁶⁸ WEST-ORAM y BUYX (2016), p. 341.

¹⁶⁹ WEST-ORAM y BUYX (2016), p. 342.

de creación de ciertos principios o valores y a quiénes representan realmente, así como el riesgo de una imposición arbitraria a los miembros de la institución, pacientes y la sociedad, cuando precisamente el propósito de la OC individual es proteger la integridad moral en la toma de decisiones. La apelación a las libertades de religión y asociación ha permitido avanzar hacia una noción *al margen* de la conciencia, lo que resulta discutible cuando se consideran estas apelaciones como argumentos sin contrapeso en la discusión constitucional. Precisamente, los derechos aludidos y defendidos por instituciones vinculadas a pensamientos religiosos no son absolutos y admiten excepciones basadas en los derechos de los demás y los intereses colectivos. La perspectiva de reducción de daños, al centrarse en la idea de minimizar las restricciones en el acceso y los costos asociados con la OC, puede servir como un argumento residual para admitirla solo individualmente.

Considerando que el debate sobre la OC institucional en el aborto se ha movido hacia la noción de derechos en conflicto y sus mecanismos de solución a través de la ponderación, los argumentos en contra del ethos institucional y de las libertades de religión y asociación son más exitosos en demostrar la falta de justificación de esta pretensión, especialmente cuando se explica lo difícil que es defender el incumplimiento de los deberes de atención médica con tantos efectos negativos en terceros identificables. Sin embargo, parece posible desarrollar argumentos desde la ética médica —más allá de esta lógica de los derechos en conflicto— lo que permitiría profundizar los cuestionamientos de las bases de esta pretensión. El marco de los derechos en conflicto a menudo puede ser restrictivo si se considera que sitúa la discusión en el nivel de derechos que los sujetos deberían tener en oposición a los derechos que realmente tienen. Esto puede ser el resultado del intento de subsumir la bioética dentro del discurso y la práctica de los derechos humanos, lo que puede no ser negativo en sí mismo, pero se debe distinguir en discusiones y argumentos, considerando las funciones y elementos de cada uno de estos marcos conceptuales. Uno de los aspectos es precisamente que el discurso de los derechos tiende a argumentar desde una perspectiva individualista que, en el caso de la OC institucional, parece requerir otras consideraciones presentes en la reflexión ética sobre el valor de la medicina y su posición en la sociedad. Se deben considerar los aspectos relacionados con la equidad en el acceso a las prestaciones, elementos que pueden ser decisivos para aceptar o rechazar el hecho que la OC institucional en el aborto está efectivamente justificada, considerando que la discusión, hasta ahora, no permite fundamentar adecuadamente su posición dentro del esquema de derechos en conflicto, a pesar de casos como Hobby Lobby.

BIBLIOGRAFÍA CITADA

ALVARADO, CLAUDIO; CONTRERAS, FERNANDO Y SVENSSON, MANFRED (2018): “Objeción de conciencia institucional”, en: IES Chile, Claves para el debate (Nº 1, agosto 2018), pp. 1-12.

ASAMBLEA PARLAMENTARIA CONSEJO DE EUROPA (2010): “Resolución 1763”. Disponible en: <http://assembly.coe.int/nw/xml/XRef/Xref-XML2HTML-en.asp?fileid=17909&lang=en> [visitado el 1 de mayo de 2019].

BEAUCHAMP, TOM Y CHILDRESS, JAMES (2009): *Principles of Biomedical Ethics* (NY, Oxford University Press).

BUCHBINDER, MARA; LASSITER, DRAGANA; MERCIER, REBECCA; BRYANT, AMY Y DRAPKIN LYERLY, ANNE (2016): “Reframing Conscientious Care”, en: *Hastings Center Report* (Vol. 46, Issue 2), pp. 22-30.

CANTOR, JULIE (2009): “Conscientious Objection Gone Awry - Restoring Selfless Professionalism in Medicine”, en: *The New England Journal of Medicine* (Vol. 360, Nº 15, April), pp. 1484-1485.

CARD, ROBERT Y WILLIAMS, KARL (2014): “Emergency Contraception, Institutional Conscience, and Pharmacy Practice”, en: *Journal of Pharmacy Practice* (Vol. 27, Issue 2), pp. 174-177.

