

¿ES JUSTIFICABLE LA OBJECCIÓN DE CONCIENCIA EN LA MEDICINA?

Patricio SANTILLAN DOHERTY

SUMARIO: I. *¿Existen las estrategias de resistencia?* II. *¿Es menor la distinción entre desobediencia civil y objeción de conciencia?* III. *Un conflicto de intereses.* IV. *¿Qué sucede en la medicina?* V. *Objetivos de la medicina y factores que determinan el cuidado médico.* VI. *Primera postura: aceptar la objeción de conciencia.* VII. *Segunda postura: no aceptar la objeción de conciencia.* VIII. *La tercera postura: el terreno intermedio.* IX. *Un intento de conclusión en una discusión inacabada.* X. *Bibliografía.*

La objeción de conciencia en medicina se puede definir como la decisión individual que toma un profesional de la medicina para dejar de realizar un acto médico, científica y legalmente aprobado según el *ars medica*, aduciendo la trasgresión que este acto hace a sus convicciones éticas, su libertad de pensamiento, conciencia o religión (en otras palabras, sus principios morales y creencias religiosas).¹

Esta decisión deriva del concepto de una objeción de conciencia general, que tiene una génesis peculiar, que intenta proteger las convicciones morales y religiosas de las personas en contra de imposiciones que considera impropias. Históricamente se relaciona, por un lado, con la negativa de las personas en el siglo XVIII a los incipientes programas de protección inmunológica en contra de infecciones graves que afectaban a la sociedad, como la viruela, y, por el otro lado, negarse a servir como soldado en una guerra, o incluso formar parte de las fuerzas armadas de su país por razones religiosas que le conminan a una actitud pacifista.²

¹ Colegio de Bioética, A. C., *Objeción de conciencia*. Disponible en: <http://colegiodebioetica.org.mx/objecion-de-conciencia/>

² Poland, Gregory A. y Jacobson, Robert M., “The Age-Old Struggle against the Antivaccinationists”, *The New England Journal of Medicine*, Boston, vol. 364, núm. 2, 2011, pp. 97-99; Offit, Paul, *Bad Faith: When Religious Belief Undermines Modern Medicine*, Basic Books,

En tiempos más recientes se ha venido utilizando la objeción de conciencia dentro de las actividades médicas con objeto de librarse de realizar procedimientos o prescribir tratamientos aceptados en el *ars medica*; esto es que forman parte de la práctica médica, ya que han sido establecidos por la evidencia científica y aprobados por la ley como algo útil al paciente. Un médico puede ser que encuentre problemática una acción médica porque contraviene sus principios morales o religiosos (por ejemplo, objetar transfundir sangre a un paciente accidentado cuando su religión —la del médico— lo prohíbe; o bien no aceptar los criterios cerebrales para hacer la determinación de pérdida de la vida porque el médico no “comparte” esta visión —a pesar de venir en la Ley General de Salud— o, más frecuentemente, negarse a prescribir la anticoncepción de emergencia a una mujer que acaba de ser violada por razones morales del médico). Problemáticas cuya indicación se encuentra médicamente sustentada en evidencia científica y, además, son aceptadas por la sociedad a través de su implementación en leyes, reglamentos o normas vigentes en nuestro país.

Todo esto sucede bajo la promoción activa de un conservadurismo moral, que, al defender su creencia particular, impide la evolución ética derivada del conocimiento científico y el reconocimiento de los derechos humanos dentro de una sociedad democrática, plural y laica, evolución ética que es reconocida por la sociedad mediante las leyes y normas que promulga. Pero esto también sucede bajo los ojos de una aprobación —malentendida desde mi punto de vista— de la contraparte de esa sociedad, aquella que precisamente genera y defiende esa evolución ética, a través de lo que se pudiera considerar como una “trampa liberal” al pensar que la defensa de la libertad de pensamiento, religión y concepciones éticas constituye un bien a preservar por encima de cualquier otro (incluso por encima de los derechos de atención a la salud por parte de miembros de esa sociedad que quieren y requieren de servicios médicos específicos para superar problemas que los aquejan: los pacientes).

I. ¿EXISTEN LAS ESTRATEGIAS DE RESISTENCIA?

Las estrategias de resistencia son fenómenos utilizados por parte de la sociedad en contra de situaciones de poder que considera difíciles de aceptar o

2015; Lisker, Rubén, “Objeción de conciencia en medicina”, en Álvarez del Río, Asunción y Rivero-Weber, Paulina (coords.), *El desafío de la bioética*, México, Fondo de Cultura Económica, Textos de Bioética, vol. II, 2009.

