



UNIVERSITAT DE  
BARCELONA



Revista de Bioética y Derecho

Perspectivas Bioéticas

[www.bioeticayderecho.ub.edu](http://www.bioeticayderecho.ub.edu) - ISSN 1886-5887

## PERSPECTIVAS BIOÉTICAS

**Objeción de conciencia, bioética y derechos humanos: una perspectiva desde Colombia**

**Conscientious Objection, bioethics and human rights: A perspective from Colombia**

**Objecció de consciència, bioètica i drets humans: una perspectiva des de Colòmbia**

**ANA CRISTINA GONZÁLEZ VÉLEZ \***

### OBSERVATORI DE BIOÈTICA I DRET DE LA UNIVERSITAT DE BARCELONA

La Revista de Bioética y Derecho se creó en 2004 a iniciativa del Observatorio de Bioética y Derecho (OBD), con el soporte del Máster en Bioética y Derecho de la Universidad de Barcelona: [www.bioeticayderecho.ub.edu/master](http://www.bioeticayderecho.ub.edu/master). En 2016 la revista Perspectivas Bioéticas del Programa de Bioética de la Facultad Latinoamericana de Ciencias Sociales (FLACSO) se ha incorporado a la Revista de Bioética y Derecho.

Esta es una revista electrónica de acceso abierto, lo que significa que todo el contenido es de libre acceso sin coste alguno para el usuario o su institución. Los usuarios pueden leer, descargar, copiar, distribuir, imprimir o enlazar los textos completos de los artículos en esta revista sin pedir permiso previo del editor o del autor, siempre que no medie lucro en dichas operaciones y siempre que se citen las fuentes. Esto está de acuerdo con la definición BOAI de acceso abierto.

\* Ana Cristina González Vélez. Médica. Máster en investigación social en salud, alumna de doctorado en el "Programa de Pós-Graduação em Bioética, Ética Aplicada e Saúde Coletiva" (PPGBIOS), Fundação Oswaldo Cruz, Brasil. E-mail: [acgonzalezvelez@gmail.com](mailto:acgonzalezvelez@gmail.com).

## Resumen

Este artículo discute el fenómeno de la objeción de conciencia y algunas características de su práctica utilizando los datos de un estudio realizado en Bogotá (Grupo Médico por el Derecho a Decidir, 2015). A partir de los datos, la autora discute la noción de conciencia para distinguir entre aquellas prácticas que se ajustan a la objeción y aquellas que son barreras de acceso, abordando distintas tesis bioéticas sobre la objeción de conciencia. Finalmente, el artículo propone utilizar los estándares de derechos humanos desarrollados por la Corte Constitucional colombiana en materia de objeción de conciencia, como una solución ética compatible con la tesis de la concesión o el mutuo acuerdo.

**Palabras clave:** aborto; derechos humanos; bioética; objeción de conciencia; barreras de acceso a los servicios.

## Abstract

This article discusses the phenomenon of conscientious objection, and some features of its practice, using data recently collected in a KAP (Knowledge, Attitudes and Practices) study conducted in Bogotá (Global Doctors for Choice, 2015). Using the figures, the author discusses, from a bioethical perspective, the idea of conscientious and its centrality for both, the provision and denial of services, emphasizing the first one, and addressing different thesis that have been developed in the bioethics field. Finally, the article proposes the use of the standards developed by the Colombian Constitutional Court in different rulings in relation to conscientious objection as an ethical solution compatible with the social contract theory.

**Keywords:** abortion; human rights; bioethics; conscientious objection; barriers to abortion services.

## Resum

Aquest article discuteix el fenomen de l'objecció de consciència i algunes característiques de la seva pràctica utilitzant les dades d'un estudi realitzat a Bogotá (Grup Mèdic pel Dret a Decidir, 2015). A partir de les dades, l'autora discuteix la noció de consciència per distingir entre aquelles pràctiques que s'ajusten a l'objecció i aquelles que són barreres d'accés, abordant diferents tesis bioètiques sobre l'objecció de consciència. Finalment, l'article proposa utilitzar els estàndards de drets humans desenvolupats per la Cort Constitucional colombiana en matèria d'objecció de consciència, com una solució ètica compatible amb la tesi de la concessió o el mutu acord.

**Paraules clau:** avortament; drets humans; bioètica; objecció de consciència; barreres d'accés als serveis.

## 1. Acerca del problema

La objeción de conciencia en los servicios de aborto es una práctica que constituye una preocupación creciente en América Latina, tal como se mostrará en este artículo. Esta problemática ha sido objeto de dos seminarios regionales (I y II Seminario Regional sobre objeción de conciencia, 2013-2016<sup>1</sup>) y de algunas investigaciones orientadas a documentar su magnitud entre profesionales de la salud, los efectos de su práctica, y el uso abusivo que se hace de esta figura para esconder la imposición de opiniones personales sobre la situación legal del aborto, generando enormes barreras de acceso y negación de servicios. Así, algunos estudios han concluido que no todas las prácticas que se etiquetan como tal constituyen objeción de conciencia y que son, más bien, barreras en el acceso a los servicios (Grupo Médico por el Derecho a Decidir, 2015).

Este artículo presenta en primer lugar, una caracterización del fenómeno de la objeción de conciencia con énfasis en los datos de Colombia<sup>2</sup>. En segundo lugar, y a partir de estos datos clarifica la propia noción de objeción y discute los distintos marcos conceptuales propuestos desde la bioética para buscar soluciones justas frente a su práctica creciente y a veces errática, enfocándose en las tres tesis desarrolladas por Wicclair (2011). En tercer lugar, presenta los estándares de la Corte Constitucional de Colombia —a partir de una tentativa de clasificación que es original de la autora— como un mínimo ético que ofrece una alternativa, para que el ejercicio de la objeción garantice tanto la protección de los derechos de las mujeres que requieren servicios como los de profesionales cuyas convicciones profundas les impiden prestarlos. La manera en que se han ordenado estos estándares, según la propuesta de la autora, abarca dos tipos de reglas que pueden derivarse de la jurisprudencia de la Corte, las generales y las específicas. Una breve conclusión cierra el texto.

Tal como indican Chavkin, Leitman y Polin (2013), la práctica de la objeción de conciencia es creciente, aunque también reciente (desde los años 70's en Estados Unidos), y está relacionada, en distintas regiones del mundo, con la liberalización del aborto, bien sea que se haya avanzado en el modelo de indicaciones o en el modelo de plazos; aunque su práctica no es exclusiva del

---

<sup>1</sup> Estos seminarios han sido convocados, entre otras organizaciones, por “La Mesa por la Vida y la Salud de las Mujeres”, un colectivo de personas y organizaciones colombianas fundado en el año 1998. La Mesa se ha constituido en un actor central en la implementación de la Sentencia C-355 que despenalizó el aborto en este país en el año 2006.

<sup>2</sup> En este artículo los datos se utilizan con fines descriptivos para ubicar la discusión en el fenómeno de la objeción tal como ocurre hoy en Colombia y para mostrar que las reglas que ha desarrollado la Corte se ofrecen como una alternativa de solución ética. Sin embargo los datos no se exploran en profundidad en cuanto a los problemas éticos que cada uno de los hallazgos plantea, porque exceden el propósito de este artículo.

aborto, observándose también en otros temas relativos a la reproducción (como el uso de anticoncepción) y al final de la vida.