- CHAVKIN, WENDY; SWERDLOW, LAUREL Y FIFIELD, JOCELYN (2017): "Regulation of Conscientious Objection to Abortion: An International Comparative Multiple-Case Study", en: *Health Human Rights* (Vol. 19, Nº 1, Jun), pp. 55-68.
- CONFERENCIA DE OBISPOS CATÓLICOS (2018): "Directivas éticas y religiosas para los servicios de atención médica católicos". Disponible en: <http://www.usccb.org/> [visitado el 1 de mayo de 2019].
- COOK, REBECCA; ERDMAN, JOANNA Y DICKENS, BERNARD (2014): *Abortion Law in Transnational Perspective: Cases and Controversies* (Philadelphia, University of Pennsylvania Press).
- COWLEY, CRISTOPHER (2017): "Conscientious Objection In Healthcare And The Duty To Refer", en: *J Med Ethics* (43, 4, Apr), Pp. 207-212.
- DICKENS, BERNARD Y COOK, REBECCA (2000): "The scope and limits of conscientious objection", en: *International Journal of Gynecology & Obstetrics* (71, 1, Oct), pp. 71-77.
- DONNELLY, MARY Y MURRAY, CLAIRE (2016): *Ethical and Legal Debates in Irish Healthcare: Confronting complexities* (Manchester, Manchester University Press).
- DWORKIN, RONALD (1993): *Life's Dominion* (NY, Alfred A. Knopf).
- EMANUEL, EZEKIEL Y EMANUEL, LINDA (1992): "Four models of the physician-patient relationship", en: *Journal of the American Medical Association* (267), pp. 2221-2226.
- EVANS, CAROLYN (2001): *Freedom of Religion under the European Convention on Human Rights* (NY, Oxford University Press).
- FERNANDEZ, HOLLY; COHEN, GLENN Y SEPPER, ELIZABETH (2017): *Law, Religion, and Health in the United States* (NY, Cambridge University Press).
- FIALA, CHRISTIAN Y ARTHUR, JOYCE (2014): "Dishonourable disobedience. Why refusal to treat in reproductive healthcare is not conscientious objection", en: *Woman - Psychosomatic Gynaecology and Obstetrics* (Vol. 1), pp. 12-23.
- _____ (2017): "There is no defence for 'Conscientious objection' in reproductive health care", en: *European Journal of Obstetrics & Gynecology and Reproductive Biology* (Vol. 216), pp. 254-258.
- GLENDON, MARY ANN (2013): "Free businesses to act with conscience". Disponible en: <https://www.bostonglobe.com/opinion/2013/12/08/should-business-have-conscience/cK6o6G6dwrWeRjK1uPVYM/story.html> [visitado el 1 de mayo de 2019].
- GREASLEY, KATE (2017): *Arguments about Abortion. Personhood, Morality, and Law* (Oxford, Oxford University Press).
- GREENBLUM, JAKE (2018): "Public reason and the limited right to conscientious objection: a response to Magelssen", en: *J Med Ethics March* (Vol. 44, Issue 3), pp. 206-208.
- HARMON, SHAWN (2016): "Abortion and conscientious objection: Doogan - A missed opportunity for an instructive rights-based analysis", en: *Medical Law International* (Vol. 16, Nº 3-4), pp. 143-173.
- HERRING, JONATHAN (2016): *Medical Law and Ethics* (Oxford, Oxford University Press).
- HOPE, TONY; SAVULESCU, JULIAN Y HENDRICK, JUDITH (2008): *Medical Ethics and Law* (Edinburgh, Churchill Livingstone).
- HUGHES, JONATHAN (2017): "Conscientious objection in healthcare: why tribunals might be the answer", en: *J Med Ethics* (Vol. 43), pp. 213-217.

JACKSON, EMILY (2001): *Regulating Reproduction. Law, Technology and Autonomy* (Portland, Hart Publishing).

_____ (2016): *Medical Law, Text, Cases, and Materials* (Oxford, Oxford University Press).

LUNA, FLORENCIA (2015): "Medical ethics and more: ideal theories, non-ideal theories and conscientious objection", en: *J Med Ethics* (Vol. 41), pp. 129-133.

MAGELSEN, MORTEN (2012): "When should conscientious objection be accepted?", en: *J Med Ethics* (Vol. 38), pp. 18-21.

MASON, KENYON Y LAURIE, GRAEME (2016): *Law and Medical Ethics* (Glasgow, Oxford University Press).

MONATERI, PIER (2012): *Methods of Comparative Law* (Cheltenham, Edward Elgar Publishing).

MONTERO, ADELA Y VILLARROEL, RAÚL (2018): "A critical review of conscientious objection and decriminalisation of abortion in Chile", en: *J Med Ethics* (Vol. 44, Issue 4), pp. 1-5.

NEAL, MARY Y FOVARGUE, SARA (2016): "Conscience and agent-integrity: a defence of conscience-based exemptions in the health care context", en: *Medical Law Review* (Vol. 24, Issue 4), pp. 544-570.

O'DAIR, RICHARD Y LEWIS, ANDREW (2001): *Law and Religion. Current Legal Issues 2001* (Oxford, Oxford University Press), volume 4.

RAZ, JOSEPH (1979): *The Authority of Law. Essays on Law and Morality* (Oxford, Oxford University Press).

RENUCCI, JEAN-FRANÇOIS (2005): *Article 9 of the European Convention on Human Rights* (Strasbourg, Council of Europe Publishing).

RICH, BEN (2015): "Your Morality, My Mortality. Conscientious Objection and the Standard of Care", en: *Cambridge Quarterly of Healthcare Ethics* (Vol. 24), pp. 214-230.

