



## LA CONCIENCIA DEL MÉDICO, CLÁUSULAS DE CONCIENCIA Y CREENCIA RELIGIOSA: UNA PERSPECTIVA CATÓLICA

This article was originally published in the *Fordham Urban Law Journal* as Edmund D. Pellegrino, *The Physician's Conscience, Conscience Clauses, and Religious Belief: A Catholic Perspective*, 30 FORDHAM URB. L.J. 221 (2002).

With permission of the publishing house

Traducción: M. Santiago

EDMUND D. PELLEGRINO\*

### RESUMEN:

**Palabras clave:**

religión, católico,  
ética, bioética,  
medicina, ciencia.

Recibido: 27/04/2013

Aceptado: 29/08/2013

Este ensayo explora cómo los médicos pueden manejar los conflictos de conciencia a que se enfrentan los profesionales sanitarios católicos, respecto a las cuestiones de la "vida humana", especialmente a través de las cláusulas de conciencia. En cinco apartados, el autor examina en primer lugar por qué la objeción de conciencia es tan importante en nuestros días; en segundo lugar, la base moral de la libertad en el ejercicio de la conciencia; en tercer lugar, los componentes de la conciencia del médico; en cuarto, los conflictos de conciencia específicos de los médicos e instituciones católicas; y en quinto lugar, los modelos que compiten en la resolución de los conflictos.

### ABSTRACT:

**Keywords:**

religion, Catholic,  
ethics, bioethics,  
medicine, science.

This Essay explores how physicians may handle conflicts or conscience facing Roman Catholic Health practitioners regarding "human life" issues, especially through conscience clauses. In five parts, the author examines "first, why conscientious objection is so important in our day; second, the moral grounding for freedom in the exercise of conscience; third, the components of the physician's conscience; fourth, specific conflicts of conscience for Catholic physicians and institutions; and fifth, competing models of conflict resolution".

\* Profesor Emérito de Medicina y Ética Médica del "Centro de Bioética Clínica" en el Centro Médico de la Universidad de Georgetown. El autor fue Profesor John Carroll de Medicina y Ética Médica, y antiguo director del "Instituto Kennedy de Ética", del "Centro para Estudios Avanzados de Ética" de la Universidad de Georgetown y del "Centro de Bioética Clínica".

## 1. Introducción

Las personas de conciencia se esfuerzan por preservar su integridad moral. Esto requiere que su comportamiento externo sea congruente con los dictados internos de la conciencia, acerca de lo que ellos consideran moralmente recto y se sienten obligados a hacer. En nuestro mundo moralmente diverso, las personas de conciencia pueden entrar en conflicto consigo mismas, con otros y con los valores morales de la sociedad. Excepto para el sociópata amoral, los conflictos de conciencia son una característica corriente de la vida moral. Incluso para los más relativistas, la resolución de estos conflictos es un constante desafío.

Por lo tanto, cualquier sociedad que pretenda servir al bien de sus miembros está obligada a proteger el libre ejercicio de la conciencia y la objeción de conciencia. Sin embargo, esto implica un serio dilema para cualquier Estado pluralista, democrático, liberal o constitucional. Por un lado, una sociedad así está comprometida a la tolerancia de la diversidad de credos, a la libertad de elección individual y a la "neutralidad" respecto a las creencias religiosas. Por otro lado, la optimización de la libertad de conciencia para algunos individuos, puede a menudo limitar los derechos legales, los derechos sociales y las creencias morales de los demás.

Este dilema es más acuciante para los profesionales sanitarios en posesión de profundas creencias religiosas, algunas de las cuales no se pueden comprometer sin dejar mala conciencia. ¿Pueden las cláusulas de conciencia proteger a los profesionales de la salud católicos y de otras religiones en su reivindicación moral por la libertad en el ejercicio de sus conciencias? ¿En qué medida pueden estas normas legales asegurar los derechos de conciencia en el marco de una sociedad liberal, democrática y secularizada; comprometida al relativismo moral, a la libertad de elección personal y a un implícito contrato social con sus profesionales? ¿Hay algún punto en el cual los creyentes religiosos estén moralmente obligados, no sólo a abstenerse de participar, sino a disentir en el espacio público, utilizando los métodos de una sociedad democrática para cambiar las políticas públicas? Este ensayo se ocupa de algunas de estas cuestiones en

el caso de los médicos católicos, cuyas creencias religiosas están llegando a ser progresivamente contra-culturales en las denominadas cuestiones de la "vida humana"<sup>1</sup>.

Los médicos católicos sirven como casos paradigmáticos para todos aquellos cuyas creencias religiosas les obligan a negarse a participar en ciertos actos, los cuales además de legales incluso pueden serles requeridos en base a sus roles sociales<sup>2</sup>. Aunque este ensayo se centra en los médicos que están en el foco, las mismas cuestiones confrontan a las enfermeras, a los trabajadores sociales, a los trabajadores de la salud cercanos y a todos los que desarrollan alguna función en nuestro sistema de cuidados de salud. Del mismo modo, aunque los problemas del final de la vida se utilizarán para ilustrar los conflictos de conciencia individuales, similares conflictos surgen en otros ámbitos de la asistencia sanitaria moderna, como la anticoncepción, el aborto, diversos tipos de reproducción asistida, la esterilización, la investigación con células madre y la clonación. Este ensayo discutirá sólo la dimensión ética de los conflictos, en tanto que otros en esta Conferencia con amplia experiencia legal abordarán los aspectos jurídicos de las cláusulas de conciencia.

Una buena legislación debe basarse sobre bienes éticos; en otras palabras, los derechos y reclamaciones que protege deben tener peso moral y justificación. Sin embargo, en la resolución de los conflictos de conciencia en las sociedades secularizadas, la complejidad de los asuntos legales refleja la complejidad de las cuestiones éticas<sup>3</sup>. A menudo son extremadamente difíciles de analizar. Esto es importante porque una vez que las cuestiones éticas están contempladas en la ley, el debate puede quedar reducido a detalles de procedimiento e instrumentación que no pueden dar respuesta a las fuentes morales subyacentes de la controversia.

Por esta razón, mucho más debate es necesario an-

1 U.S. CATHOLIC CONFERENCE, CONGREGATION FOR THE DOCTRINE OF THE FAITH, INSTRUCTION ON RESPECT FOR HUMAN LIFE IN ITS ORIGIN AND ON THE DIGNITY OF PROCREATION, DONUM VITAE (1987) [hereinafter DONUM VITAE]; John Paul II, *Evangelium Vitae*, *Encyclical Letter*, 24 ORIGINS 690, 691-700 (1995) [hereinafter *Evangelium Vitae*].

2 DONUM VITAE, *supra* note 1, at 14-20, 35-39.

3 Mark R. Wicclair, *Conscientious Objection in Medicine*, 14 BIOETHICS 205, 210 (2000).

tes de que las cláusulas de conciencia y de exención puedan ser aplicadas de forma éticamente defendible. La existencia de una protección legal no asegura el ejercicio de la libertad de conciencia. Este trabajo tiene por objeto examinar algunos de los *desiderata* éticos que hay detrás de las cláusulas de conciencia en el caso de los conflictos de conciencia de los médicos católicos. Y lo aborda en cinco puntos: en primer lugar, ¿por qué la objeción de conciencia es tan importante en nuestros días?; en segundo lugar, la base moral de la libertad en el ejercicio de la conciencia; en tercer lugar, los componentes de la conciencia del médico; cuarto, los conflictos específicos para los médicos e instituciones católicas; y en quinto, lugar los modelos que compiten en la resolución de los conflictos.

## 2. Por qué la objeción de conciencia es un problema

Las convicciones acerca de una buena y de una mala conducta, como profesional y como persona, conforman la conciencia del médico. Los médicos de conciencia siempre han tenido que proteger cada ámbito de la misma de las exigencias de los tiranos, de la ley, de las costumbres y de algunos colegas profesionales. Cada época ha tenido sus propios desafíos a la conciencia del médico. En nuestro tiempo, los profundos cambios en la relación médico-paciente y en la construcción social de los fines de la medicina, así como la secularización de la sociedad estadounidense, han conspirado frente a la reivindicación del médico a la libertad de conciencia.

El más poderoso en nuestros días es, tal vez, el cambio en el *locus* de la toma de decisiones desde el médico al paciente o a su representante. Comenzando en 1914<sup>4</sup> y extendiéndose tanto al caso de Karen Ann Quinlan<sup>5</sup> y los casos relacionados en la década de 1970<sup>6</sup>, como a

4 See *Schloendorff v. Soc'y of N.Y. Hosp.*, 105 N.E. 92, 93-94 (N.Y. 1914) (stating that a patient has the right to refuse treatment when doctors operate on a patient that explicitly stated that they did not want the operation).

5 See *In re Quinlan*, 355 A.2d 647, 671 (N.J. 1976) (installing gayer as guardian of comatose daughter "with full power to make decisions with regard to the identity of her treating physicians".)