La evidencia a la fecha es escasa y variable, pero auto explicativa, y muestra por ejemplo que hasta un 70% de quienes ejercen la ginecología en Italia y un 10% en una muestra aleatoria en el Reino Unido han declarado su objeción de conciencia (Chavkin, Leitman y Polin, 2013). Por su parte, en Brasil la objeción de conciencia llega a ser de más del 40% por la incertidumbre que gran cantidad de profesionales dicen tener frente a la existencia o no de una violación, siendo así que más del 80% solicitan pruebas de la violación que no son exigidas por la ley (Diniz, Medeiros y Rosas, 2014).

Pero la objeción no es un fenómeno exclusivo de profesionales del área médica, encontrándose que un 17% de farmaceutas en una ciudad de Estados Unidos se niega a dispensar mifepristona y hasta un 8%, anticoncepción de emergencia. Adicionalmente, la incongruencia es otra característica del fenómeno. Así, mientras dos tercios del estudiantado de medicina y enfermería apoyan el aborto, sólo un tercio prestaría el servicio, según una encuesta realizada en los Estados Unidos (Chavkin, Leitman y Polin, 2013). Esta misma encuesta refleja también otras características de lo que en la práctica se denomina objeción pero que en sentido estricto no podrían considerarse como tal, según se verá más. Encontramos así, la objeción parcial, que tiene lugar cuando profesionales se niegan a prestar el servicio según las condiciones de la mujer (por ejemplo, aceptan el aborto si se trata de casos en los que falló el método anticonceptivo pero no si se trata de adolescentes o si hubo aborto provocado). La objeción oportunista, que se presenta cuando se apela a esta figura según el beneficio económico que reporte el procedimiento (no hay objeción en el servicio privado) o cuando se mencionan motivaciones ajenas a la conciencia —como los menores niveles de capacitación, el estigma o los trámites administrativos— entre otras razones para no prestar el servicio (Chavkin, Leitman y Polin, 2013).

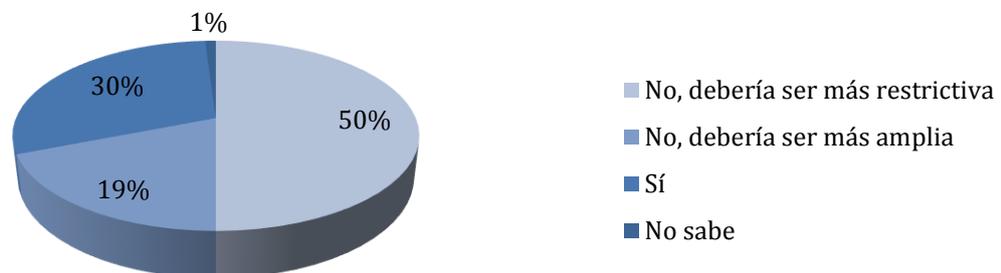
## 2. Los datos en Colombia

En el año 2015, el Grupo Médico por el Derecho a Decidir condujo una encuesta auto-diligenciada y anónima, entre profesionales afiliados a la Federación Colombiana de Ginecología y Obstetricia en una muestra con 95% de confiabilidad. 273 gineco-obstetras, pertenecientes a 23 ciudades, en su mayoría especialistas o subespecialistas (90%), respondieron a la encuesta. Con respecto a los datos generales, la población mayor de 45 años es el grupo más grande entre quienes respondieron la encuesta (48%), seguido del grupo de edad 30 a 45 años (19%). Agrupando estos

datos encontramos que 92% es mayor de 30 años y un 60% es mayor de 40 años. El 59% de quienes fueron encuestados eran hombres y el 41% mujeres<sup>3</sup>.

Se destaca entre otras características generales, que un 76% profesa la religión católica y un 16% no profesa ninguna religión. Cincuenta por ciento (50%) no están de acuerdo con la situación del aborto en Colombia, pues consideran que la legislación debería ser más restrictiva mientras que 19% consideran que debería ser más amplia. Estos datos reflejan una amplia distancia entre los avances regulatorios en el país, y la opinión de los gineco-obstetras llamados a jugar un rol clave en la implementación del aborto legal. Y reflejan también un profundo problema ético en tanto parecen imponerse las creencias personales sobre la despenalización parcial y sobre las necesidades de las mujeres. En este marco, parece más fácil entender que un 59% no ha realizado nunca una interrupción voluntaria del embarazo (IVE) y cerca del 65% no la realizan cuando es solicitada por una causa legal lo que en parte se corresponde con el elevado porcentaje de profesionales que no están de acuerdo con la legislación actual. Esta situación, de nuevo, es profundamente problemática y plantea un dilema moral, como se verá más adelante, pues no ofrece una ventana de solución a la negación de servicios que se manifiesta de esta manera en forma absolutista.

### ¿Está de acuerdo con la legislación actual sobre el aborto en Colombia?



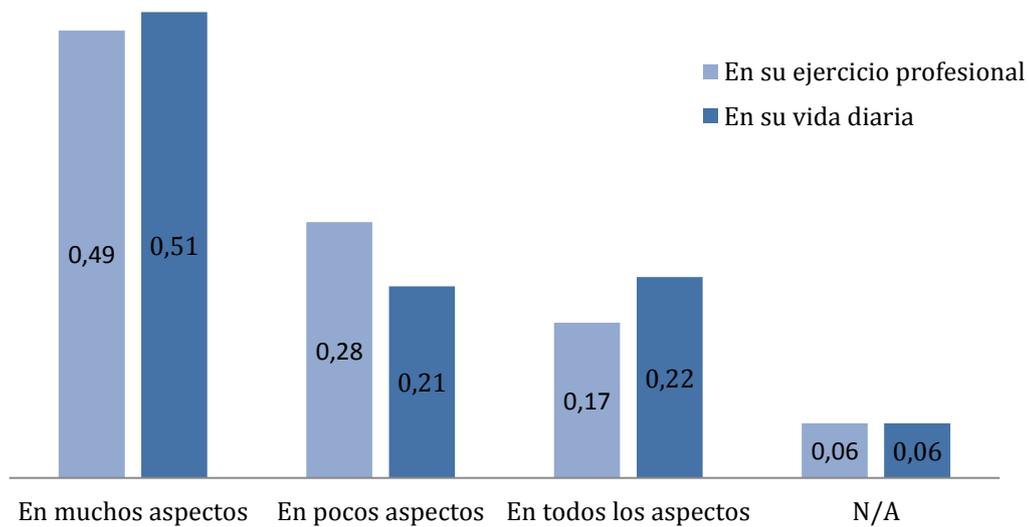
Gráfica 1. Postura frente a la legislación actual del aborto.

Fuente: Elaboración propia con datos de encuesta FECOLSOG/Grupo Médico por el Derecho a Decidir (2015).

<sup>3</sup> Los datos que se presentan acá no están desagregados por sexo. Sin embargo, vale la pena destacar que en general el desconocimiento del marco legal es mayor entre los hombres que entre las mujeres pero las tasas de rechazo frente al aborto fueron levemente mayores entre estas últimas. Como la encuesta realizada por el Grupo Médico ofrece un panorama fundamentalmente descriptivo, estos datos merecen ser investigados de forma más profunda con otros métodos de análisis cuantitativo que implican muestreos más específicos o controlados, y con métodos cualitativos que indaguen de manera más precisa aspectos como la importancia del género de los profesionales a la hora de prestar servicios de aborto.

En relación con el tema de la religión la encuesta distingue entre influencia de la religión en la vida diaria y en la profesión, encontrando que el 49% de las personas encuestadas manifestaron que la religión influye en muchos aspectos de su ejercicio profesional, e incluso un 17% contestó que influye en **todos** los aspectos.

### ¿En qué aspectos la religión ejerce influencia en su vida diaria y su profesión?



Gráfica 2. Influencia de la religión en la vida diaria y en la profesión.