inconvenientes.³ Ya desde 1847 el pensador norteamericano Henry David Thoreau escribió sobre el concepto de realizar un acto de resistencia en un ensayo muy conocido titulado *Sobre el deber de la desobediencia civil*⁴ (nótese el uso de la palabra “deber” y no “derecho”, cuestión que no parece menor, y que denota su estrategia de resistencia como un acto ético y no como una exigencia de otro tipo). Comienza suscribiendo la famosa frase jeffersoniana de “aquel gobierno que es mejor es el que gobierna menos”.⁷ Ante el ordenamiento de la ley norteamericana de pagar sus impuestos, él se negó a hacerlo defendiendo su postura con el argumento de que éstos fueran utilizados para financiar una guerra que su conciencia le hacía ver como totalmente injusta (aquella que libraba su país en contra de México); sin embargo, no afectó a nadie más que a él mismo al ser encarcelado por su “evasión fiscal”. Pasó una noche encerrado hasta que sus amigos cubrieron la fianza impuesta.⁵ A raíz de esto escribió su famoso ensayo, donde menciona la idea ética de la validez de poder resistir leyes que van en contra de lo correcto:

...No es deseable el cultivo del respeto por la ley sino es por lo justo. La única obligación que tengo derecho de asumir es el poder hacer en cualquier momento aquello que considero es justo. Es verdad que se ha dicho que una corporación no tiene conciencia; pero una corporación de humanos conscientes es una corporación con conciencia. La ley nunca hizo al hombre un ápice más justo; es más, aún los mejor dispuestos cotidianamente se vuelven agentes de la injusticia. El resultado común y natural de un respeto indebidamente exagerado por la ley lleva a admirar la marcha ordenada de soldados... hacia una guerra, en contra de sus voluntades, sí, en contra de su sentido común y de sus conciencias; una marcha de pendiente muy pesada y que produce una palpitación en el corazón...⁶

³ Martínez de la Escalera, Ana María, *Estrategias de resistencia*, México, UNAM-PUEG, 2007.

⁴ Thoreau, Henry David, *On the Duty of Civil Disobedience*, Disponible en: <http://www.gutenberg.org/ebooks/71>. Acceso el 21 de Julio de 2016.

⁵ Se dice que su amigo Ralph Waldo Emerson, al visitarlo en la cárcel, le preguntó “¿Qué haces ahí dentro?”, a lo que Thoreau respondió sin miramientos, “y tú, ¿qué haces allá fuera?” (cuestionando con ello cierta falta de solidaridad ética por parte de su interlocutor). Zinn, Howard, *A People's History of the United States*, Nueva York, Harper Collins, 2001.

⁶ Traducido de siete versiones similares se encuentran en Thoreau, Henry David, *Desobediencia civil*, traducción e introducción por Sebastián Pilovsky, México, Tumbona Ediciones, 2012. Disponible en: <http://www.tumbonaediciones.com/descargas/DesobedienciaCivil.pdf>

Y también en Thoreau, Henry David, *Del deber de la desobediencia civil*, prólogo por Henry Miller, Bogotá, Editorial Pi, 2008. Disponible en: <http://www.editorialpi.net/ensayos/deldeberdeladesobedienciavil.pdf>

Las estrategias de resistencia ponen de manifiesto un conflicto de valores entre la moralidad y el derecho mediante una posición de disenso y de no acatamiento de cierta normatividad proveniente de un sistema de poder. En otras palabras, busca la no obediencia a una obligación impuesta por dicho poder.

En general se acepta la posibilidad de dos vertientes de estas estrategias de resistencia; por un lado la desobediencia civil, como propugnaba Thoreau, y por el otro lado la objeción de conciencia que han aducido los movimientos antivacunación desde el siglo XIX por motivos religiosos e ideologías basadas en falsa ciencia. La diferencia no es menor, ya que mientras la desobediencia civil es un acto público instrumentado individual o colectivamente para modificar ordenamientos, leyes o políticas instituidas, la objeción de conciencia resulta de una reflexión íntima, y por ende necesariamente individual, que no intenta modificar ordenamientos, leyes o políticas, sino defender creencias y convicciones personales. De esta forma, la diferencia primordial entre estas dos estrategias de resistencia estriba en que la una constituye un acto ético político (desobediencia civil), mientras que la otra resulta corresponder a un acto ético personal (objeción de conciencia).

El respeto a las libertades de “convicción ética, pensamiento, conciencia y religión” parte de reconocer tanto la existencia de una identidad personal como la posibilidad del ejercicio de las libertades individuales. En otras palabras, presentan un comportamiento general, que distingue claramente un componente de fuero interno y otro externo; el primero se refiere al derecho “que tiene todo individuo de darse sus propias pautas de vida sin restricción alguna”, mientras que el componente externo se refiere “a la posibilidad de acomodar su comportamiento a dichas pautas”, tal y como comentan Salazar, Barrera y Espino, aclarando que el fuero interno implica una libertad absoluta (sin interferencia del Estado u otras instancias), mientras que el fuero externo es la posibilidad de la manifestación de la libertad de conciencia “que se enfrenta a los mismos límites que los demás derechos fundamentales; el respeto a los derechos de terceros y aquellos principios que hacen posible una democracia”.⁷ Como también escribe Vázquez, “...a medio camino digamos, entre la dignidad y la autonomía”.⁸

⁷ Salazar Ugarte, Pedro *et al.*, *Estado laico en un país religioso: Encuesta Nacional de Religión Secularización y Laicidad*, México, UNAM, 2015, pp. 86 y 87.