6 See, e.g., *Rizzo v. United States*, 432 F. Supp. 356, 360 (E.D.N.Y. 1977) (granting patient a preliminary injunction prevent-

la tendencia subsiguiente a fiscalizar el tratamiento, el derecho a rehusar un tratamiento ha sido rápidamente "metamorfoseado" a un derecho a reclamar y dictar los detalles del propio cuidado. Para algunos, los fines y objetivos de la medicina ya no son definidos únicamente por los médicos, sino por acuerdos sociales o por las demandas de los pacientes o sus familias<sup>7</sup>. Desde esta perspectiva, los médicos ejercen en virtud de un contrato social que otorga a la profesión los privilegios de la libertad para su práctica, a cambio de la prestación de aquellos servicios que la sociedad requiere o exige. En suma, lo que constituye la práctica de la Medicina es determinado socialmente. En Oregón, por ejemplo, el suicidio asistido es definido como parte normal de la práctica de los médicos, mientras que está prohibido en otros Estados<sup>8</sup>.

Estas tendencias vienen agravada por la desprofesionalización de la medicina, la cual percibe los cuidados de salud al modo de una mercancía, y su distribución como materia propia de una empresa corporativa, de comercialización y ganancias<sup>9</sup>. En suma, una medicina gestionada ("managed care") ahora supervisada y con control sobre las decisiones de los médicos<sup>10</sup>. La política corporativa circunscribe los juicios de conciencia de los médicos acerca del bienestar de los pacientes. Nuevas organizaciones profesionales están intentando recuperar la idea del compromiso profesional, quizás ya no posible, teniendo en cuenta el hecho de que la mayoría de los médicos son ahora empleados de estas entidades corporativas<sup>11</sup>.

ing the Food and Drug Administration from prohibiting the importation of a drug not approved for his personal use).

7 Edmund D. Pellegrino, *The Goals of Medicine: How Are They To Be Defined?*, in *THE GOALS OF MEDICINE* 55, 58-60 (Daniel Callahan & Mark J. Hanson eds., 1999) [hereinafter Pellegrino, *The Goals of Medicine*].

8 Compare OR. REV. STAT. § 127.630, 127.635, 127.640 (1996), with ARK. CODE ANN § 5-10-106 (2001); CAL PENAL CODE § 401 (1999).

9 Edmund D. Pellegrino, *The Commodification of Medical and Health Care: The Moral Consequences of a Paradigm Shift from a Professional to a Market Ethic*, 24 *J MED & PHIL.* 243, 244-51 (1999) [hereinafter Pellegrino, *Commodification*].

10 *Id.* at 253.

11 *Medical Professionalism in the New Milenium: A Physician Charter Project of the ABIN Foundation, ACP-ASIM Foundation and European Federation of Internal Medicine*, 136 *ANNALS INTERNAL MED.* 243, 244-46 (2002) available at <http://www.annals.org/issues/v136n3/toc.html> (last visited Oct. 21, 2002).

En una sociedad así, cuestiones profundamente religiosas como la moralidad del aborto, de la eutanasia, de la clonación, de la investigación con células madre, acaban siendo determinadas mediante argumentos de utilidad, el consenso o la libertad de elección. En la filosofía secularista no existe otro mundo más allá de la utopía inmediata de un paraíso artificial en la tierra. Esta visión determina las decisiones de la sociedad secular acerca de lo que es permisible y lo que no lo es.

Todo esto está ocurriendo en contra de la experiencia histórica reciente de los gobiernos totalitarios del pasado y del presente, que subvierten los usos de los conocimientos médicos para fines económicos y políticos. No necesitamos recordar de nuevo el modo cómo la Unión Soviética distorsionó el juramento hipocrático para ponerlo al servicio de los fines del comunismo<sup>12</sup>, la aquiescencia de los médicos nazis en el uso del conocimiento al servicio del genocidio<sup>13</sup> o la participación de los médicos como instrumentos para la tortura o el terrorismo por parte de tantos dictadorzuelos y señores de la guerra<sup>14</sup>. Las leyes y las convenciones sociales de las sociedades enfermas justifican todas estas violaciones de la ética de la Medicina.

El contexto social de hoy plantea serios conflictos de conciencia a todos los médicos, pero especialmente al médico religioso. Las enseñanzas de la Iglesia católica sobre la moral médica y las cuestiones sobre la vida se remontan a medio milenio<sup>15</sup>. Sus tomas de posición actuales sobre muchas cuestiones cruciales son distintivamente y sin pedir excusas éticamente contra-culturales<sup>16</sup>. Muchos médicos judíos, protestantes y musulmanes, comparten algunas de las mismas creencias y una expe-

riencia semejante de desafío a su integridad moral. Es evidente para los médicos orientados religiosamente, la cuestión que uno puede plantearse: ¿es posible mantener la integridad moral y seguir ejerciendo la profesión en un mundo secularizado? Los laicistas plantean la misma cuestión, pero con diferentes expectativas acerca de lo que puede ser una respuesta moralmente defendible.

Fue contra el trasfondo de estos cambios en el marco de la medicina estadounidense, y en su práctica, como hicieron su aparición las cláusulas de conciencia. En 1973, cuando el Tribunal Supremo de Estados Unidos eliminó la prohibición del aborto, un procedimiento médico fue legalizado que, en aquel entonces y aún ahora, es moralmente repugnante para muchos médicos y ciudadanos<sup>17</sup>. En reconocimiento a estas objeciones el Congreso de los Estados Unidos aprobó una legislación que exime a los médicos y a otros de su participación<sup>18</sup>. La mayoría de los estados<sup>19</sup> y otros países también promulgaron exenciones a la legislación, lo cual permitió<sup>20</sup> a aquellos que objetaban al aborto y a otros procedimientos abstenerse de participar.

Varias décadas más tarde, algunos Estados reconocieron los derechos legales de los pacientes para otorgar instrucciones previas a través de un testamento vital o de un poder duradero al representante legal para cuestiones de salud<sup>21</sup>. Los estatutos resultantes fueron diseñados para garantizar el derecho de los pacientes a dirigir la forma y el alcance de los cuidados en el final de la vida, cuando se hubiere perdido la capacidad de adoptar las propias decisiones, tanto para aceptar como para rechazar un tratamiento.

Los norteamericanos con el *Disabilities Act* reafirmaron este derecho y los hospitales fueron requeridos a preguntar en la admisión de los pacientes si habían

12 Edmund D. Pellegrino, *Guarding the Integrity of Medical Ethics: Some Lessons from Soviets Russia*, 273 J. AM. MED. ASS'N 1622, 1622-23 (1995) [hereinafter Pellegrino, *Guarding the Integrity*]

13 HENRY FRIEDLANDER, THE ORIGINS OF NAZI GENOCIDE: FROM EUTHANASIA TO THE FINAL SOLUTION 216-45 (1995).

14 See generally MAXWELL G. BLOCHE, URUGUAY'S MILITARY PHYSICIANS: COGS IN A SYSTEM OF STATE TERROR (1987).

15 DAVID F. KELLY, THE EMERGENCE OF ROMAN CATHOLIC ETHICS IN NORTH AMERICA 25 (1979).

16 DONUM VITAE, *supra* note 1, at 12-13, 16-20, 23-25, 32-38; *Evangelium Vitae*, *supra* note 1, at 691-700, 709-16; Pope Paul VI, Encyclical Letter of Pope Paul VI *Humanae Vitae: To Our Dearest Sons and Brothers Health and Apostolic Blessing*, in HUMANAE VITAE AND THE BISHOPS: THE ENCYCLICAL AND THE STATEMENTS OF THE NATIONAL HIERARCHIES 33, 37-44 (John Horgan ed., 1972).

17 See generally *Roe v. Wade*, 410 U.S. 113, 152-53 (1973) (holding that abortion is a fundamental right guaranteed by the due process clause of the Fourteenth Amendment).

18 42 U.S.C. 300a-7(b) (1999).

19 *Wicclair*, *supra* note 3, at 207 (citing L.D. Wardle, *Protecting the Rights of Health Care Providers*, 14 J. LEGAL MED. 177, 177-230 (1993)).

20 M.L. DiPietro, *Evoluzione Storica dell'istituto, dell'obiezione di coscienza*, 6 ITALIA MEDICINA E MORALE 1093, 1093-1151 (2001).