Fuente: Elaboración propia con datos de encuesta FECOLSOG/Grupo Médico por el Derecho a Decidir (2015).

Vale la pena resaltar que las posturas personales varían según la indicación legal (causal) reflejando la persistencia de relaciones de poder entre prestadores y usuarias que terminan interfiriendo en la prestación de los servicios.<sup>4</sup> Así, las situaciones que más respondieron las personas encuestadas como permitidas por la legislación actual y que también tienen una alta aceptación desde la opinión personal son: ‘riesgo de muerte de la mujer’ (99% según la legislación / 92% según opinión personal), ‘embarazo resultado de violación (95% / 81%)’, ‘malformaciones fetales no compatibles con la vida’ (93% / 89%) y ‘riesgo para la salud física de la mujer’ (91% / 82%). Llama la atención la situación ‘embarazo resultado de incesto’, que aparece explícitamente en la Sentencia, en el que el 32% de las personas encuestadas lo reportan como no permitido según la

<sup>4</sup> En el año 2006 se despenalizó el aborto en Colombia en tres circunstancias (indicaciones o causales): (i) cuando la continuación del embarazo constituya peligro para la vida o la salud de la mujer, certificada por un médico; (ii) cuando exista grave malformación del feto que haga inviable su vida, certificada por un médico; y (iii) cuando el embarazo sea el resultado de una conducta, debidamente denunciada, constitutiva de acceso carnal o acto sexual sin consentimiento, abusivo o de inseminación artificial o transferencia de óvulo fecundado no consentidas, o de incesto (Corte Constitucional de la República de Colombia. Sentencia C-355 de 2006).

legislación actual, aunque al indagar por su opinión personal existe un consenso alto (74%) de que debería permitirse. Estos datos reflejan que existe todavía un fuerte desconocimiento de los marcos normativos vigentes y que las causales que tienen más aprobación entre los profesionales son riesgo de vida, malformaciones fetales no compatibles con la vida, riesgo para la salud, violación, e incesto. Como lo confirmaron en el estudio diversos ejercicios estadísticos, los asuntos que son de orden médico o técnico tienen un alto grado de aceptación ('riesgo de muerte', 'riesgo para la salud física', 'malformaciones fetales no compatibles con la vida' e incluso 'malformaciones fetales graves compatibles con la vida'), mientras que las situaciones involucran de forma más clara el derecho a decidir de las mujeres o incluso el mantenimiento de su calidad de vida de forma más integral (el caso de 'riesgo para salud mental de la mujer' frente al de 'riesgo de muerte') la respuesta es menos comprometida ('riesgo para salud mental de la mujer'). De esta manera, los casos de 'razones socioeconómicas' o 'bajo cualquier circunstancia' son los más rechazados.

De otro lado, casi la totalidad de quienes fueron encuestados considera que es una obligación brindar información y remitir a las mujeres de manera que su solicitud pueda ser resuelta. Cabe anotar por último que las mujeres en términos relativos rechazan más la práctica de la IVE que los hombres lo que podría explicarse, a manera de hipótesis, como una urgencia más grande por parte de ellas por amoldarse a las ideas más establecidas dentro de la profesión médica que abarcan por ejemplo, la protección de la vida del feto, como una forma de ganar prestigio al interior del gremio. Sin embargo, el estudio realizado en Colombia no permite confirmar estas hipótesis.

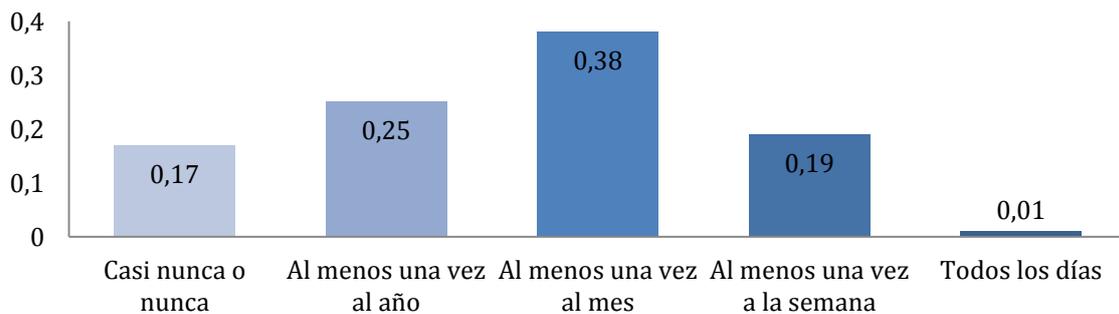
Adicionalmente, la mayoría de quienes se dedican a la profesión han recibido solicitudes para practicar un aborto aunque a un 17% no se les ha solicitado nunca o casi nunca. Podríamos afirmar que las solicitudes de aborto son usuales en los servicios de salud, incluso si tenemos en cuenta que las temporalidades más altas "al menos una vez a la semana" y "todos los días" representan el 19% y el 1% respectivamente.

Al respecto es importante aclarar que el Sistema General de Seguridad Social en Salud (SGSSS) de Colombia tiene dos regímenes principales administrados por las Empresas Promotoras de Salud (EPS), el contributivo integrado por trabajadores (dependientes o no, que contribuyen con un porcentaje mensual proporcional a sus ingresos) y el subsidiado al que pertenecen las personas que tienen baja o nula capacidad de pago y para quienes el sistema funciona en base a la solidaridad. En cada uno de estos regímenes existe un paquete de prestaciones que son similares en materia de salud reproductiva y en lo que compete al tema abordado en este artículo. En la actualidad, y según cifras del Ministerio de Salud, casi el 100% de la población pertenece a uno de estos dos regímenes: 44.5 % de la población total se encuentra afiliada al régimen contributivo, 48.1 % al régimen subsidiado y 5% a los regímenes especiales y de excepción. Adicionalmente, existen planes privados de salud que pueden pagarse complementariamente pero que no exceptúan a nadie de la

obligatoriedad en la afiliación a alguno de los regímenes arriba explicados. La encuesta realizada por el Grupo Médico, refleja que las mujeres que son atendidas por los profesionales encuestados pertenecen al régimen contributivo (43%), seguido por el régimen subsidiado (35%) y las pacientes atendidas como particulares o con medicina prepagada representan el 19%.

Según la regulación vigente en Colombia, la práctica de la objeción es un derecho individual de cualquier profesional no importa cuál sea la condición de afiliación de las pacientes atendidas, si bien, expresa la Corte, su atención deberá ser garantizada por las EPS responsables de garantizar el paquete de prestaciones para minimizar el impacto que sobre las mujeres tiene dicha práctica. Sin embargo, la expresión de la objeción al momento de ingresar a estas entidades no está regulada taxativamente en el país, encontrándose así que la misma puede presentarse no importa cuál sea el tipo de afiliación y que no siempre se hace bajo un procedimiento que minimice el impacto sobre las usuarias, como sería por ejemplo, la obligatoriedad de reporte de la objeción antes de ingresar a una entidad de manera que se asegure un porcentaje razonable de prestadores no objetores. Esta situación acarrea una doble problemática en relación a la objeción. Por un lado, la prestación de los servicios de salud se ha delegado en las EPS que por tanto tienen una responsabilidad pública, y por el otro, siendo la objeción un derecho individual, debería manifestarse antes de que el profesional fuera vinculado a una institución. Ambas situaciones son relevantes desde el punto de vista ético pues los servicios públicos no deberían ser objetables y en todo caso la práctica de la objeción debería llevarse a cabo en forma previa al proceso de atención<sup>5</sup>.

**¿Con qué frecuencia recibe solicitudes de aborto?**



Gráfica 3. Frecuencia de solicitud de un aborto.