⁸ Vázquez, Rodolfo, *Derechos humanos: una lectura liberal igualitaria*, México, Instituto de Investigaciones Jurídicas, 2015, pp. 45-51.

II. ¿ES MENOR LA DISTINCIÓN ENTRE DESOBEDIENCIA CIVIL Y OBJECCIÓN DE CONCIENCIA?

Me atrevo avanzar una rotunda respuesta negativa a esta pregunta. Al contrario, me parece de suma importancia la distinción entre estas dos modalidades de resistencia a sistemas de poder. Se mencionó arriba el carácter público de la desobediencia civil y el carácter privado de la otra. También queda claro que la primera tiene un objetivo crítico y de restauración de cierto grado de justicia producto de inequidades generadas por la promulgación de leyes y normas por parte de gobiernos civiles; mientras que la objeción tiene la pretensión de salvaguardar valores morales derivados principalmente de normas y creencias de origen religioso que, efectivamente, a veces se ven trastocados por la promulgación de normas y leyes de gobierno. Sin embargo, la desobediencia civil busca modificar las leyes en el sistema de gobierno, y atañe a lo que se mencionó anteriormente sobre el componente de fuero externo de la libertad de conciencia; la objeción, en cambio, atañe al fuero interno, y, por tanto, lo que se supone que busca es protegerlo sin pretender modificar las normas que dieron origen a la inquietud moral.

Todo esto sólo se puede dar dentro del contexto de sociedades con sistemas democráticos de funcionamiento y un alto respeto por los procesos judiciales y la legitimidad de la ley, así como un comportamiento ético de los miembros de esa sociedad y dentro de un marco de laicidad de la misma. En otras palabras, tanto la objeción de conciencia como la desobediencia civil adquieren valor y estatura moral en presencia de sociedades compuestas primordialmente por ciudadanos con una visión ética cabal; aquella definida a la manera de Dworkin como la forma en que nos comportarnos sin la necesidad de estar siendo revisados por los demás. Pero, como escribe Pilovsky en la introducción a su traducción de Thoreau:

... tampoco cobra sentido si el gobierno al cual se enfrentan no está a la altura de esa acción política, es decir, si sus instituciones no son lo suficientemente democráticas para garantizar los derechos más básicos del infractor, ni suficientemente respetuosas de las libertades individuales como para permitir que su voz se haga escuchar.⁹

Resultan impensables estos actos de resistencia en el contexto de regímenes totalitarios y despóticos, por lo que su existencia se convierte —nuevamente Pilovsky— “...en una suerte de examen de grado de democratización de un gobierno y sus instituciones”.

⁹ Thoreau, Henry David, *op. cit.*, nota 6, pp. 12 y 13.

Es por esto que sociedades con una construcción con intenciones democráticas y liberales como la nuestra mexicana, estrategias como la desobediencia civil son valoradas especialmente por aquella porción de la sociedad con ideas de tipo progresista y liberal. Las sociedades conservadoras tienden a poseer características más autoritarias, y no aprecian la desobediencia civil; sí en cambio poseen normas y preceptos morales con poca tendencia a la evolución de las mismas, por lo que expresan una preferencia por la objeción de conciencia como mecanismo para protegerlas. En los últimos años, nuestra sociedad ha mostrado un activismo intenso en promover la objeción de conciencia para establecerla con un reconocimiento expreso como precepto constitucional, situación de justificación dudosa y, que, en todo caso, debe someterse a una valoración muy profunda antes de pretender judicializar su existencia de manera inopinada.

Las estrategias de resistencia sin duda son mecanismos totalmente adecuados para una sociedad con intentos democráticos, aceptables para los sectores progresistas y liberales de la sociedad (quienes muestran preferencia por la desobediencia civil), pero también para los sectores conservadores (quienes ven la utilidad de la objeción de conciencia). La confusión existente entre las implicaciones de la desobediencia civil y la objeción de conciencia como mecanismos de resistencia para defender la libertad de conciencia (y pensamiento y convicciones éticas, pero, sobre todo, creencias religiosas), explica la aceptación de éstas tanto por liberales-progresistas como por conservadores. Este fenómeno de aceptación tiene motivaciones diferentes, y constituye una trampa liberal donde el progresismo de una sociedad lo ve como un acto ético necesario para proteger la libertad de conciencia de toda la sociedad, mientras que el conservadurismo ve la objeción, en el mejor de los casos, como una forma de proteger su moral individual (totalmente aceptable), pero que fácilmente traslada esa acción para tratarla como una desobediencia civil ante progresos éticos y legales que considera contrarios a su moralidad. Mientras que el liberalismo democrático valora la desobediencia civil como estrategia para lograr introducir modificaciones en las normas de gobierno que amplíen derechos en una sociedad plural (por lo general pensando en las necesidades de minorías), el conservadurismo utiliza las mismas estrategias (principalmente la objeción) para contrarrestar dichas “ganancias” liberales y llevar las normas de gobierno a una situación más restrictiva y adecuada a sus creencias.