21 *E.g.*, ARK. COD. ANN. § 5-10-106 (d) (Michie 1987); LA. REV. STAT. ANN. § 40:2233 (West 2001); OKLA. STAT. ANN. tit. 6, § 3101.4 (West 1997).

dispuesto algún testamento vital o instrucciones previas con anterioridad<sup>22</sup>. De haberlo hecho, el hospital fue obligado a respetar estas instrucciones<sup>23</sup>. De igual manera, en el caso del aborto, el Congreso reconoció que algunos médicos tendrían objeciones morales a su participación, por lo que quedaban exentos de ello siempre que procedieran a transferir la asistencia requerida a otro médico. En ambos casos, aborto e instrucciones previas, el derecho moral a la libertad de conciencia recibió un estatuto legal bajo el término de “cláusulas de conciencia”.<sup>24</sup>

### 3. Fundamento moral de la objeción de conciencia y cláusulas de conciencia

Sin embargo, la objeción de conciencia es un derecho moral<sup>25</sup>. El primer axioma de la vida moral es hacer el bien y evitar el mal. Esto sigue siendo cierto cualquiera sea la teoría del bien o el mal que se tenga, según que uno reconozca la existencia de absolutos morales o sea un relativista —que lo niega— un deontologista o un utilitarista, un comunitarista o un constructorista social. Cada sistema moral se compromete a determinar lo que es correcto y lo incorrecto, bueno o malo, y desea que sus seguidores actúen de modo que lo uno pueda hacerse y lo otro evitarse. Esto sigue siendo cierto cualquiera sea el término alternativo que los moralistas puedan utilizar para lo “bueno” y lo “malo”, e incluso si estos niegan su existencia. Los “valores” es el término que los sustituye ahora. Los valores son etiquetados de “buenos” o “malos”, de moralmente “correcto” o “incorrecto”. Los valores están reemplazando términos tales como principios, deberes y virtudes, igualando lo normativo con lo subjetivo.

Todos los humanos, incluyendo a los eticistas, poseen una convicción interior acerca de lo que es correcto o

incorrecto, y se sienten impulsados a actuar de acuerdo con esos juicios. Esta convicción interior es el resultado de un acto de la razón práctica aplicado al estatuto moral de una acción realizada con anterioridad ó de una acción aún no llevada a cabo<sup>26</sup>. En la tradición católica la conciencia es denominada “la ley de nuestro intelecto”, puesto que es un juicio de la razón deducido de la ley moral natural<sup>27</sup>. En la tradición católica y en otras tradiciones morales también, los juicios de la conciencia son moralmente vinculantes, es decir, deben ser seguidos o el agente moral habrá actuado de forma inmoral y es responsable de lo hecho<sup>28</sup>. El acto de conciencia del agente puede estar en un error respecto de los hechos, puede razonar equivocadamente, y puede malinterpretar o aplicar mal el precepto moral que está utilizando<sup>29</sup>. Sin embargo, cuando está convencido de que ha captado lo recto, lo que hay que hacer, la conciencia empuja a la persona a actuar por un determinado camino. Hacer caso omiso de esta “voz interior” es inducir a la culpa, el remordimiento y la vergüenza. Sólo el sociópata amoral escapa a la “presión” de la conciencia.<sup>30</sup>

Errores de la conciencia ocurren cuando la persona identifica erróneamente lo bueno<sup>31</sup>. La persona que obedece a una conciencia errónea puede ser o no ser culpable, dependiendo de si su ignorancia del bien fue deliberada o culpable. Los católicos están obligados a seguir los dictámenes de su conciencia<sup>32</sup>, pero también son responsables de la formación de una buena conciencia<sup>33</sup>. Esto implica una educación formal y una re-

26 THOMAS AQUINAS, *On Conscience. Disputed Questions on Truth* 17, in THOMAS AQUINAS SELECTED WRITINGS 217, 221-23 (Ralph McInery ed. & trans., 1998) [hereinafter AQUINAS, *On Conscience*].

27 *Id.* at 224-26; THOMAS AQUINAS, I THE SUMMA THEOLOGICA OF ST. THOMAS AQUINAS question 79, at art. 13 (Fathers of the English Dominican Province trans., 1920) available at <http://www.newadvent.org/summa> (last visited Sept. 29, 2002) [hereinafter AQUINAS, SUMMA THEOLOGICA].

28 AQUINAS, *On Conscience, supra* note 26, at 228-33 (stating “[t]hat conscience binds means that when one does not follow it he incurs sin.”)

29 *Id.* at 226-28. Aquinas claims that conscience is a science that never errs, but rather, any errors occur from the application of this science to “some special act.” *Id.* at 226.

30 Wuerl, *supra* note 25, at 127-28.

31 AQUINAS, *On Conscience, supra* note 26, at 226-27.

32 See *id.* at 234-36 (claiming that not following an erroneous conscience would constitute a sin, but that actively pursuing this erroneous conscience is also a sin).

33 Rev. Benedict Ashley, *Elements of a Catholic Conscience*, in

22 42 USC §1395 CC (f); 28 C.F.R. § 35.130 (e) (2) (2001); see also *Cruzan v. Mo. Dep’t of Health*, 497 U.S. 261, 269-70 (1990) (inferring the necessity of inquiry into a patient’s desire to refuse treatment as the natural corollary of the duty to obtain consent).

23 42 USC §1395cc (f); (1) (D); see generally *Cruzan*, 497 U.S. at 269-70 (discussing the right of a competent adult to leave express instructions declining consent to life sustaining medical treatment).

24 42 U.S.C. § 238n.

25 Rev. Donald W. Wuerl, *The Bishop, Conscience and Moral Teaching*, in CATHOLIC CONSCIENCE FOUNDATION AND FORMATION 123, 127-28 (Russell E. Smith ed., 1991).

flexión sobre los contenidos de la enseñanza oficial de la Iglesia<sup>34</sup> <sup>35</sup>. Los “católicos” de nombre que firmemente piensan que la fidelidad a los dictados de la conciencia ordena oponerse a las enseñanzas de la Iglesia sobre las cuestiones de la “vida humana” y de la sexualidad, son los mejores ejemplos de una “conciencia mal formada”. Sus “conciencias” “les obligan” a oponerse a la doctrina del Magisterio que, para los católicos, es la fuente de orientación autorizada para la formación de la conciencia<sup>36</sup>.

Actuar contra el dictado de la conciencia es actuar contra la ley natural —aquella porción de la ley divina accesible a la razón humana. Pero, para los católicos, la conciencia también “dice ser de inserción divina, de la manera por la cual todo el conocimiento de la verdad que está en nosotros se dice emana de Dios, por quien el conocimiento de los primeros principios ha sido insertado en nuestra naturaleza”<sup>37</sup>.

Por lo tanto, para el católico, pasar por alto, reprimir o actuar contra la conciencia por la razón que sea, es una violación de la ética tanto filosófica como teológica, un error en la acción moral y un pecado contra Dios<sup>38</sup>. De manera análoga, similar gravedad podría corresponder a la violación de la conciencia en todos los sistemas morales, religiosos o laicos. Aunque la idea de una “naturaleza humana” está hoy en desuso, la conclusión es ineludible: que existe en todos incluso en el más obtuso moralmente una conciencia operativa, un sentido de obligación moral a seguir sus dictados y una percepción de inquietud ética al no hacerlo.

En cada sistema de creencias, la fidelidad a la conciencia está estrechamente identificada con la preservación de la integridad moral personal. Llegar a la conclusión de que algo debe hacerse o evitarse, y actuar en consecuencia, es mostrar el tipo de persona que uno es y quiere ser. Este acto proporciona evidencia de que el individuo es el tipo de persona que dice ser. No actuar de

acuerdo con esta conclusión es incurrir en una acusación justificada de hipocresía. A menudo actuar en contra de la conciencia es violar la identidad personal de manera tan directa como para dar lugar a graves secuelas emocionales y psicosociales.

Por lo tanto, las cláusulas de conciencia están firmemente arraigadas en lo que es ser persona humana, moralmente, intelectualmente y psicológicamente. Cada individuo, en virtud de su condición de ser humano, posee un derecho moral para el libre ejercicio de la conciencia. La cuestión práctica desde el derecho positivo, en la elaboración de las cláusulas de conciencia, viene a ser el cómo proteger esta reclamación en las sociedades moralmente pluralistas. ¿Cuánto puede asegurar la cláusula de conciencia el derecho individual a la conciencia y al mismo tiempo reconocer cuán ampliamente puede variar el contenido de la conciencia entre dos o más individuos, en sus roles personales, sociales y profesionales? ¿La conciencia de quién ha de prevalecer en el mundo de las relaciones individuales y de las políticas públicas?

Esta es una cuestión que enfrenta a todos los individuos en cada ámbito de la vida. Es de importancia creciente en la carrera de Medicina respecto a las creencias personales y prácticas profesionales del médico y su ejercicio<sup>39</sup>. Para los católicos es algo tan crucial que el Papa Juan Pablo II ha pedido a los médicos ser objetos de conciencia respecto a la legislación pro-aborto y pro-eutanasia.

#### 4. La conciencia del médico

En el curso de su trabajo como sanadores, los médicos deben formar su conciencia en dos dimensiones inseparables de la vida, la profesional y la personal. La conciencia profesional se ocupa de dos facetas concretas

CATHOLIC CONSCIENCE FOUNDATION AND FORMATION, *supra* note 25, at 39, 48-52.

34 *Id.* at 50-52.

35 Frances Kissling, *The Place for Individual Conscience*, 27 J. MED. ETHICS ii24, ii25-27 (2001).

36 Ashley, *supra* note 33, at 50-52.

37 AQUINAS, *On Conscience*, *supra* note 26, at 225.

38 *Id.* at 228-33; see also Wuerl, *supra* note 25, at 127-28.