Fuente: Elaboración propia con datos de encuesta FECOLSOG/Grupo Médico por el Derecho a Decidir (2015).

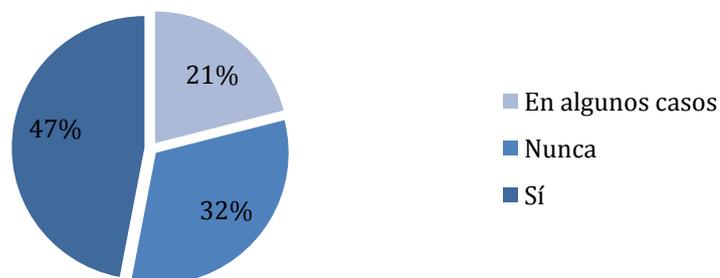
<sup>5</sup> Cabe aclarar que la encuesta aplicada a FECOLSOG no incluye datos del tipo de entidad a la que están vinculados los profesionales quienes suelen prestar servicios en los distintos regímenes. La Encuesta incluye, sí, el régimen de afiliación de las mujeres que son atendidas por los profesionales a través de un dato aproximado ya que en general los profesionales suelen atender pacientes de los distintos regímenes. Por otro lado, no existe en el país una base de datos que permita conocer el tipo de afiliación del personal médico según sea o no objetor, o dicho de otra manera, la distribución de objetores por tipo de régimen pues no se cuenta con base de objetores.

En cuanto a la objeción de conciencia específicamente, este estudio indaga su prevalencia de manera general entre quienes no han practicado nunca un aborto (32%) pese a haber recibido la solicitud de hacerlo.<sup>6</sup> Adicionalmente, el estudio indaga las razones por las cuales lo practican aquellos que dicen hacerlo “a veces” (21%).

Entre quienes nunca han practicado el aborto, 8% declara expresamente su objeción de conciencia pero dado que 34% dentro de este grupo menciona “otras” razones para no practicarlo, indagamos para encontrar que un 24% alude a razones estrictamente morales o religiosas pudiéndose considerar éstas, de manera indirecta, una forma de objeción. En este sentido, si bien la objeción no se reconoce explícitamente por parte de los profesionales acarreado un problema adicional cuando se trata de encontrar soluciones a su práctica, si parece expresarse en la negación de servicios que se hace sobre la base de convicciones personales acerca de lo que está bien o mal en materia de aborto. Sin embargo, de modo general, quienes declararon su objeción, brindan información y remiten a las usuarias a un proveedor que pueda resolver la necesidad de salud, lo que demuestra que el verdadero objetor no obstaculiza los servicios.

De otro lado, las barreras (institucionales o individuales) aparecen de manera importante llegando a casi 60% entre quienes nunca han prestado el servicio. Este dato es fundamental para uno de los hallazgos de esta encuesta en Colombia, en donde queda claro que más que objeción de conciencia expresamente reconocida, los profesionales de la salud obstaculizan el acceso a los servicios en coherencia con su desacuerdo frente al régimen de despenalización actual vigente en el país. Es decir, es más frecuente obstruir el servicio que objetarlo por razones de conciencia, lo que acarrea un inmenso problema ético que además dificulta soluciones en las que, por la vía de una objeción manifestada oportuna y transparentemente, pudiera permitirse al profesional objetar y a la mujer recibir atención oportuna.

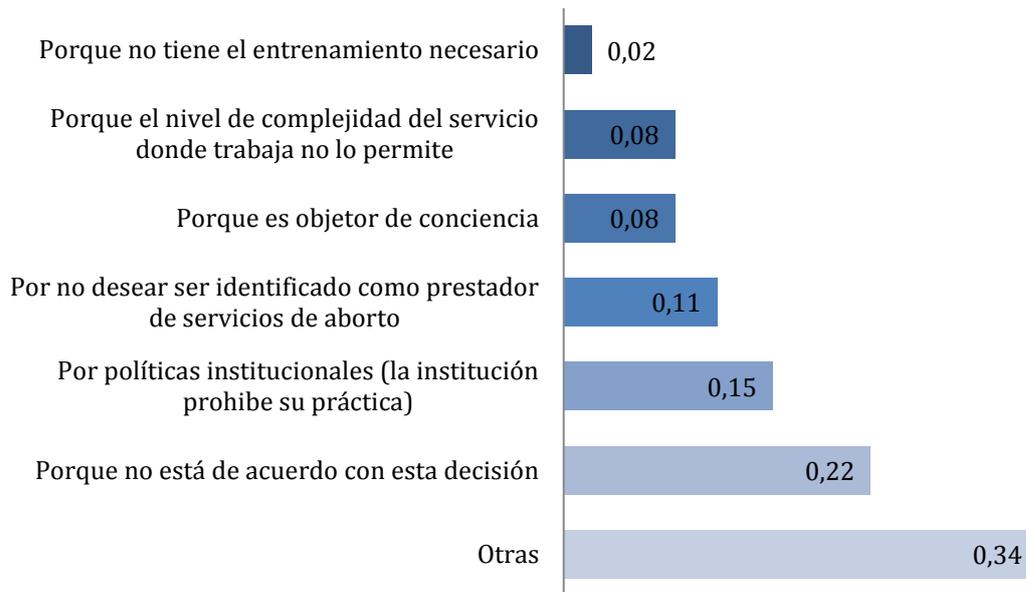
**En su(s) ámbito(s) actual(es) ¿Realiza procedimientos de terminación del embarazo cuando son solicitados por una causal legal?**



Gráfica 4. Realización de procedimiento de terminación del embarazo.

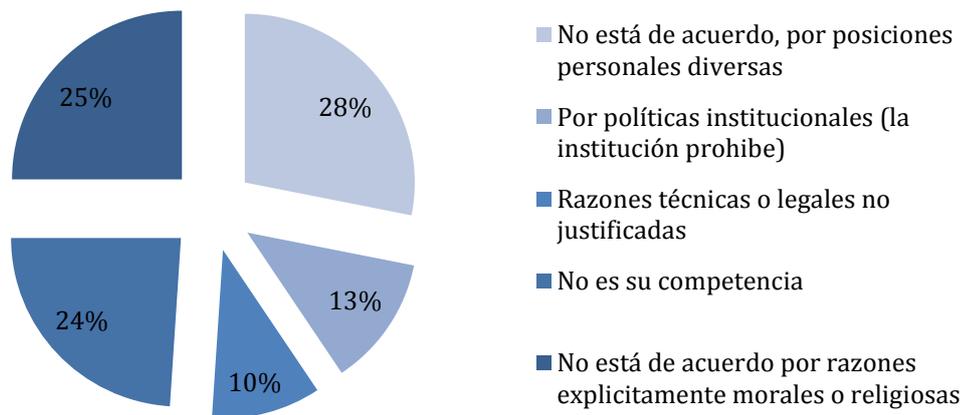
Fuente: Elaboración propia con datos de encuesta FECOLSOG/Grupo Médico por el Derecho a Decidir (2015).

<sup>6</sup> Cabe anotar que 47%, cerca de la mitad, sí realizan abortos cuando son solicitados por una causal legal.



Gráfica 5. Desagregación de respuesta "Nunca" (pregunta gráfica 4).

Fuente: Elaboración propia con datos de encuesta FECOLSOG/Grupo Médico por el Derecho a Decidir (2015).



Gráfica 6. Desagregación de respuesta "Otras" (detalle gráfica 5).

Fuente: Elaboración propia con datos de encuesta FECOLSOG/Grupo Médico por el Derecho a Decidir (2015).