Las motivaciones y objetivos de estos mecanismos de resistencia son muy factibles de ser confundidos, entremezclados y contaminados de manera consciente o inconsciente entre sí. Sin embargo, a la luz de lo que se observa en el área médica, se puede afirmar que esa contaminación que

provoca confusiones ha sido de tipo unilateral, en donde temas de objeción de conciencia son llevados al terreno público propio de la desobediencia civil buscando la incidencia modificatoria en tanto leyes y normas gubernamentales establecidas que no concuerdan con las particularidades morales de personas, grupos y corporaciones. Existen varios ejemplos de este fenómeno en la medicina, donde problemas que se insertan en el concepto de objeción de conciencia son “trasladados” a la desobediencia civil y defendidos a ultranza mediante su judicialización.¹⁰

¹⁰ Basta comentar dos ejemplos recientes en un país que suponemos por lo menos atendible en cuanto avance médico, su sistema de ley y orden, así como su evolución ética. Al terminar su periodo como presidente, George W. Bush promulgó cambios a la ley que permitía la aceptación indiscriminada de la figura de objeción de conciencia en todas las organizaciones médicas financiadas por el sistema federal de Estados Unidos. Esta objeción se establecía como válida para “todo el personal del sistema de salud”. La administración siguiente, de Barak Obama, consideró muy problemática y arriesgada esa modificación con altas probabilidades de tensar de manera irresponsable la operación del sistema de atención médica nacional (la posibilidad de objeción no sólo era exclusiva de médicos, sino se extendía a enfermeras, que podían negarse a administrar medicamentos, camilleros que podían rehusar transportar a ciertas pacientes, farmacéuticos que no entregaran medicamentos prescritos, fisioterapeutas que no atendieran ciertos pacientes, etcétera); rápidamente se procedió a derogar dicha modificación (véase Cantor, Julie D., “Conscientious Objection Gone Awry — Restoring Selfless Professionalism in Medicine”, *The New England Journal of Medicine*, Boston, vol. 360, núm. 15, 2009, pp. 1484 y 1485. Disponible en: DOI: 10.1056/NEJMp0902019). De manera más reciente, y derivado de la promulgación de la llamada Ley Obama para proveer seguro médico a población desprotegida (Affordable Care Act), dos corporaciones dedicadas a la fabricación de insumos para manualidades —Hobby Lobby Stores y Conestoga Wood Specialties, conocidos mediáticamente de manera unificada como Hobby Lobby— adujeron objeción de conciencia y afectación de su libertad religiosa por que el Obama Care los obligaba a proveer seguro médico, pero las corporaciones se negaban a incluir ningún tipo de anticoncepción para las mujeres, ya que “era contraria a sus más profundas creencias religiosas”. El caso llegó a la Suprema Corte de Justicia de Estados Unidos, que determinó dar precedencia a la “libertad religiosa”, y, por ende, podían objetar el otorgar servicios de anticoncepción para las mujeres empleadas por ambas corporaciones, las cuales suman más de 13,000 empleados. Es la primera vez que se acepta el argumento de objeción de conciencia de manera corporativa (véase Cohen I. Glenn *et al.*, “When Religious Freedom Clashes with Access to Care”, *The New England Journal of Medicine*, Boston, vol. 371, núm. 7, 2014, pp. 596-599. Disponible en: DOI: 10.1056/NEJMp1407965). Ya desde tiempo antes de este caso el argumento de la objeción de conciencia se venía esgrimiendo para negar servicios de salud reproductiva en Norteamérica (véase Alta Charo, R., “Warning: Contraceptive Drugs May Cause Political Headaches”, *The New England Journal of Medicine*, Massachusetts, vol. 366, núm. 15, 2012, pp. 1361-1364). En México se han dado este tipo de casos de obstrucción a la atención médica argumentando objeción de conciencia; el más notorio de ellos, y que mereció un fallo en contra por parte de la Corte Interamericana de Derechos Humanos, fue el conocido “caso Paulina” (véase Informe 21/07, Petición 161-02. Solución Amistosa. Paulina del Carmen Ramírez Jacinto, México, 9 de marzo de 2007. Disponible en: <https://www.cidh.oas.org/annualrep/2007sp/Mexico161.02sp.htm>)