39 Thomas Faunce, *Peri-Gravid Genetic Screening: The Spectre of Eugenics and Medical Conscientious Non-Compliance*, 6 J.L. & MED. 147, 152-55, 161-66 (1999); Thomas May, *Rights of Conscience in Healthcare*, 27 SOC. THEORY & PRAC. 111, 111-21 (2001); Richard S. Myers, *On laws: On the Need for a Federal Conscience Clause*, 1 Nat'l Cath. Bioethics Q. 23, 23-25 (2001); Carl A. Osborne, *How Can We Practice Veterinary Medicine Conscientiously?*, 215 J. AM. VETERINARY MED. ASS'N 1238, 1238-39 (1999); Jing-Bao Nie, *Chinese' Conscientious Acceptance of the Birth Control Policy*, 13 MED. HUMAN. REV. 82, 82-85 (1999) (reviewing CECILIA NATHANSEN MILWERTZ, *Accepting POPULATION CONTROL: URBAN CHINESE WOMEN AND THE ONE-CHILD FAMILY POLICY* (1997)).

de la labor diaria del médico. En primer lugar, la corrección moral de su conducta como médico, con referencia a los deberes morales de la relación médico-paciente. En segundo lugar, la obligación moral de practicar una "buena" medicina contemporánea, por ejemplo, una medicina que sea científicamente competente y a la vez humana. La conciencia personal a su vez atiende a las propias creencias morales del médico, ya sean de naturaleza espiritual, filosófica, cultural y étnica. Tanto la conciencia profesional como la personal deben ser protegidas.

#### A. La conciencia en la relación médico-paciente

Un conjunto de obligaciones se refiere a cuestiones tales como el constructo que uno asume de la relación médico-paciente: ¿es ésta un contrato, un pacto, una transacción comercial, una relación de servicio o una vocación? ¿Cuánto de respecto por la autonomía del paciente es obligatorio? ¿Los "valores" de los pacientes tienen prioridad sobre las creencias del médico? ¿Qué es una asignación justa en un caso concreto? ¿Cómo es de absoluta la obligación de preservar las confidencias? ¿Es un bien primario del paciente o lo es de la sociedad? ¿La relación médico-paciente es simplemente lo negociable entre ambos?<sup>40</sup>

En el pasado, uno podría haber supuesto que existía un consenso más o menos general entre los médicos sobre estos temas, aunque no siempre eran individuales los errores en su aplicación. La ética hipocrática fue la *lingua franca* de los médicos a través de la historia y las distintas culturas<sup>41</sup>. Hoy, el consenso sobre los preceptos de la ética hipocrática se ha visto seriamente dañado. Los médicos individualmente y sus organizaciones profesionales han adoptado diferentes posiciones sobre el

estatus moral de su relación con los pacientes<sup>42</sup>. Uno no puede dejar de asumir por más tiempo la necesidad de una formación común de la conciencia profesional o una concepción compartida del comportamiento médico ético. En nuestros días los médicos pueden actuar de acuerdo con sus conciencias con drásticas diferencias e incluso contradictorios presupuestos acerca de lo que es moralmente lícito en sus relaciones con los pacientes.

#### B. La conciencia en la práctica de una Medicina competente

Un elemento menor, pero significativo en la conciencia del médico, es su percepción de lo que constituye una "buena" medicina. Esta es una sutil combinación de moral profesional y de moral personal. Su foco se pone en la Medicina como una *tekné*, un arte basado en habilidades y en el conocimiento de cómo sanar bien<sup>43</sup>. Aunque hay escépticos que argumentan que no podemos definir lo que es una "buena" medicina, es un hecho que todos distinguimos entre doctores en cuyos juicios y habilidades confiamos y aquellos en los que no. También están las diferencias inevitables entre médicos en cuanto a morbilidad, mortalidad y precisión diagnóstica. Los médicos también pueden diferir, como una cuestión de conciencia, en sus opiniones sobre el valor de los nuevos y los antiguos procedimientos, los consultores que dan y los que no dan confianza, la fiabilidad de los datos clínicos, el uso de una medicina alternativa o complementaria, y sobre el papel de algunos miembros del equipo de salud. Esto puede ser una cuestión de conciencia para el profesional que quiere ser un "buen" médico, un buen cirujano, un buen sanador o un buen consejero, el mejor para servir a los intereses del paciente.

Más adelante podemos considerar si esta disección heurística entre la ética personal y la profesional es sostenible en la realidad o a la luz de las cláusulas de con-

40 John Paul II, *Doctors Protest Conscience Discrimination, The Holy Father's Address to the International Congress of Catholic Obstetricians and Gynecologists*, 48 DOLENTIUM HOMINUM 65, 65-66 (2001) [hereinafter John Paul II, *Doctors Protest*]; John Paul II, *The Medical Doctor Should Respond as a Conscientious Objector to Legislation in Favor of the Crimes of Abortion and Euthanasia*, 15 DOLENTIUM HOMINUM 133, 133-35 (2000) [hereinafter John Paul II, *The Medical Doctor*].

41 See generally Edmund D. Pellegrino, *Bioethics at Century's Turn: Can Normative Ethics Be Retrieved?*, 25 J. MED. & PHIL. 655, 655 (2000) (Discussing the growth of bioethics from traditional medical ethics) [hereinafter Pellegrino, *Bioethics at Century's Turn*].

42 See, e.g., *Mich. v. Kevorkian*, 639 N.W.2d 291,311-12 (Mich. Ct. App. 2001) (demonstrating the spectrum of physicians' interpretations of the Hippocratic Oath's medical ethics according to their conscience).

43 *Tekné* is an ancient greek term that characterizes actions and professions as an art or craft rather than just a normal action. OXFORD CONCISE ENGLISH DICTIONARY 1471 (10<sup>th</sup> ed. 1999) (origin of the word techno).

ciencia<sup>44</sup>. En primer lugar abramos el turno a algunos ejemplos sobre la forma en que estos tres ámbitos de la conciencia de los médicos pueden entrar en conflicto en su relación con los pacientes y con las demandas de nuestras secularizadas sociedades democráticas.

### C. La conciencia en las creencias morales personales

Además de su propia percepción de la ética profesional, cada médico aporta a su relación con el paciente un sistema personal de creencias morales. Basa el médico estas creencias bien en una filiación religiosa, bien en una preferencia personal o en una reflexión moral. Aquí nos enfrentamos a cuestiones tan cruciales como la licitud del aborto, la eutanasia, el suicidio asistido, la fertilización in vitro y la investigación con células madre —verdadera caja de Pandora de las cuestiones sobre la “vida humana”, que emergen desde un control sin precedentes de cada fase de la vida humana.

Estas cuestiones nos centran acerca de cuánto valoramos la vida humana en sí misma, sus fines, su calidad, su destino y su utilidad. Los conflictos de creencias en este campo son más profundos y sentidos en la conciencia de cada uno que otros problemas del comportamiento personal con los pacientes. Para las personas religiosas de todas las creencias, estas cuestiones afectan directamente sobre sus personales destinos espirituales y son, por tanto, menos propensas a un compromiso.

En los últimos cincuenta años, la secularización ha llegado a dominar gran parte de la ética médica, a pesar de que la mayoría de los estadounidenses poseen creencias religiosas<sup>45</sup>. La secularización es una respuesta a la pluralidad de morales y creencias religiosas en nuestra políglota sociedad, en la cual existe un amplio desacuerdo respecto de lo que una buena conciencia debe dictar. Dado que ningún sistema moral o conjunto de creencias religiosas es aceptado por todos, las razones argüidas por la sociedad es que ninguna debe ser dominante. Todas deben tener la libertad de expresarse como ellas

mismos, y cada una debe respetar a la otra. Así funciona el credo del liberalismo político. Desde esta perspectiva, las decisiones que deben tomarse en cuanto a materias de política pública —en áreas tales como el aborto, la eutanasia y la investigación con células madre— han ser adoptadas democráticamente, universalmente e igualmente vinculantes. Las cláusulas de exención o de conciencia presuntamente se conciben para proteger la libertad del los disidente. Sin entrar a diseccionar sus méritos o deméritos, esta política democrática y liberal ha funcionado de cara a evitar enfrentamientos civiles. Sin embargo, la reciente erosión de una serie de creencias compartidas, la cada vez más variada demografía de nuestra nación, ha magnificado la complejidad y profundidad de nuestras diferencias sobre lo que es moralmente correcto e incorrecto. El secularizado recurso a la neutralidad moral o de valores ha generado genuinos conflictos de conciencia.

Las leyes de exención religiosa y las cláusulas de conciencia han aparecido pues como un dispositivo para proteger la conciencia de los médicos. Su insuficiencia, sin embargo, se está convirtiendo en manifiesta. En la actualidad, los legisladores han redactado algunas de esas cláusulas de forma tan estricta, que inhabilitan a la mayoría de las instituciones religiosas para la exención, especialmente si están involucradas en la prestación de asistencia sanitaria y servicios sociales, con independencia de las convicciones religiosas de aquellos a quienes ayudan.<sup>46</sup> Desde esta base, las instituciones católicas simplemente no son lo suficientemente religiosas a menos que ayuden a los enfermos y necesitados por fines netamente religiosos. Si quieren ser clasificadas como “religiosas” las instituciones católicas deben atender sólo a los católicos<sup>47</sup>. Por otro lado, si ellas lo hacen, quedan descalificadas también, puesto que entonces serían discriminadoras contra —y

<sup>44</sup> See *infra* Part VII.