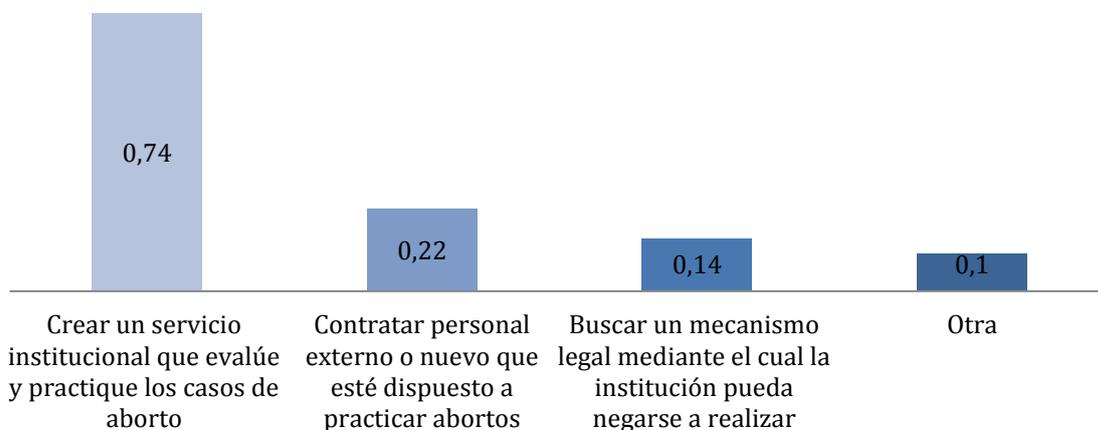
En este escenario, dos aspectos relacionados con la disponibilidad (o calidad) de los servicios de salud, entrenamiento (2%) y ausencia del servicio por el nivel de complejidad (8%) suman 10% de las razones que reportan las y los profesionales para no practicar terminaciones del embarazo. Se suman a ello, por no estar de acuerdo (22%) y por políticas institucionales (15%), que podría agruparse como 37% que manifiesta algún tipo de obstrucción del servicio. Encontramos entonces que si bien el fenómeno de objeción de conciencia es importante en Colombia, no lo es tanto como el problema de las barreras asociadas a ésta que suelen expresarse de manera encubierta como objeción institucional y que esconden como hemos dicho antes,

desacuerdos frente al aborto legal. En cierta manera, apelar a la objeción ha servido para disfrazar el problema real que se observa en este trabajo entre profesionales que están en contra del aborto.

De otro lado, también se observa que la mayoría (74%) de profesionales que han respondido a la encuesta, opinan que se debe crear un servicio institucional que evalúe y practique los casos de aborto, 22% opina que se debe contratar personal externo o nuevo que esté dispuesto a practicar IVE y un 14% manifestaron que se debe buscar un mecanismo legal para que la institución pueda negarse a hacerlo, legitimando con ello algún tipo de objeción de conciencia institucional. La encuesta también revela que sólo el 47% de gineco-obstetras realiza interrupciones voluntarias del embarazo.

Estos últimos datos nos muestran por un lado, que en un entorno de persistencia del delito de aborto y de un profundo estigma asociado a quienes prestan este tipo de servicios, los profesionales eluden su deber a través de las barreras o de soluciones que les quitan responsabilidad, como contar con clínicas exclusivas que presten el servicio o incluso con permisos para ampliar la objeción a las instituciones como un todo, contrariando el fundamento principal de la objeción que es la existencia de una conciencia que no tienen las instituciones. En términos generales, la encuesta nos permite comprender que bajo la denominación común de objeción de conciencia se han ido incluyendo una serie de prácticas que se corresponden más bien con barreras u obstáculos en la prestación del servicio, por lo que desde el punto de vista ético resulta urgente poner en práctica un marco de acción que permita establecer esta distinción para avanzar hacia una objeción sin efectos negativos sobre las mujeres, como se plantea en el apartado siguiente.

**Teniendo en cuenta que, si bien los profesionales de la medicina pueden negarse a practicar un aborto por objeción de conciencia, pero la misma situación no puede aplicarse a**



Gráfica 7. Deber de las instituciones frente a la práctica del aborto.

Fuente: Elaboración propia con datos de encuesta FECOLSOG/Grupo Médico por el Derecho a Decidir (2015).

### 3. Qué es y qué no es la objeción de conciencia: la perspectiva bioética<sup>7</sup>

Teniendo en cuenta que la objeción que es reconocida como tal en forma abierta por parte de quienes ejercen la medicina corresponde a un porcentaje relativamente bajo, es importante entender qué otro conjunto de prácticas que se han denominado acá como barreras, constituyen desde el punto de vista ético, una negación injustificada que no tiene nada que ver con la conciencia ni con el ejercicio profundo de búsqueda de coherencia con las propias creencias que supone la objeción.

Según Wicclair (2011), a partir de 1970 tiene lugar un desarrollo sustancial de la literatura sobre objeción de conciencia, no encontrándose casi nada antes de los 60's, y este desarrollo ocurre en referencia especial al aborto. Es decir, que en el campo de la salud reproductiva, y a diferencia del servicio militar, se trata de un tema relativamente nuevo, ligado a la liberalización del aborto que en Estados Unidos tuvo lugar con la decisión judicial "Roe v. Wade"<sup>8</sup> y que como mencionamos antes, se relaciona con el progreso hacia la legalidad en distintos países de América Latina como en Colombia, donde aparece después del 2006 cuando la Corte Constitucional despenalizó el aborto en tres circunstancias como fue mencionado antes. Se trata de una práctica común entre profesionales de la medicina y la enfermería pero también entre farmacéutas e incluso estudiantes de las dos carreras mencionadas, y que si bien es dominante en el campo de la salud reproductiva (aborto, esterilización, anticoncepción de emergencia), también se presenta frente a otras prácticas como la eutanasia.

Definir la objeción implica detenernos al menos brevemente en la noción de conciencia, frente a la que existen diversas perspectivas tanto laicas como religiosas. Wicclair destaca al menos dos grandes corrientes. La primera, aquella que atribuye a la conciencia una función epistemológica, que tendría una facultad para discernir verdades morales, para distinguir lo correcto y lo incorrecto, o para realizar juicios éticos. En su versión religiosa la conciencia es la fuente de conocimiento sobre lo que es bueno para Dios.

De otro lado, existe una concepción expansiva de la conciencia, representada en autoras como Nussbaum (2008) para quien ésta consiste en una facultad que permite buscar el significado último de la vida *versus* las normas sociales, y una versión restringida que la entiende como un

---

<sup>7</sup> Las ideas desarrolladas en este apartado retoman los planteamientos de Wicclair (2011) tras una extensa investigación de más de diez años sobre el tema.

<sup>8</sup> Roe vs. Wade es una decisión emblemática tomada por la Corte Suprema de Justicia de los Estados Unidos en 1973, en la cual, bajo el derecho a la privacidad, se permitió a las mujeres tener un aborto en condiciones legales durante el primer trimestre del embarazo.

conjunto internalizado de normas y convenciones sociales. La investigación contemporánea, rechaza la concepción de la conciencia como una facultad cuya función es epistemológica.

Según Peter Fuss (1964), la conciencia tiene dos elementos: (i) la disposición para actuar según las propias creencias y (ii) las respuestas emocionales correspondientes a estas creencias (sentido de integridad). Sulmassy (2008) por su parte concibe la conciencia como un compromiso fundamental (la intención de ser “moral”) autoreferencial. En todo caso, la mayoría de concepciones coinciden en que: (i) la conciencia involucra un conjunto central (*core*) de creencias morales (éticas o religiosas), (ii) las creencias que le dan identidad al agente moral, (iii) si bien es posible que las creencias se desarrollen y cambien con el tiempo, suelen ser resistentes a las influencias, y que (iv) actuar contra esas creencias es actuar contra uno mismo (Wicclair, 2011).