Es de llamar la atención el hecho de que en nuestro país nunca ha habido actividad legislativa para introducir modificaciones que incluyan un “derecho” a la desobediencia civil; en cambio, esta actividad ha sido importante para la “objección de conciencia”, donde ha sido introducida en la Constitución del Estado de Jalisco, así como en las leyes locales de la Ciudad de México (cuando aún era Distrito Federal) para la interrupción legal del embarazo y la de voluntad anticipada. La estrategia más problemática entonces es la de la objeción de conciencia, que es ampliamente defendida por liberales y conservadores por razones distintas. De esto deriva la importancia de diferenciar muy bien la objeción de la desobediencia y analizar la situación que guarda la primera para que sea aceptable como estrategia de resistencia, en especial cuando ésta genera un conflicto de derechos entre las personas.

III. UN CONFLICTO DE INTERESES

La Declaración Internacional de los Derechos Humanos, establecida desde 1948 y firmada por nuestro país, es un paradigma a tomar en cuenta en nuestra sociedad. Dentro de las libertades y derechos que protege dicha Declaración se encuentran el derecho a la salud (artículo 25) y el derecho a la libertad de pensamiento, conciencia y religión (artículo 18).

Por su parte, la Constitución Política de los Estados Unidos Mexicanos toma en cuenta la Declaración Universal de los Derechos Humanos al haber reformado mediante decreto publicado en el *Diario Oficial de la Federación* el 19 de julio de 2013, su artículo 24, para establecer que

Toda persona tiene derecho a la libertad de convicciones éticas, de conciencia y de religión, y a tener o adoptar, en su caso, la de su agrado. Esta libertad incluye el derecho de participar, individual o colectivamente, tanto en público como en privado, en las ceremonias, devociones o actos del culto respectivo, siempre que no constituyan un delito o falta penados por la ley. Nadie podrá

Por otro lado, se ha estado esgrimiendo la objeción de conciencia para introducir leyes que posibiliten el poder negar el acceso a una variedad de servicios a matrimonios del mismo sexo y a ciudadanos miembros de la comunidad LGBTTTI (véase Stillman, Michael D., “The Arizona Debacle: A Physician’s Perspective”, *The New England Journal of Medicine*, Boston, vol. 370, núm. 16, 2014, p. 1568. Disponible en: DOI: 10.1056/NEJMc1402715; Berman, Mark, “Mississippi Governor Signs Law Allowing Businesses to Refuse Service to Gay People”, *The Washington Post*, 5 de abril de 2016. Disponible en: <https://www.washingtonpost.com/news/post-nation/wp/2016/04/05/mississippi-governor-signs-law-allowing-business-to-refuse-service-to-gay-people/>

utilizar los actos públicos de expresión de esta libertad con fines políticos, de proselitismo o de propaganda política.

Es importante hacer notar que tanto la Constitución mexicana como la Declaración Universal mencionan el derecho de “libertad de convicciones éticas, pensamiento, conciencia y religión”; en ningún lado se menciona un derecho a desobedecer u objetar normas jurídicas o leyes. La desobediencia/objección es un mecanismo de resistencia para tratar de defender el ejercicio de un derecho; no constituye un derecho en sí en el sentido absoluto, sino, como escribe Rodolfo Vázquez, un derecho *prima facie*.¹¹

Este derecho de libertad de conciencia puede entrar en conflicto con lo que tanto la Declaración como la Constitución establecen como un “derecho a la salud”, el cual, nuevamente, no puede tomarse de manera absoluta sino como lo establece el artículo 4o. constitucional, al mencionar que “Toda persona tiene derecho a la protección de la salud”; de esta manera, establece la relación de ese derecho con lo que se reconoce como las acciones relacionadas para su obtención: la atención médica, la prevención, la salubridad, etcétera (para evitar caer en el absurdo de pretender exigir, por derecho, no tener cáncer de mama, o diabetes mellitus, o artritis reumatoide, o cálculos renales, etcétera).¹² Dirimir estos conflictos potenciales debe hacerse desde la trinchera real de las acciones médicas.

IV. ¿QUÉ SUCEDE EN LA MEDICINA?

Toda acción dentro de la medicina deriva de las decisiones que resultan de la interacción de un paciente con su médico. Un médico, al pretender defender sus convicciones éticas y religiosas cuando aduce objeción de conciencia, trasgrede las necesidades y derechos del paciente que requiere del acto médico (por ejemplo, una transfusión por hemorragia aguda); así, el médico, al pretender defender su postura moral en contra de la exigencia que él siente le “impone” su ejercicio profesional (acción esta que médica, moral y legalmente es totalmente aceptada), lastima los intereses de un paciente, que espera de él su mejor actuar en aras de su beneficio (la necesidad del acto médico; por ejemplo: una transfusión).