<sup>45</sup> See Frank Shakespeare, *A View from Administration and Government*, in CATHOLIC CONSCIENCE FOUNDATION AND FORMATION, *supra* note 25, at 259-64 (discussing the evolution of our society into a secular state).

<sup>46</sup> Myers, *supra* note 39, at 23-26; Msgr. Dennis Schnurr, *Mandating Employer Coverage of Contraceptives: Protecting Conscientious Objection*, 30 ORIGINS 161, 163-64 (2000).

<sup>47</sup> Cath. Charities of Sacramento, Inc. v. Super. Ct., 109 Cal. Rptr. 2d 176, 183 (Cal. Ct. App. 2001) *petition for review granted*, 31 Cal. Rptr. 2d. 258 (Cal. 2001); *Religious Refusals and Reproductive Rights*, REPROD. RTS. UPDATE, 2002, at 8, available at [http://www.aclu.org/issues/reproduct/refusal\\_report.pdf](http://www.aclu.org/issues/reproduct/refusal_report.pdf) (last visited Sept. 24, 2002).



adquirir preferencia sobre— las personas vulnerables, los enfermos y los pobres.

Más aún, la moral laicista que, supuestamente tolera las diferencias, lo hace solamente dentro del estrecho rango de los llamados “valores”, los cuales estarían supuestamente libres de toda sombra moral o religiosa. Pero la moralidad secular es en sí una ortodoxia. Sus “valores” se basan en los procedimientos democráticos, en la preferencia personal como base para la elección moral, en el compromiso con la economía de libre mercado, la mercantilización de los cuidados de salud y una renuncia a la creencia religiosa<sup>48</sup>. Desviarse de esta noción de “neutralidad” moral en la política pública es tachada de “antidemocrática”, de llena de prejuicios y de intolerablemente sectaria.

Este no es el lugar para desafiar estos dictados de la laicidad negativa como una ortodoxia dominante, sino para explicar con más detalle sus implicaciones sobre la libertad de conciencia de los médicos católicos. Una vez más, el médico católico es el foco, pero los mismos conflictos son aplicables a cualquier otro sistema religioso o moral habilitado por un claro e inequívoco conjunto de preceptos que dan contenido a la conciencia de sus seguidores. Los conflictos se pueden dividir en tres grupos: el primero, entre pacientes y médicos<sup>49</sup>; el segundo, entre los médicos y la sociedad<sup>50</sup>; el tercero, entre las instituciones católicas y la sociedad<sup>51</sup>.

## 5. Conflictos de conciencia para los médicos católicos

### A. Los conflictos entre Médicos y Pacientes

Los médicos y los pacientes pueden diferir considerablemente respecto de lo que sus conciencias les dicen acerca de la licitud del suicidio asistido, la eutanasia, la dignidad y el valor de la vida humana, de la importancia relativa de la calidad de vida, de la edad o de la economía como criterios para mantener o retirar las medidas de soporte vital, la sedación terminal o si la muerte de

todo el cerebro y la muerte cerebral parcial son ambas equivalentes a muerte del paciente. Lo mismo respecto a la clonación, la investigación con células madre y el trasplante de tejidos fetales.

Algunos podrían argumentar que el principio de autonomía del paciente debe prevalecer en este tipo de conflictos, y que el médico, con independencia de sus propias creencias, debe tener en cuenta la convención social laica legalmente admitida<sup>52</sup>. Desde este punto de vista, la medicina está obligada por un contrato social a proporcionar a los pacientes o la sociedad los servicios que ellos consideran que valen la pena. Esta obligación lo sería a cambio de que la sociedad le permita establecer sus propios estándares de formación y de práctica. Además, afirman que se trata de un fallo del principio de beneficencia no llevar a cabo lo que el paciente estima que son sus mejores intereses. Aún más, otros podrían reducir el argumento a uno de justicia conmutativa, y sostener que el paciente tiene derecho a la misma atención que está disponible para otros pacientes, cuyos médicos no sufren de los escrúpulos del médico católico contra el aborto, la eutanasia y otros temas de la vida humana.

En la actualidad los médicos católicos pueden retirarse de la atención de los pacientes en estas circunstancias. Sin embargo, uno se pregunta cuánto tiempo sobrevivirá esta exención, ya que el final de la vida y las decisiones reproductivas se han transformado tanto en prerrogativas individuales que la norma ética ya no es determinante de lo moralmente correcto, sino más bien de lo que puede ser negociado para resolver los conflictos<sup>53</sup>. Uno puede vislumbrar el día en que los pacientes puedan obtener derechos legales para exigir una amplia gama de “servicios” de muerte a todos los médicos con licencia, al igual que hoy día muchos se sienten con derecho a una gama completa de “servicios” reproductivos.

Ya escuchamos a expertos en ética que sugieren que los médicos deben disgregarse sus creencias morales per-

48 Pellegrino, *Bioethics at Century's Turn*, *supra* note 41, at 655, 663-64.

49 See *infra* Part IV.A.

50 See *infra* Part IV.B.

51 See *infra* Part IV.C.

52 Cf. May, *supra* note 39, at 111-12 (suggesting that there are certain situations in which a health care professional could acknowledge her moral concerns with particular treatment choices).

53 Pellegrino, *Bioethics at Century's Turn*, *supra* note 41, at 656-57.

sonales de su vida profesional, si desean ejercer en una sociedad secularizada y mantener sus licencias como médicos<sup>54</sup> en pleno funcionamiento. Si los “cuidados de salud” universales llegan a ser institucionalizados y los “cuidados de muerte”, como también los del nacimiento y los reproductivos, llegan a ser derechos legales ¿podrían los médicos católicos recibir licencias sólo para prácticas limitadas?

Lógicamente, esta misma interrogante podría ser planteada, por ejemplo, respecto de la terapia con células madre. El uso de células madre derivadas de la destrucción de embriones humanos es moralmente ofensiva para los médicos católicos. Si se actualizan las potencialidades terapéuticas de la investigación con células madre, la ingeniería genética y la clonación ¿la cláusula de conciencia podría proteger a los médicos católicos en los hospitales civiles o en las organizaciones de “medicina gestionada”? ¿No serían obligados por la ley a proporcionar una gama completa de servicios a pesar de su objeción moral? ¿En una HMO podrían los beneficios comerciales de los servicios a pacientes motivar una demanda ganadora sobre una cláusula de conciencia? ¿Pueden los médicos religiosos ser contratados con carácter preferente?

### B. Conflictos con las costumbres sociales

Se ha sugerido seriamente que los médicos católicos no deben convertirse en especialistas en salud materno-infantil, puesto que no pueden, en buena conciencia, proporcionar la gama completa de “servicios” reproductivos del embarazo y neonatales, tales como el aborto selectivo por defectos genéticos o el aborto tardío<sup>55</sup>. El siguiente paso lógico de este tipo de propuestas sería negar la certificación de la especialidad de Medicina maternal a los médicos católicos y a los que se opongan a proveer tales servicios aunque fueren legales. En el

<sup>54</sup> See Jeffrey Blustein & Alan R. Fleishman, *The Pro-Life Maternal-Fetal Medicine Physician: A Problem of Integrity*, HASTINGS CENTER REP., Jan-Feb. 1995, at 22-26 (discussing the dilemma faced by physicians who must perform abortions and maintain their own integrity); Franklin G. Miller & Howard Brody, *Professional Integrity and Physician-Assisted Death*, HASTINGS CENTER REP., May-June 1995, at 8-17 (analyzing the relationship between professional integrity and physician-assisted suicide).

<sup>55</sup> See Blustein & Fleishman, *supra* note 54, at 25.

caso de cualquier persona que desee ser médico ¿se la permitirá reducir la gama de sus servicios a sus pacientes sobre la base de unas reservas morales y religiosas? La educación médica es un proceso socialmente sancionado en el cual los estudiantes aprenden mediante actuaciones tuteladas<sup>56</sup>. Algunos podrían argumentar que el contrato social del médico les obliga a dar todo lo que han aprendido, de acuerdo con lo que la sociedad precisa, porque la sociedad garantiza antes los privilegios de la educación médica.

No se trata de imaginarios escenarios. Los católicos y otros aspirantes religiosamente comprometidos, solicitantes de una plaza en una escuela médica han sido sondeados acerca de sus opiniones respecto al aborto, la eutanasia, las medidas de soporte vital, sobre diversas técnicas de reproducción asistida e investigación con células madre<sup>57</sup>. Evidencia de que las respuestas coherentes con la enseñanza católica han militado en contra de la admisión es difícil de descubrir, por razones obvias. Por lo tanto, no sabemos cómo las facultades de Medicina sopesan las respuestas “católicas” en contra de un candidato. El hecho de que las preguntas se formulen en primer lugar es ya suficiente causa de preocupación, dado el predominio del punto de vista secular en los círculos académicos de hoy día.