En contraposición, las decisiones que no se basan en la conciencia suelen fundarse en intereses personales o consideraciones relativas a la integridad profesional (por ejemplo no realizar una cirugía porque es riesgosa), al bienestar personal de las personas cercanas o a los estereotipos, derivando en acciones pre-establecidas, según lo “esperado”.

Así, la objeción se trata de una acción basada en la conciencia, frente a la cual un agente tiene un conjunto básico o central de creencias morales en las cuales basa su decisión de prestar o negar un servicio, según éste último sea compatible o incompatible con esas creencias. En este sentido, obrar a conciencia puede tener dos resultados de carácter inminentemente individual: la negación de servicios (objeción de conciencia) o la prestación de servicios (compromiso de conciencia). Vale la pena aclarar que la desobediencia civil, por tratarse de una práctica dirigida a cambiar una norma y desobedecer expresamente la ley, no es lo mismo que la objeción de conciencia.

Objetar significa negar o recusar la prestación de un servicio porque realizarlo va contra la conciencia. Servicios que son legal y profesionalmente aceptados y que están dentro de las competencias que se esperan de una determinada profesión. Se trata entonces de una excepción para sí mismo dirigida a proteger la integridad moral de la persona, que no busca impugnar o cambiar las normas. En este sentido además, la protección de la conciencia (bien sea a través de la objeción o del compromiso), pone en juego valores como la autonomía y la libertad, y no es compatible con imposiciones externas.

La objeción en materia de aborto produce un conflicto de intereses entre quienes quieren proteger su conciencia, y los de las mujeres que necesitan recibir un servicio además de proteger también su conciencia. Por lo tanto debe ser una práctica sujeta a limitaciones como se planteará en el capítulo subsiguiente.

Se trata justamente de entender que la conciencia individual no es soberana para justificar actos y prácticas públicas que conduzcan como en este caso a la negación de servicios, y por ende

de apostar a la sinceridad de las creencias y su razonabilidad (I Seminario Regional, 2013). La profesión médica, por estar embebida en convicciones, valores y experiencias con contenido normativo que se expresan desde una posición privilegiada, debe entender y propiciar tales límites.

Según estas definiciones, y teniendo en cuenta los datos encontrados en Colombia, queda claro que la objeción no es lo mismo que la obstrucción ni la imposición de barreras. La objeción podría considerarse en cierto modo un privilegio que en nada modifica la obligación ética que se tiene en la profesión de no interferir con la autonomía de la mujer, de salvaguardar su bienestar y, más aún, de no hacerle daño o negarle información. La objeción de conciencia debe ser una excepción más que una práctica generalizada que se lleva a cabo en la forma de obstrucción o imposición de barreras para evitar cumplir con las obligaciones. "Cuando produce daño (mediante la no remisión o la negación o la tergiversación de la información), no es objeción de conciencia sino negación de servicios sin razones de conciencia." (González y Gil, 2016)

La bioética nos propone, en este contexto, tres grandes tesis para analizar la objeción:

1. Tesis de **la incompatibilidad**. Destaca el deber ético de realizar todas las tareas u obligaciones derivadas de la profesión.
2. Tesis **del absolutismo**. Destaca la posibilidad de objetar a lo largo de todo el proceso de atención.
3. Tesis de **las concesiones o mutuo acuerdo**. Destaca el establecimiento de límites u obligaciones para con las pacientes y colegas.

### 3.1. La incompatibilidad

Según esta tesis, el deber ético de profesionales de la salud consiste en realizar **todas** las tareas u obligaciones que se derivan de la profesión, de manera que quienes no estén comprometidos con la prestación de cualquier servicio legal en el marco de sus competencias profesionales, debería elegir otra profesión. Esta tesis es defendida por autores como Savulescu (2006) para quien las negaciones basadas en conciencia en la provisión de servicios legales y profesionalmente aceptados, que hacen parte de las competencias profesionales, son incompatibles con las obligaciones profesionales. Esta tesis, privilegia la protección de las usuarias y sus derechos por encima de quienes ejercen la profesión.

## 3.2. El absolutismo

Según esta concepción, la objeción de conciencia es válida a lo largo de todo el proceso de atención, no existiendo limitaciones éticas en el ejercicio de la conciencia para profesionales de la salud. De acuerdo a esta tesis, no existe ninguna obligación de realizar cualquier acción, incluida la entrega de información o referencia, que sea contraria a la conciencia. Además de no tener obligaciones con la prestación, tampoco habría obligación de facilitar el acceso de las pacientes a los servicios requeridos, por ejemplo brindar información sobre anticoncepción de emergencia en los casos de violación. Esta tesis, privilegia la protección de la profesión y los derechos de quienes la ejercen, por encima de aquellos de las usuarias.

## 3.3. Las concesiones o el mutuo acuerdo

Según la idea de justicia como un arreglo contractual, sería posible pensar que la elección de la mejor política sobre objeción de conciencia se lograría bajo el velo de la ignorancia. Ni la incompatibilidad ni el absolutismo dejan, según esta tesis, lugar a la protección de la integridad moral en uno u otro caso y sólo la concesión ofrecería un principio moral más protector.<sup>9</sup> Bajo un manto de racionalidad e igual consideración de intereses, la tesis de las concesiones plantea que existe un conjunto de obligaciones profesionales básicas que justifican estreñimientos al ejercicio de la objeción, y que siempre que estas no se violen, es posible ejercer la objeción. Se trata de obligaciones con las pacientes y con los colegas. Bajo esta tesis, adicionalmente, los hospitales e instituciones, por no ser personas naturales y por tanto ser incapaces de objetar moralmente una acción (a diferencia de quienes ejercen la profesión), no pueden experimentar una pérdida de integridad moral, ni culpa, ni sufrimiento que resulte de una lesión a su identidad, y por tanto no pueden ser objetoras.

Podemos plantear entonces que la tesis del mutuo acuerdo permite que se proteja la conciencia y a través de ella, la libertad y capacidad de acción intencional de los sujetos involucrados en la situación de un aborto legal: el personal profesional y las mujeres. Al mismo

---

<sup>9</sup> Pensando en términos consecuencialistas, se trataría de prever los mejores resultados para el mayor número de personas. Así, mientras que en la tesis de la incompatibilidad las mujeres estarían satisfechas y quienes objetan no, en la tesis del absolutismo sucedería lo contrario, mientras que en la tesis de la concesión ambos lados de la ecuación podrían estar satisfechos o insatisfechos.

tiempo, esta tesis propicia la diversidad moral y se plantea como una forma de convivencia en contextos de desacuerdo, en tanto establece límites que se orientan a:

- ◆ Promover la salud de las personas,
- ◆ Evitar daños,
- ◆ Respetar la autonomía de las pacientes,
- ◆ Asegurar la autonomía de las mujeres, sus derechos a la información, la salud y la vida, entre otros,
- ◆ Impedir que la libertad de conciencia genere prácticas que no son correctas como la objeción institucional,
- ◆ Preservar el funcionamiento de los sistemas de salud y evitar sobre costos en la atención,
- ◆ Propiciar la implementación de los servicios de aborto,
- ◆ Evitar las barreras para el acceso y la discriminación,
- ◆ Proteger a quienes están dispuestos a cumplir la ley y a prestar servicios a conciencia,
- ◆ Encontrar un balance entre la integridad profesional y las necesidades e intereses de las pacientes.