Lo mismo resulta con mujeres que buscan a su médico especialista en salud reproductiva porque requieren controlar su fertilidad con objeto de

¹¹ Vázquez, Rodolfo, *op. cit.*, nota 8, pp. 45-51.

¹² Charvel, Sofía y García Sarubbi, David, *Derecho y salud pública: un análisis de la legislación comparada*, México, Fontamara, 2013.

no embarazarse o, al contrario, porque se quieren embarazar y no pueden, o bien han sido víctimas de una violación y quieren protegerse para evitar quedar embarazadas o desean terminar un embarazo que afecta su salud, fue producto de una violación o no entró dentro de sus planes de vida (como legalmente ahora tienen derecho en la Ciudad de México), y resulta que su médico aduce la figura de la objeción de conciencia para lavarse las manos (a la manera de Pilatos, no por higiene) y falsamente justificar su actitud omisa ante las necesidades de su paciente.

Cuando un paciente no está de acuerdo con el tratamiento propuesto por su médico (sea por la razón que sea, incluso por cuestionamientos de índole religiosa o moral particulares al paciente), simplemente basta con que no acepte tratamiento y no firme el documento de consentimiento informado (cuando éste procede esto se conoce como “rechazo de tratamiento”); y es una práctica común totalmente aceptada desde el punto de vista ético y protegida por la ley. Quien resulta afectado por la decisión es el mismo paciente, y si bien esto genera inquietud, ansiedad e incluso enojo en el grupo médico, éste tiene el deber ético y legal de respetar la decisión.¹³ El caso contrario es distinto, ya que es el mismo proveedor de servicios médicos, y no el paciente, quien se niega a proveerlos por razones de índole moral o religiosa que atañen exclusivamente al médico; el paciente reconoce la necesidad que tiene de los servicios y los acepta a pesar de la negativa del médico, pero pierde el control sobre el acceso a los mismos servicios por cuestiones que no tienen nada que ver con ella o él. Resulta entonces que la objeción de conciencia genera un conflicto de intereses con el otro; en el caso de los médicos, el otro es la contraparte de la relación primordial que da sentido al actuar médico: el paciente. Esto genera un desbalance de poder muy delicado, si no es que grave, entre el paciente y el médico (a favor de este último).

V. OBJETIVOS DE LA MEDICINA Y FACTORES QUE DETERMINAN EL CUIDADO MÉDICO

Las actividades médicas se dan siempre dentro del contexto de una relación que establece el paciente con su médico, y debe pasar a través del análisis profundo de los objetivos de la medicina. Estos objetivos han sido analizados desde los inicios de la medicina, han ido evolucionando conforme avanza

¹³ Santillan Doherty, Patricio *et al.*, “El consentimiento informado en la práctica clínica y en la investigación biomédica”, *Revista de Investigación Clínica*, México, vol. 55, núm. 3, 2003, pp. 322-338.

el conocimiento médico-científico y se han ido definiendo mejor como:¹⁴ 1) la prevención de enfermedad/lesiones y el mantenimiento de la salud; 2) el cuidado de los enfermos; 3) aliviar el dolor y el sufrimiento causado por las enfermedades, y 4) evitar las muertes prematuras y la procuración de una muerte en paz y sin sufrimiento. Las técnicas, procedimientos, maniobras y tratamientos que utiliza la medicina para lograr sus objetivos conforman la *lex artis medica*, que deriva de la generación de conocimiento médico-científico, del valor humanístico que el gremio médico otorga a dicho conocimiento y de la aprobación que la sociedad le da a todo esto a través de la expedición de leyes, reglamentos y normas. Una paciente, entonces, espera recibir de su médico lo mejor de su conocimiento médico-científico, dentro de un contexto humanístico de respeto, empatía, confianza, y bajo la luz aprobatoria de la ley (o, por lo menos, en ausencia de su prohibición).

Cabe recordar que esta relación paradigmática (la del paciente con su médico) se ve influida de manera importante por un desbalance de poder en favor del médico, quien, si no hace una reflexión profunda sobre la situación, puede, de manera consciente o inconsciente, abusar del mismo, e indudablemente termina por afectar al paciente. Es por esto que la relación de los pacientes con sus médicos ha ido evolucionando del sistema hipocrático-paternalista clásico hacia un sistema participativo en la toma de decisiones por parte del paciente a través del respeto a su autonomía utilizando el conocimiento científico como herramienta insustituible de la práctica médica y tomando en cuenta la realidad pragmática de la economía de la sociedad y las leyes establecidas por ella misma para regularse. En otras palabras, los factores reales que determinan y le dan validez al cuidado médico son:

- a) Los deseos del paciente expresados voluntariamente (consentimiento informado).
- b) El conocimiento científico (la evidencia científica que sustenta las acciones médicas).
- c) La distribución justa/equitativa de recursos finitos (en tanto la capacidad de una sociedad de acceder a esos recursos), y
- d) Lo establecido por las leyes vigentes (no se puede hacer lo que expresamente esté prohibido).