Con base en la experiencia personal de los comités de admisión, no es más que una mera sospecha el que los católicos “conservadores”, los judíos ortodoxos y los cristianos fundamentalistas, puedan ser vistos con malos ojos. Mucho depende de la lotería de los entrevistadores, con el que uno se encuentre por casualidad. Aquellos que sostienen ciertas creencias religiosas —se argumenta— no pueden proporcionar todos los servicios que los pacientes tienen derecho a esperar. Ya veremos si alguna vez llegamos al punto de que los creyentes religiosos que insisten en seguir a sus conciencias sean excluidos de ciertas especialidades o de la medicina misma. Por tanto, una fuente de algo más que una imaginaria preocupación.

<sup>56</sup> Edmund D. Pellegrino, *Philosophy and Ethics of Medical Education*, in 2 THE ENCYCLOPEDIA OF BIOETHICS, 860, 863-69 (Warren T. Reich ed., 2d ed. 1978).

<sup>57</sup> *Id.*

### C. Conflictos entre las Instituciones Católicas y la Sociedad

La ética de las organizaciones es la más reciente adición a la amplia gama de cuestiones éticas que han sido subsumidas bajo el término "bioética"<sup>58</sup>. Aunque puede incluir a la ética empresarial abarca mucho más, y ya incluye aspectos muy variados del comportamiento institucional, como las relaciones con los empleados, la publicidad, el compromiso con la comunidad, la calidad de la atención a los pobres y a los no asegurados y las fusiones con otras instituciones.

La ética de la organización es un examen sistemático de la moralidad de las acciones colectivas de las instituciones humanas dedicadas a ciertos propósitos específicos de la sociedad<sup>59</sup>. El "código" ético o el compromiso de una determinada institución es ahora explicitado por regla general en su declaración de objetivos. Es en cierto sentido la "conciencia" de la institución<sup>60</sup>. Todos los que trabajan en esa institución son de alguna manera responsables de la adhesión a los objetivos de la organización, lo cual es de hecho una promesa de la institución a comportarse de una forma particular. Las instituciones católicas de América han tenido durante mucho tiempo directivas éticas específicas que las definían como hospitales católicos<sup>61</sup>. Asimismo, se comprometen a proporcionar tratamientos de caridad e incluso a una atención preferencial por los enfermos y los pobres<sup>62</sup>. Los hospitales católicos pueden ser considerados con toda propiedad en posesión de una "conciencia" institucional definida, única, lo cual, dado el contenido de la tradición moral católica, puede y de hecho lo hace entrar en colisión con la sociedad secular y sus "valores"<sup>63</sup>.

El contenido ético de la conciencia institucional de determinados hospitales es bien conocido respecto a la esterilización, el aborto, la eutanasia, el suicidio asisti-

do, la contracepción, y un entendimiento, a través de fusiones, con otras instituciones que sí admiten estas prácticas. La fidelidad a estas prohibiciones no es negociable<sup>64</sup>. Es lo mismo que se aplica a todos los que ejercen en estos hospitales, con independencia de sus creencias personales. Los hospitales católicos, al igual que los médicos católicos, no tienen la opción de ser "neutrales" o de separar las normas éticas profesionales de los preceptos religiosos<sup>65</sup>.

Cada vez hay más evidencia de que la financiación pública de las instituciones católicas de asistencia sanitaria pueden estar en peligro, si no ofrecen la "gama completa" de los servicios reproductivos. Por ejemplo, el ayuntamiento del distrito de Colombia City aprobó recientemente un proyecto de ley que ordenaba que todos los empresarios de la ciudad a incluir los anticonceptivos en sus planes de cobertura de las prescripciones<sup>66</sup>. La decisión de incluir una cláusula de conciencia para eximir a las instituciones católicas fue rechazada de forma vitriólica por un miembro del ayuntamiento<sup>67</sup>. Afortunadamente, el alcalde, que era católico, impuso al proyecto un veto del bolsillo<sup>68</sup>.

Este tipo de desafíos a la conciencia institucional es seguro que retornará de una forma u otra. Algunos de los que se oponen a la enseñanza moral católica admiten vehementemente y con franqueza querer eliminar el sistema de salud católico y cuando menos negar su acceso a los fondos públicos<sup>69</sup>. La alternativa más moderada es la de interpretar las cláusulas de exención de manera tan estrecha que las instituciones católicas acaban no pudiendo ser clasificadas como "religiosas", ya que asisten a todos, independientemente de las creencias, y porque ofrecen mucho más que servicios religiosos<sup>70</sup>.

El desafío a la conciencia institucional promete crecer en intensidad tanto como nuevos y moralmente cuestionables procedimientos terapéuticos emerjan de los laboratorios y de los centros de investigación. Hay

58 Susan Dorr Goold, *Trust and the Ethics of Health Care Institutions*, HASTINGS CENTER REP., Nov-Dec. 2001, at 26, 27-28.

59 *Id.* at 32.

60 *Id.* at 28.

61 U.S. CONFERENCE OF CATHOLIC BISHOPS, ETHICAL DIRECTIVES FOR CATHOLIC HEALTH CARE INSTITUTIONS 9-11, 13-16, 18-22, 25-28, 30-33, 36-37 (4<sup>th</sup> ed. 2001), available at <http://www.nccbuscc.org/bishops/directives.htm> (last visited Oct. 2, 2002).

62 *Id.* at 8-11.

63 *Id.* at 12-16, 23-33.

64 *Id.* at 8-16, 23-37.

65 *Id.*

66 Schnurr, *supra* note 46, at 161-63.

67 Myers, *supra* note 39, at 23-26; Schnurr, *supra* note 46, at 164.

68 Schnurr, *supra* note 46, at 161-63.

69 Myers, *supra* note 39, at 23-26.

70 *Id.*

cierta probabilidad de que tras la investigación con células madre embrionarias, con el tiempo se permita la clonación humana con fines terapéuticos o la manipulación genética de especies cruzadas<sup>71</sup>. Si estas medidas se hacen clínicamente efectivas, la demanda pública de su disponibilidad aumentará la presión para exigir la conformidad de todos los hospitales, con independencia de su afiliación religiosa.

Incluso si se permite la protección de las cláusulas de exención a los hospitales católicos, aún permanece una sutil amenaza a la conciencia, fruto de la cooperación de los hospitales católicos con algunas instituciones civiles a través de las fusiones. Estas fusiones pueden estar determinadas por la necesidad de la supervivencia económica, pero ésta no se puede comprar a costa de la cooperación material directa con instituciones que violan las directivas éticas aprobadas para las instituciones sanitarias católicas. Existe preocupación de que las fusiones ya existentes puedan acabar involucrando estrechamente a los hospitales católicos con actividades moralmente objetables<sup>72</sup>. ¿Pueden estas ofertas fáusticas sobrevivir a un cuidadoso examen moral?

La tradición moral católica establece un conjunto de condiciones, cuidadosamente matizado, bajo las cuales la cooperación con esos individuos o las instituciones que no comparten las creencias morales católicas puede ser lícita<sup>73</sup>. Una considerable controversia ha saltado ya acerca de si la interpretación de estas condiciones en algunas de estas fusiones ha sido demasiado laxa. Es incluso el caso de cuando la parte no católica promete acatar las directrices éticas de los obispos católicos<sup>74</sup>. La mezcla de fondos, los enredos administrativos y otras mezcolanzas típicas de las complejas relaciones institucionales de hoy en día, plantean serias cuestiones de cooperación ilícita respecto de la aparentemente "segura" exención a través de las fusiones<sup>75</sup>. La exención y las cláusulas de conciencia en estas fusiones o en la relación con las

políticas públicas, pueden no ser suficientes para asegurar la viabilidad financiera de los sistemas de cuidados de salud católicos. Mucho dependerá de lo bien que las instituciones sanitarias católicas puedan mantener su integridad moral y su conciencia institucional. Las instituciones sanitarias católicas constituyen un sector de servicios muy importante para los estadounidenses. Si estas instituciones no sobreviven financieramente, la pérdida para el público será grande. Pero si sobreviven al coste de la pérdida de su conciencia institucional católica, algo aún más fundamental se habrá perdido, no solo para los católicos sino para ese sector de la opinión pública estadounidense que, por su propia integridad moral, no puede aceptar los dictados de un orden laicista<sup>76</sup>.

## 6. Modelos contradictorios en la resolución de los conflictos

¿Cómo, en una sociedad moralmente pluralista, el derecho moral a la libertad de conciencia debido a cada persona como ser humano puede ser sostenido? Más específicamente, ¿cómo el médico y la institución católicos pueden mantener la libertad de conciencia en un mundo secularizado cuya cultura es arreligiosa si no anti-religiosa? ¿qué papel podrían desempeñar las cláusulas de conciencia? Se han sugerido diversas formas de salir del dilema, pero ninguna del todo satisfactoria. Algunas de ellas serían: la disociación de la vida profesional y la vida moral, el abandono del ejercicio de la medicina como profesión, o el mantenimiento de la integridad moral asociada a una disidencia meditada, prudente.