Para que el ejercicio de la objeción observe estos límites, la jurisprudencia de la Corte Constitucional de Colombia, y las subreglas analizadas a continuación, constituyen una forma de poner en práctica la tesis del mutuo acuerdo tal como propongo en este artículo.

#### 4. Los Derechos Humanos: un marco ético para la objeción y sus límites<sup>10</sup>

Después de despenalizar el aborto en Colombia (2006), la Corte Constitucional de este país, ha definido un conjunto de reglas dirigidas a proteger los derechos de las mujeres. En este artículo propongo una clasificación de tales reglas, en dos tipos: *reglas generales* y *reglas específicas*. Las primeras son las reglas que se relacionan con el acceso a los servicios de aborto y las segundas, son las reglas que buscan la protección de los derechos de las mujeres frente al ejercicio de la

---

<sup>10</sup> Las ideas desarrolladas en este apartado corresponden a una propuesta original de la autora, la cual fue incluida en un documento de posición elaborado por el Grupo Médico por el Derecho a Decidir (2012) y discutido en distintos seminarios. No han sido publicadas en ninguna revista indexada ni académica.

objeción de conciencia por parte de los prestadores de servicios de salud (González, 2012).<sup>11</sup> Ambos tipos de reglas, las generales y las específicas, que emanan de las decisiones judiciales de la Corte Colombiana se proponen acá como un horizonte ético mínimo y una propuesta bioética a favor de la concesión o el mutuo acuerdo, que permita la protección tanto los derechos de las mujeres como de quienes objetan servicios por razones de conciencia.

En este contexto, es importante tener en cuenta que las decisiones de la Corte se amparan, además de la observancia a la Constitución, en un amplio marco que parte de la Declaración Universal de los Derechos Humanos y abarca un conjunto de instrumentos emanados de la misma, todos los cuales tienen la aspiración de proteger a las personas y sus derechos y en el caso concreto de la salud reproductiva, de proteger a las mujeres en cuanto a su salud, su autonomía y el libre desarrollo de su personalidad entre otras. En este sentido se proponen como un horizonte ético mínimo en virtud de los estándares que desde el marco internacional de los derechos humanos se han definido para proteger a las mujeres en todas las decisiones relativas a su reproducción.

En cuanto a las reglas generales este trabajo propone, a partir de una mirada original, entender la jurisprudencia de la Corte como medidas relacionadas con los tres elementos fundamentales para la protección de los derechos humanos: la disponibilidad, la accesibilidad y la calidad. (i) Disponibilidad. A este nivel las reglas indican la obligación de proveer servicios en todo el territorio y en todos los niveles de complejidad, así como de desarrollar sistemas de referencia y contra-referencia, y contar con personal entrenado para prestación de servicios de aborto; (ii) Accesibilidad. Se trata de reglas que indican la obligación de proveer información suficiente, amplia y adecuada a todas las mujeres que solicitan abortos y al mismo tiempo contienen prohibiciones acerca de la exigencia de requisitos adicionales o distintos a aquellos que están expresamente contemplados en las normas vigentes; (iii) Calidad. Este último conjunto se refiere a las reglas en la que se definen los parámetros de calidad en cuanto a la oportunidad del servicio,

---

<sup>11</sup> Según la Mesa por la Vida y la Salud de las Mujeres (González y Castro, 2016), después de la Sentencia C-355, la Corte Constitucional de Colombia ha definido una amplia gama de estándares jurídicos (desarrollos jurisprudenciales) que se encuentran contenidos en las siguientes sentencias de tutela o de constitucionalidad, todas ellas, proferidas en relación a casos de aborto: T-171 de 2007, T-988 de 2007, T-209 de 2008, T-009 de 2009, T-388 de 2009, T-585 de 2010, T-363 de 2011, T-841 de 2011, T-959 de 2011, T-627 de 2012, T-532 de 2014, C-754 de 2015, Sentencia T-301 de 2016. Entre las sentencias que de manera expresa abordan la temática de la objeción de conciencia se pueden destacar la T-209 y la T-388. Todas las sentencias, como se ha mencionado, tratan sobre aborto, pero entre los temas específicos que abordan, además de la objeción, pueden destacarse: la toma de decisión sobre aborto por parte de la mujer (T-301, T-009), la improcedencia de requisitos adicionales (T-988), la causal salud (T-585), el riesgo para la salud mental del embarazo no deseado (T-841), etc.

el cumplimiento de los requisitos legales, el respeto a las decisiones de las mujeres y la creación de un entorno que asegure decisiones libres de coerción o manipulación.

De otro lado, las reglas específicas son aquellas que se refieren a la protección de los derechos de las mujeres tanto como de quienes prestan el servicio, frente a la objeción de conciencia, y definen de manera taxativa los límites para el ejercicio de la objeción. Este artículo propone agruparlas también en tres categorías:

1. Reglas específicas para la protección expresa de los derechos de las mujeres ante el ejercicio de la objeción de conciencia. Se incluyen acá las reglas de la Corte Constitucional de Colombia que indican que:

- ◆ La objeción es individual, no colectiva, ni institucional,
- ◆ La objeción aplica sólo a prestadores directos y no al personal administrativo,
- ◆ “La objeción no puede aplicarse o puede restringirse cuando traiga como consecuencia imponer una carga desproporcionada a las mujeres (como cuando su vida está en riesgo o son los únicos proveedores disponibles)” (González, 2012),
- ◆ Quienes ejercen el poder judicial no pueden declararse objetores,
- ◆ Las mujeres que acuden a los servicios de aborto no pueden ser discriminadas.

2. Continuidad en la prestación del servicio. Este grupo abarca las reglas en virtud de las cuales la Corte busca que se asegure en todo momento la prestación del servicio:

- ◆ Quien objete debe asegurar la remisión a un prestador disponible,
- ◆ Es necesario que exista una lista de proveedores públicos y privados que estén disponibles para el aborto,
- ◆ La objeción debe expresarse en forma previa y completa: no durante el proceso de atención o prestación del servicio,
- ◆ Se debe asegurar la resolución de la atención por parte de quien recibe a la mujer que es remitida,
- ◆ El sistema de salud debe garantizar un número adecuado de proveedores habilitados para prestar los servicios de aborto;

3. Protección de los derechos de quienes objetan:

- ◆ “La objeción es un procedimiento que debe hacerse por escrito y estar fundamentada en razones y convicciones íntimas y profundas de carácter religioso o de otra índole,

- ◆ “Quienes objetan no pueden ser discriminados y tampoco quienes presten servicios de aborto” (González, 2012).