Tomando esto en cuenta, se entiende que los valores personales de un médico (o del resto del personal del sistema de salud) no establecen ni determinan el cuidado que el médico le debe a su paciente. Los valores particu-

¹⁴ Hanson, Mark J. y Callahan, Daniel (eds.), *The Goals of Medicine: The Forgotten Issues in Health Care Reform*, Washington, D. C., Georgetown University Press, 1999.

lares son relevantes exclusivamente para el individuo, pero no determinan el cuidado médico que requieren los pacientes, y que el médico tiene la responsabilidad de proveer. Un médico que antepone sus valores particulares por encima de las necesidades de un paciente no está cumpliendo cabalmente con el cuidado que debe proveer, y no cumple tampoco con los objetivos de la medicina; comete entonces una transgresión ética.¹⁵

De lo anterior se desprende que la llamada objeción de conciencia es una práctica de resistencia que sólo sería válida cuando no implique dejar a los pacientes en estado de indefensión por no cumplir los objetivos que asumimos cuando nos convertimos en médicos. Caer en esto abunda al desbalance de poder de la relación paciente-médico.

La objeción de conciencia ha generado un debate legal en otras sociedades al pretender ser utilizada para obstruir el acceso a servicios de salud que parte de esas sociedades consideran contrarias a sus creencias morales; ejemplos de esto fueron comentados párrafos arriba en este escrito.

Sin embargo, se reconoce la existencia de un debate importante en la literatura ética y médica internacional, en el cual es posible identificar tres posturas generales de actitud ante la objeción de conciencia dentro del ámbito médico: aceptarla, no aceptarla o justificarla.

VI. PRIMERA POSTURA: ACEPTAR LA OBJECCIÓN DE CONCIENCIA

La primera postura posible, la aceptación, asume la tesis de la integridad donde establece a la OC como un “derecho absoluto”.¹⁶ Esta postura es muy cómoda para aquellos médicos con convicciones morales que entran en conflicto con deberes propios de su profesión y exigen que su postura sea tolerada.

Esta tolerancia a la objeción de realizar acciones médicas por razones de conciencia ha sido defendida principalmente con argumentos relativos a la integridad moral del personal médico y el daño moral que causaría la no tolerancia a la objeción. Este, me parece, constituye el principal argumento que comparten tanto conservadores como liberales¹⁷ para defender el respe-

¹⁵ Savulescu, Julian, “Conscientious Objection in Medicine”, *The British Medical Journal*, s. l. e., vol. 332, núm. 4, 2006, pp. 294-297.

¹⁶ Pellegrino, Edmund D., “The Physician’s Conscience, Conscience Clauses, and Religious Belief: a Catholic Perspective”, *Fordham Urban Law Journal*, vol. 30, núm. 1, artículo 13, 2002, pp. 221-244.

¹⁷ Wicclair, Mark R., “Conscientious Objection in Medicine”, *Bioethics*, s. l. e., 14, 2000, pp. 205-227.

to (si no es que la existencia incluso legal) de la objeción de conciencia. Sin embargo, esta postura deviene en un absolutismo de conciencia, donde los proveedores de servicios de salud deben ser eximidos, sin más, de realizar cualquier acción contraria a su conciencia (creencias morales o religiosas —postura que trató de imponer en una ley el gobierno de Bush en los Estados Unidos)—.

Esta postura absolutista resulta muy problemática, ya que soslaya el hecho de que los profesionales tienen obligaciones especiales para con el paciente (respeto de su dignidad y autonomía, así como promover su beneficencia/no maleficencia como parte de lo que se ha establecido como los objetivos de la medicina). Y hay que tomar en cuenta que en una sociedad laica, la atención médica y de salud debe establecerse bajo la misma concepción y sustentarse en evidencias producto de la investigación médico-científica; a estas alturas del siglo XXI, y en ese tipo de arreglo social que pretendemos para nuestro país, resulta imposible aceptar las cuestiones de conciencia del médico como parte de los requisitos que determinan la atención que merece un paciente.

Además, se considera que el respeto absoluto por las creencias religiosas y morales dentro del actuar médico, que es promovido y demandado por los profesionales de la salud (que prefieren profesar más dichas creencias que su propia profesión médica), resulta en un asunto unilateral, donde la atención actual del paciente, los desenlaces en su salud y el respeto por su dignidad y las propias creencias morales del mismo paciente toman un lugar secundario, en una situación donde ya existe un desbalance de poder que lo pone en desventaja con respecto de su médico objeto.¹⁸

Finalmente, esto favorece actitudes perversas, como interferir con la atención que requiere una paciente por cuestiones morales utilizando a la objeción de conciencia como una táctica obstruccionista y de boicot moral.¹⁹

VII. SEGUNDA POSTURA: NO ACEPTAR LA OBJECCIÓN DE CONCIENCIA

En el lado opuesto podemos identificar la segunda postura, que implica no aceptar la validez de la objeción de conciencia. Esta postura es sustentada mediante la tesis de incompatibilidad, ya que juzga la objeción de conciencia

¹⁸ Leiter, Brian, *Why Tolerate Religion?*, Princeton, Princeton University Press, 2013.