Todo ello estaría en consonancia con la ortodoxia laicista de permitir a los médicos y hospitales católicos el ejercicio de la libertad de conciencia, a cambio de limitar su ejercicio público. Los médicos católicos podrían tener derecho a no participar en la medicina como profesión, siempre y cuando llevaran a cabo cuanto permitiera la ley (por ejemplo, la eutanasia en Oregon, el aborto en todo el país, la esterilización, etc.) Lo único que se les exigiría es prestar los servicios que han sido establecidos

<sup>71</sup> *Id.*

<sup>72</sup> U.S. CONFERENCE OF CATHOLIC BISHOPS, *supra* note 61, at 34-37.

<sup>73</sup> See generally ORVILLE N. GRIESE, CATHOLIC IDENTITY IN HEALTH CARE: PRINCIPLES AND PRACTICE 373-416 (1987)

<sup>74</sup> U.S. CONFERENCE OF CATHOLIC BISHOPS, *supra* note 61, at 34-37.

<sup>75</sup> *Id.*

<sup>76</sup> See *id.* at 34-36 (discussing how Catholic Healthcare institutions are forging partnerships and ventures with many other healthcare providers).

por convención social, como práctica médica legal. Para este punto de vista, todos los médicos católicos u otros cuyas creencias morales están en desacuerdo con la sociedad laicista, simplemente tienen que asumir una postura “liberada de valores”. Solo de esta forma, la autonomía del paciente quedaría preservada y el médico no “impondría” sus creencias<sup>77</sup>. Es la versión “fuerte” de la neutralidad axiológica, como prueba de fuego para obtener la licencia o certificación para la práctica médica.

En una versión más “débil” los médicos católicos podrían acceder al derecho a participar en la medicina como profesión, siempre que estuvieran de acuerdo en todo lo que la ley permita o se define como parte de la práctica médica por el resto de la profesión. Los católicos, por ejemplo, podrían objetar a la eutanasia en Oregon, a la esterilización, el aborto, las tecnologías de la reproducción y la investigación con células madre, y personalmente negarse a participar en ellas; pero en la práctica tendrían que ser axiológicamente “neutrales”, si entraban a formar parte de las especialidades que exigen la realización de prácticas a los que ellos mantuvieran objeciones morales.

Cuando menos habrían de comprometerse a ayudar en todos los sentidos al paciente, a fin de que lograra su propósito, ocupándose de su derivación a un médico que pudiera realizar adecuadamente lo que el paciente deseara. En una versión fuerte de este modelo de acomodación, los médicos católicos estarían obligados a hacer una opción clara, ya fuera cumplimentar las condiciones del contrato social y, por tanto, de proporcionar lo que fuere legal o socialmente aceptable, ya fuera abandonar cualquier especialidad que les requiera servicios para los que ellos hubieren obtenido la exención moral.

En la formulación fuerte de este modelo, sería lógico excluir de la práctica médica y eventualmente de los estudios de medicina a todos los que no entendieran su papel social en conformidad con todos los servicios considerados necesarios por la sociedad y requeridos de los médicos. Huelga decir que tales posicionamientos,

incluso en su forma más leve, serían moralmente inaceptables y por varias razones.

Se asume que el médico católico y otras personas en posesión de creencias morales firmes, pueden separar sus vidas profesionales y sus vidas personales, cuando esto implicase la cooperación con lo que es moralmente objetable. Pero para un médico con un compromiso religioso profundo, la adopción de una postura “liberada de valores” sobre ciertos temas es simplemente impensable<sup>78</sup>. Algunas cuestiones están tan claramente prohibidas como intrínsecamente malas son, que no cabe posibilidad alguna de compromiso sin hacer peligrar la integridad moral y el bienestar espiritual de uno mismo.

Para los católicos, los judíos ortodoxos y los musulmanes, las enseñanzas del Evangelio, de la Torah o del Corán tienen prioridad en sus vidas y de hecho inspiran su vocación como sanadores. Para estas grandes religiones sanar a los enfermos es, en última instancia, un acto religioso, y Dios es su razón última<sup>79</sup>. Practicar una medicina que contraviniera las enseñanzas religiosas sería subvertir la conciencia a las exigencias de la sociedad laicista y a “sus valores”, actuar hipócritamente y una inadmisibles violación de la integridad moral.

Para los católicos esto puede también aplicarse a las exigencias laicistas de que aquellos que deben abstenerse de ciertas prácticas están obligados a remitirlas a los médicos que pueden proporcionar el tratamiento rechazado o un procedimiento que también pueda ser inadmisibles. Cooperar en un acto que es mirado moralmente como intrínsecamente malo, tal como concertar u organizar un aborto o un suicidio asistido, es ser un cómplice moral<sup>80</sup>. Respetuosamente, cortésmente, pero de modo irrevocable, el médico religioso debe informar al paciente de su objeción, aunque prometiéndole sus cuidados hasta que su traslado o su derivación pueda ser organizada por el propio paciente, la familia o los servicios sociales.

Obviamente, el paciente no puede ser abandonado ni moral ni legalmente, y hay que cuidarle hasta que

77 Blustein & Fleishman, *supra* note 54, at 22-26; Miller & Brody, *supra* note 54, at 8-17; Edmund D. Pellegrino, *Commentary: Value Neutrality, Moral Integrity, and the Physician*, 28 J.L. MED & ETHICS 78, 78-80 (2000) [hereinafter Pellegrino, *Commentary*]

78 Pellegrino, *Commentary, supra* note 77, at 78-80.

79 38 *Ecclesiasticus (Sirach)* (Jerusalem Bible).

80 GRIESE, *supra* note 73, at 386-90.

la transferencia se haya efectuado. La doctrina de la cooperación no prohíbe la transferencia de información, de los resultados o del historial clínico a otro médico u hospital<sup>81</sup>. De hecho, esto es necesario en interés de la atención al paciente. Lo que es ilícito es la cooperación activa en la búsqueda de un médico al que le brindamos un servicio moralmente censurable.

La demanda de una sociedad secularizada de que los médicos practiquen la “neutralidad de valores” es imposible de lograr. En primer lugar, es un cisma psicológico que viola la integridad de la persona como una unidad de cuerpo, alma y psique. Equivale a la entronización del laicismo a nivel de ortodoxia social, y por tanto a violar uno de los principios más importantes del laicismo en sí mismo, aquello de que ninguna ideología puede adquirir preferencia sobre cualquier otra<sup>82</sup>. También viola un precepto del orden social, democrático y secular al discriminar a un segmento significativo de la población, y de los médicos que comparten ciertas creencias religiosas.

La dificultad de un compromiso significativo entre la ortodoxia secular y la creencia religiosa se ilustra en estos intentos pragmáticos de hallar una manera de respetar la integridad moral y el derecho a la objeción de conciencia. Por ejemplo, Wicclair permitiría la objeción de conciencia siempre que ésta correspondiera “a un uno o más valores centrales de la Medicina”<sup>83</sup>. Querría utilizar la congruencia con estos valores nucleares como prueba moral para una demanda aceptable de objeción de conciencia<sup>84</sup>.

Wicclair ofrece una guía para la asignación de un peso moral determinado dentro de las normas médicas reconocidas. Por ejemplo, concede más peso moral a prevenir la muerte que a proteger la confidencialidad<sup>85</sup>. Deduce su ejemplo desde la integridad de la profesión más que desde la integridad del médico como persona

moral<sup>86</sup>. En uno de sus ejemplos, establece claramente que más peso moral debe darse al requerimiento de un médico a preservar su integridad moral como médico, que a su “integridad moral como un judío ortodoxo que sucede que es médico”<sup>87</sup>.

En sus directrices, Wicclair subordina la creencia religiosa a la creencia profesional médica acerca de lo que está bien y lo que está mal<sup>88</sup>. El resultado es necesitar el tipo de dicotomía en los valores y las creencias que es incompatible con la integridad moral de una persona verdaderamente religiosa. El resultado exige la dicotomía de las creencias y del tipo de valores, lo cual es incompatible con la integridad moral de una persona verdaderamente religiosa. Los valores morales de las personas religiosas trascienden los “valores” de la profesión, especialmente ahora cuando estos valores han cambiado tan drásticamente. Si pudo haber acuerdo en el pasado entre las creencias de sustrato médico y de sustrato religioso, tal congruencia ha sido hoy seriamente erosionada.

Además, el consenso sobre los valores morales de la medicina se está limitando progresivamente a la competencia profesional con abstención de todo daño y a la protección de la confidencialidad. La reciente serie de compromisos avanzados por el Consejo Americano de Medicina Interna, la Sociedad Americana de Medicina Interna y la Federación Europea, intenta recuperar la idea de profesionalidad<sup>89</sup>. Sin embargo, omite las prohibiciones contra el aborto y la eutanasia, los dos preceptos más significativos para la mayoría de los médicos religiosos y especialmente para los católicos. La “integridad moral” de la profesión es juzgada, por tanto, moralmente insuficiente para justificar de forma taxativa la conciencia de los médicos.