SAVULESCU, JULIAN (2006): "Conscientious objection in medicine", en: *BMJ* (332, 4), pp. 294-297.

SAVULESCU, JULIAN Y SCHUKLENK, UDO (2017): "Doctors have no right to refuse medical assistance in dying, abortion or contraception", en: *Bioethics* (Vol. 31, Nº 3), pp. 164-170.

SCHUKLENK, UDO Y SMALLING, RICARDO (2017): "Why medical professionals have no moral claim to conscientious objection accommodation in liberal democracies", en: *J Med Ethics* (Vol. 43), pp. 234-240.

SCHWARTZMAN, MICAH; FLANDERS, CHAD Y ROBINSON, ZOË (2016): *The Rise of Corporate Religious Liberty* (NY, Oxford University Press).

SEPPER, ELIZABETH (2012): "Taking Conscience Seriously", en: *Virginia Law Review* (Vol. 98), pp. 1501-1575.

_____ (2013): "Not Only the Doctor's Dilemma: The Complexity of Conscience in Medicine", en: *Faulkner Law Review* (Vol. 4, Issue 2), pp. 385-410.

_____ (2014): "Contraception and the Birth of Corporate Conscience", en: *American University Journal of Gender, Social Policy & the Law* (Vol. 22, Issue 2), pp. 303-342.

SORABJI, RICHARD (2014): *Moral Conscience through the Ages* (Oxford, Oxford University Press).

STRECH, DANIEL; HIRSCHBERG, IRENE Y MARCKMANN, GEORG (2013): *Ethics in Public Health and Health Policy* (London, Springer).

THOMPSON, MICHAEL (2013): "Abortion law and professional boundaries", en: *Social and Legal Studies* (Vol. 22, Issue 2), pp. 191-210.

WEST-ORAM, PETER Y BUYX, ALENA (2016): "Conscientious Objection in Healthcare Provision: A New Dimension", en: *Bioethics* (30, 5), pp. 1-8.

WICCLAIR, MARK (2008): "Is conscientious objection incompatible with a physician's professional obligations?", en: *Theor Med Bioeth* (29), pp. 171-185.

_____ (2011): *Conscientious Objection in Health Care. An Ethical Analysis* (Cambridge, Cambridge University Press).

WINTER, GEORGE (2016): "Conscientious objection", en: *British Journal of Midwifery* (Vol. 24, Issue 9), p. 612.

ZUÑIGA, JOSÉ; MARKS, STEPHEN Y GOSTIN, LAWRENCE (2013): *Advancing the Human Right to Health* (Oxford, Oxford University Press).

JURISPRUDENCIA CITADA

CORTE SUPREMA DE LOS ESTADOS UNIDOS, *Roe v Wade*, 410 U.S. 113 (1973), en: <https://supreme.justia.com/cases/federal/us/410/113/>.

TEDH (CMEDH), *X v Suiza*, 27 febrero 1979, en: <http://hudoc.echr.coe.int/eng?i=001-74195>.

TEDH (CMEDH), *Kustannus Oy Vapaa Ajattelijä AB y Sundström v Finlandia*, 15 abril 1996, en: [https://hudoc.echr.coe.int/eng#{"itemid":\["001-2816"\]}](https://hudoc.echr.coe.int/eng#{).

TEDH (CMEDH), *Verein Kontakt-Information-Therapie v Austria*, 12 octubre 1998, en: <http://hudoc.echr.coe.int/app/conversion/pdf/?library=ECHR&id=001-217&filename=001-217.pdf>.

TEDH, *Pichon y Sajous v Francia*, 2 octubre 2001, en: [https://hudoc.echr.coe.int/eng#{"itemid":\["001-22644"\]}](https://hudoc.echr.coe.int/eng#{).

CORTE CONSTITUCIONAL DE COLOMBIA, T-388 2009, 28 mayo 2009 (Acción de tutela instaurada por BB actuando en representación de AA contra SaludCoop), en: <http://www.corteconstitucional.gov.co/relatoria/2009/t-388-09.htm>.

TEDH, *P. y S. v Polonia*, 30 octubre 2012, en: <http://hudoc.echr.coe.int/eng?i=001-114098>.

TEDH, *Eweida y Otros v Reino Unido*, 15 enero 2013, en: <http://hudoc.echr.coe.int/eng?i=001-115881>.

REQUERIMIENTO DE INCONSTITUCIONALIDAD RESPECTO DE LAS NORMAS QUE INDICAN DEL PROYECTO DE LEY QUE REGULA LA DESPENALIZACIÓN DE LA INTERRUPCIÓN VOLUNTARIA DEL EMBARAZO EN TRES CAUSALES, correspondiente al Boletín N° 9895-11 (2017): Tribunal Constitucional de Chile 28 agosto 2017 (requerimiento de inconstitucionalidad), Rol N° 3729-17, en: <https://www.tribunalconstitucional.cl/ver2.php?id=3515>.