## 5. Conclusión

Las reglas desarrolladas por la Corte Constitucional Colombiana en la jurisprudencia de la última década pueden considerarse desde la perspectiva de la autora, una alternativa de solución que se enmarca dentro de la tesis del mutuo acuerdo. Estas reglas, siguiendo también la clasificación propuesta en este artículo, son de dos tipos, generales y específicas, y mediante su aplicación sería posible lograr, por un lado, la protección de la conciencia de las mujeres que solicitan el aborto legal; y por el otro, la protección de quienes ejercen la profesión médica bien sea que nieguen o presten servicios, considerando que la conciencia es un atributo presente tanto en la negación como en la prestación. Según la propuesta acá presentada, estas reglas indican además, un horizonte para diferenciar la objeción de la obstrucción en la prestación de servicios o la desobediencia civil. Al tratarse de un mecanismo institucional para proteger derechos, la objeción de conciencia debe ponerse en la balanza con los derechos de las y los usuarios, de manera que esté sujeta a límites, y que en toda circunstancia sean protegidas tanto la conciencia del prestador o de quien objeta, como de las mujeres. En el caso de Colombia, los límites que imponen estos estándares jurisprudenciales son coherentes con las normas del derecho internacional de los derechos humanos en virtud del bloque de constitucionalidad que entiende que la Constitución no es un texto cerrado y rígido, sino un cuerpo normativo dinámico, integrado tanto por las disposiciones expresamente consignadas en él, como por enunciados normativos de carácter internacional que tienen fuerza normativa constitucional (González, 2013). Se destacan entre ellos, los tratados internacionales de derechos humanos ratificados por Colombia que se fundamentan todos en la Declaración Universal de los Derechos Humanos. Además, otros documentos internacionales como el Programa de Acción de la Conferencia Internacional de Población y Desarrollo del Cairo (1994) y el Programa de Acción de Beijing (1995) han sido también esenciales para el desarrollo de los derechos reproductivos. De esta manera, las decisiones de la Corte imponen no sólo una obligación de tipo legal sino que respaldan y la vez se sustentan en obligaciones éticas como las contenidas en la Declaración de Derechos Humanos, reflejando que el respeto de estos derechos supone la búsqueda de soluciones, que como la tesis del mutuo acuerdo, permitan a quienes objetan ejercer su derecho, y a las mujeres que requieren servicios poder acceder a ellos sin verse sujetas a arbitrariedad, dilación o barreras injustificadas.

## Referencias

- ◆ ALEGRE, M.: “¿Objeción u opresión a conciencia? La objeción de conciencia en la esfera de la salud sexual y reproductiva”. Ponencia presentada en el I Seminario Regional sobre objeción de Conciencia en América Latina. COTIDIANO MUJER. Montevideo, 2013. Disponible en: <http://bit.ly/2lR4ZlN>. Consultada el 24 de febrero de 2017.
- ◆ CAVALLO, M.; RAMÓN, A.: “La objeción de conciencia frente al aborto legal (o la reacción frente al "problema" del aborto legal) en América Latina”. En: AYALA, A.; ARDILLA, M.; HOULIHAN, S.; ROMERO, K.; CABRERA, O.; ROA, M. *T-388/2009 Objeción de conciencia y aborto: una perspectiva global sobre la experiencia colombiana*. Madrid: Exilio Gráfico. 2014. p.93-116. Disponible en: <http://clacaidigital.info:8080/xmlui/handle/123456789/630>. Consultada el 24 de febrero de 2017.
- ◆ CHAVKIN, W.; LEITMAN, L.; POLIN, K.: “Conscientious objection and refusal to provide reproductive healthcare: A white paper examining prevalence, health consequences, and policy responses”, *International Journal of Gynecology & Obstetrics*, 2013, Vol. 123 (3): 41-56.
- ◆ DICKENS, B.; COOK, R.J.: “Conscientious Commitment to Women’s Health”, *International Journal of Gynecology and Obstetrics*, 2011, Vol. 113 (2): 163–166.
- ◆ DINIZ, D.: “Objecção de consciência e Aborto: direitos e deveres dos Médicos na saúde pública”, *Revista Saúde Pública*, 2011, Vol. 45 (5): 981-985.
- ◆ DINIZ, D., MADEIRO, A.; ROSAS, C.: “Conscientious objection, barriers, and abortion in the case of rape: a study among physicians in Brazil”, *Reproductive Health Matters*, 2014, Vol.22 (43): 141-148.
- ◆ FINK, L.R.; STANHOPE, K.K.; ROCHAT, R.W.; BERNAL, O.A.: “‘El feto también es mi paciente’: Actitudes hacia el aborto y la referencia entre médicos objetores de conciencia en Bogotá, Colombia”, *International Perspectives on Sexual and Reproductive Health* 2016, Vol. 42(2) 71-80.
- ◆ FUSS, P.: “Conscience”, *Ethics*, 1964, Vol. 74 (2): 111-120.
- ◆ GONZÁLEZ, A. C.: "Improper Use of Conscientious Objection to Abortion." *International Perspectives on Sexual and Reproductive Health* 42, no. 4 (2016): 221-23. Disponible en: <http://www.jstor.org/stable/10.1363/intsexrephea.42.4.221>.
- ◆ GONZÁLEZ, A. C.: (Coord. Gral). *Compilación analítica de las normas de salud sexual y reproductiva en Colombia*. OES, Dejusticia, Universidad de los Andes, Ministerio de Salud y

UNFPA. Bogotá, 2013. Disponible en: <https://www.minsalud.gov.co/.../compilado-normativa-salud-sexual-reproductiva.pdf>

- ◆ GONZÁLEZ, A. C.: “Macroprojeto de Educação e Cuidados em Saúde”. Ponencia presentada en II Jornada de Bioética do PPGBIOS sobre objeción de conciencia. Universidade Federal do Rio de Janeiro, Rio de Janeiro, 2015.
- ◆ GONZÁLEZ, A. C.: “¿Qué es la objeción de conciencia?: Reflexiones desde la bioética y los derechos humanos”. Ponencia presentada en el XXX Congreso Nacional de Ginecología y Obstetricia sobre la salud femenina”, Cali, 2016.
- ◆ GONZÁLEZ, A. C.; CASTRO, L.: “Barreras de Acceso a la Interrupción Voluntaria del Embarazo en Colombia”. Bogotá: Mesa por la vida y la salud de las mujeres. 2016. Disponible en: <http://bit.ly/2lotz0H>. Consultado el 24 de febrero de 2017.
- ◆ GONZÁLEZ, A.C; MELO, C. “¿Objeción de conciencia institucional? Impacto en la prestación de servicios de interrupción voluntaria del embarazo”. Memorias del II Seminario Regional sobre objeción de conciencia. Bogotá, 2017. La Mesa por la Vida y la Salud de las Mujeres, Católicas por el Derecho a Decidir, Profamilia, Ed. Cotidiano Mujer. Disponible en: [http://www.despenalizaciondelaborto.org.co/wp-content/uploads/2017/04/Memorias\\_Seminario\\_Objecion\\_de\\_Conciencia.pdf](http://www.despenalizaciondelaborto.org.co/wp-content/uploads/2017/04/Memorias_Seminario_Objecion_de_Conciencia.pdf).
- ◆ HARRIS, L.: “La conciencia y el aborto: acerca de los estigmas. Notas de una investigadora”. Ponencia presentada en el I Seminario Regional sobre Objeción de Conciencia en América Latina. COTIDIANO MUJER. Montevideo, 2013. Disponible en: <http://bit.ly/2lR4ZlN>. Consultada el 24 de febrero de 2017.
- ◆ LA MESA POR LA VIDA Y LA SALUD DE LAS MUJERES: “Un Debate sobre la Libertad y los Derechos”. Memoria del I Seminario Regional sobre Objeción de conciencia en América Latina. COTIDIANO MUJER. Montevideo, 2013. Disponible en: <http://bit.ly/2lR4ZlN>. Consultada el 24 de febrero de 2017.
- ◆ NUSSBAUM, M.: *Liberty of conscience: in defense of America's Traditions of Religious Equality*. New York: Basic Books, 2008.
- ◆ SAVULESCU, J.: “Conscientious objection in medicine”, *British Medical Journal*, 2006, Vol. 332 (7536): 294-297.
- ◆ SULMASSY, D.: “What is conscience and why is respect for it so important?”, *Theoretical Medicine and Bioethics*, 2008. Vol. 29 (3):135-149.

- ◆ WICCLAIR, M.: *Conscientious Objection in Health Care: An Ethical Analysis*. Cambridge: Cambridge University Press, 2011.

**Fecha de recepción: 1 de agosto de 2017**

**Fecha de aceptación: 9 de septiembre de 2017**