La autoridad moral de los códigos profesionales no deriva de su aceptación por la profesión o por convención social<sup>90</sup>. La ética de la Medicina se basa más bien en

81 *Id.*

82 See also May, *supra* note 39, at 111 (discussing the conflict that arises when a physician’s values and conscience conflict with a patient’s values and autonomy rights, and noting that society increasingly and unfairly pressures physicians to disregard their personal consciences in their professional roles).

83 Wicclair, *supra* note 3, at 207.

84 *Id.*

85 *Id.* at 223.

86 *Id.* at 224.

87 *Id.* at 225.

88 *Id.*

89 *Medical Professionalism in the New Millenium: A Physician Charter*, 136 ANNALS INTERNAL MED. 243, 243-44 (2002).

90 Edmund D. Pellegrino, *Professional Codes*, in METHODS IN MEDICAL ETHICS 70, 74-76 (Jeremy Sugarman & Daniel Sulmasy eds., 2001).

algo más fundamental, a saber, la obligación ética propia que nace de lo que significa estar enfermo, de lo que significa ser sanado, y de ofrecerse uno a sí mismo como un sanador<sup>91</sup>.

El respeto a las reclamaciones de la conciencia de los médicos, sin embargo, no significa que el médico esté facultado para anular una reclamación moral válida del paciente a la autodeterminación. Tanto el médico como el paciente, en cuánto seres humanos, tienen derecho al respeto de su autonomía personal. Ninguno de los dos tiene la facultad de anular al otro. La protección de la libertad de conciencia se debe pues a ambos.

Por lo tanto, los pacientes tienen un derecho moral indiscutible al consentimiento informado y en todo caso a rehusar el consentimiento<sup>92</sup>. Wicclair y May dedican considerable tiempo a defender el derecho moral del paciente a rechazar un tratamiento, a prolongar su vida, a solicitar cuidados paliativos o a la "libertad reproductiva" Este no es el tema aquí. La objeción de conciencia implica el derecho del médico a no intervenir o participar en lo que considera moralmente malo, incluso aunque el paciente se lo pida. No presume el derecho a imponer su voluntad o su concepción del bien sobre el paciente.

Por lo tanto, May tiene razón al afirmar que "los derechos de conciencia en los cuidados de salud deben ejercerse en el marco de los derechos del paciente al consentimiento informado"<sup>93</sup>. Esto no implica, en absoluto, todo lo que debemos y tenemos que reconocer acerca de los límites de los derechos de conciencia de los médicos<sup>94</sup>. May añade que los pacientes no tienen derecho a pedir cualquier cosa que toman como beneficiosa para ellos<sup>95</sup>. Claramente el derecho moral y legal de los pacientes a la autodeterminación tiene límites, incluso en la visión de May<sup>96</sup>.

Ambos, May y Wicclair, pero específicamente May, gastan mucho tiempo en ejemplos sobre conflictos en la elección de los tratamientos, y un tanto pierden el punto de vista de las objeciones religiosas, que no es si un creyente religioso puede imponer sus creencias al paciente, sino más bien si hay un derecho moral a rehusar a ser cómplice de un acto que su religión enseña como inicuo<sup>97</sup>.

El único proceder éticamente viable para el médico religioso es mantener fidelidad a su integridad moral y a los dictados de su conciencia durante su práctica en un mundo secularizado. Los médicos y las instituciones católicas sostienen la misma reclamación moral al ejercicio de la conciencia que los demás seres humanos, incluso cuando el fruto de esa conciencia es el rechazo e incluso la resistencia a acomodarse a las creencias laicistas o a las cambiantes creencias de sus colegas de profesión. Esta afirmación moral supone el derecho y la obligación de utilizar los métodos a su alcance en una sociedad democrática, para reclamar frente a las prácticas moralmente objetables, mediante la persuasión, una acción política adecuada y el debate público, especialmente en las situaciones más notorias.

Para que una posición tal sea sostenible, los médicos católicos deben dar a conocer públicamente su postura, como en el caso de las Directivas para las instituciones católicas de Cuidados de Salud. Individualmente deben preparar folletos donde se bosqueje lo que ellos pueden o no pueden en buena conciencia llevar a cabo<sup>98</sup>. Los pacientes deben saber de antemano antes de una crisis que lo que ellos desean y creen que es moralmente aceptable puede no serlo para los médicos que están contratando.

Tal conocimiento previo no será posible en situaciones de emergencia o en zonas remotas donde la elección de los médicos esté restringida. Pero incluso en estas circunstancias, el médico católico no puede violar su conciencia para proporcionar un procedimiento o un tratamiento moralmente censurable. Los médicos deben conocer su propio sistema de creencias lo suficiente-

91 *Id.* at 78-79.

92 Wicclair, *supra* note 3, at 208.

93 May, *supra* note 39, at 127.

94 Edmund D. Pellegrino, *Bioethics as an Interdisciplinary Enterprise: Where Does Ethics Fit in the Mosaic of Disciplines?*, in *PHILOSOPHY OF MEDICINE AND BIOETHICS: A TWENTY YEAR RETROSPECTIVE & CRITICAL APPRAISAL 1-23* (Ronald A. Carson & Chester R. Burns eds., 1997).

95 May, *supra* note 39, at 127.

96 *Id.*

97 *Id.*; Wicclair, *supra* note 3, at 205-11.

98 See *supra* notes 61-65 and accompanying text.

mente bien como para reconocer dónde es posible un compromiso sin pérdida de la integridad y dónde no lo es. Entre paréntesis, el médico católico tiene la grave obligación de conocer el contenido de su propia fe, de que no impone privaciones al paciente cuando los cursos alternativos son moralmente permisibles. Por desgracia, esto no es siempre el caso.

El médico discrepante siempre debe tratar a su paciente con respeto, evitar las condenas moralizantes y explicar las razones de sus objeciones morales. También ha de ser consciente de que cada cuestión de conciencia no es de igual gravedad. Elegir cuándo adoptar una postura moralmente discrepante es crucial, si el ejercicio de la conciencia de uno ha de ser validado y respetado.

Las mismas prescripciones y proscripciones son aplicables a la conciencia institucional de las instituciones sanitarias católicas. No pueden renunciar a las enseñanzas morales católicas fundamentales, incluso si la resistencia pudiera conducir a su desaparición. La extinción total de una institución sanitaria católica no es probable; sin embargo, la retirada de los fondos públicos probablemente restringiría el número de personas de la comunidad, católicos o no católicos, a los que se pudiera asistir por las instituciones fieles a sus compromisos religiosos. Pues, aunque moralmente ilícito, los hospitales católicos pueden además “cooperar” más estrechamente con las costumbres laicistas.

Las cláusulas de conciencia para los médicos probablemente tienen un valor limitado, a pesar de lo cual deben buscarse siempre que sea posible. Dadas las costumbres sociales, las probabilidades de que la objeción de conciencia les sea denegada o de forma progresiva se les aplique más o menos restringida, es como quedar auto-derrotados. Al menos ellas proporcionan unos límites legales que, en una sociedad democrática, pueden proteger a los médicos e instituciones disonantes de las formas más groseras de ostracismo.

Las instituciones católicas probablemente encontrarán mayores dificultades en la obtención de cláusulas

de exención, especialmente si aceptan fondos públicos o pretenden atender a las necesidades de la comunidad. La sobrevivencia podría requerir un sistema católico de atención sanitaria a nivel nacional. Las fusiones con entidades no católicas, excepto con aquellas que comparten el punto de vista católico sobre los temas de la vida humana, generan un creciente número de interrogantes acerca de la cooperación. Dado el tamaño, la extensión geográfica y los recursos de un sistema de salud católico, fiel a las enseñanzas del Magisterio, no es un imposible. Mucho se perdería si las disonancias con la sociedad civil requirieran la disolución o “gueto-conversión” de la asistencia sanitaria católica.

Todas las fuerzas sociales y políticas de nuestro tiempo convergen hoy en una actualización del Estado laico. Como la tecnología médica dota siempre a los humanos con mayor poder sobre la reproducción, la dotación genética y la muerte de nuestra especie, las crisis de conciencia seguramente aumentarán entre aquellos que poseen creencias religiosas acerca de la vida humana, su creación y su final. En las sociedades democráticas hay un compromiso a la protección del derecho a la tenencia y ejercicio de una conciencia individual e institucional.

Las cláusulas de conciencia son la paja que lleva el viento diciéndonos a todos que la política pública y la conciencia individual, sobre algunos de los asuntos más importantes de la vida humana, pueden estar en proceso de colisión. El cómo los médicos a nivel individual y las instituciones pueden preservar su integridad moral en tales circunstancias socio-políticas es un tema de gran trascendencia para ambos, creyentes y laicistas.

Las cláusulas de conciencia pueden al menos ayudar a establecer un derecho a disentir. Sin embargo, las condiciones bajo las cuales puedan ser aplicadas y su efectividad es en gran medida de lo que se trata. Va a ser una prueba de fuego tanto para la democracia como para las creencias religiosas ver cómo estos conflictos se resuelven en un futuro.