¹⁹ Alta Charo, R., “The Celestial Fire of Conscience —Refusing to Deliver Medical Care”, *The New England Journal of Medicine*, vol. 352, núm. 24, 2005, pp. 2471-2473.

como incongruente con las obligaciones morales de las y los médicos. Considera que si un médico tiene problemas morales para realizar su actividad de acuerdo con la *lex artis medica*, entonces el profesional no cumple con sus obligaciones, y debería mejor dedicarse a otra cosa.

Sin embargo, la medicina es tan amplia que ni siquiera habría necesidad de limitar el ingreso de personas con convicciones religiosas fuertes. Sólo habría que considerar el área de la medicina que deseara practicar dicha persona. Aquellos que profesen problemas morales en el área de la salud reproductiva deberían cuestionar seriamente su ingreso como especialidad, ya que darían una atención médica incompleta y caerían en riesgo de no cumplir con los objetivos de la medicina, y por ende cometer una falta ética (ya sea por incumplir con su paciente o por incumplir con sus creencias morales).

El autor que más ha propugnado esta visión es Savulescu, en la Universidad de Oxford.²⁰ Si bien ha sido criticado ampliamente como expositor de una visión “muy radical”, otros comparten su visión. En una interesante revisión, Schuklenk y Smalling²¹ cuestionan fuertemente la importancia de los actos de conciencia individuales por parte de los médicos dentro de la sociedad. Hacen referencia a lo expresado por Hobbes en su *Leviatán*:

...otra doctrina repugnante a la sociedad civil es que aquello que haga el hombre en contra de su conciencia es pecado; y depende de la presunción de convertirse él en juez del bien y del mal. La conciencia del hombre y sus juicios son la misma cosa; y así como los juicios, la conciencia puede ser errónea.²²

En su argumentación, Schuklenk y Smalling hacen notar que el ingreso a la profesión médica deviene de una decisión autónoma, que el respeto por preferencias privadas de conciencia genera cargas inequitativas evitables para los médicos, que resulta en un servicio de atención poco predecible e injusto, y que genera dificultades evitables en el acceso a servicios de salud. Establecen la importancia de tomar en cuenta que la profesión médica tiene el monopolio de la atención de los servicios de salud de una sociedad (en

²⁰ Savulescu, Julian, *op. cit.*, nota 15.

²¹ Schuklenk, Udo y Smalling, Ricardo, “Why Medical Professionals Have no Moral Claim to Conscientious Objection Accommodation in Liberal Democracies”, *Journal of Medical Ethics*, vol. 42, núm. 4, 26 de abril de 2016. Disponible en: [doi:10.1136/medethics-2016-103560](https://doi.org/10.1136/medethics-2016-103560)

²² Hobbes, Thomas, *Leviathan*, Londres, Andrew Crooke, 1651, capítulo XXIX. Disponible en: <https://ebooks.adelaide.edu.au/h/hobbes/thomas/h681/chapter29.html>, acceso el 31 de julio de 2016.

el entendido de que otras formas alternas de atención de la salud no son consideradas como parte del sistema de salud de una nación); y que una profesión que no esté en capacidad de garantizar acceso confiable a sus servicios por la razón única de pretender acomodar las convicciones ideológicas privadas de algunos de sus miembros y, siendo como es, un proveedor monopólico de esos servicios, entonces falla en la misión que la sociedad le ha encomendado.

VIII. LA TERCERA POSTURA: EL TERRENO INTERMEDIO

En un terreno intermedio aparece la tercera postura, que toma en cuenta que en la relación paciente-médico el binomio debe verse de manera completa en donde deben atenderse tanto las necesidades de los pacientes como de los médicos, que, en tanto agentes morales, poseen integridad moral, que merece protección. Además, toma en cuenta el hecho de que existen prácticas controvertidas en la sociedad que pueden verse influenciadas por fenómenos como la modestia epistémica (el reconocer que no sabemos todo, y por ende no abarcamos toda la verdad y podemos estar equivocados —desde un punto de vista moral—), y el progreso moral (donde los cambios en el conocimiento científico propician modificaciones en las concepciones morales existentes).

Ésta es una postura que apetece mucho a las necesidades liberales de defender la libertad de pensamiento, las creencias religiosas y las posturas éticas, pero por otro lado puede ser aceptable a la postura no liberal conservadora (con no mucho agrado, ya que constriñe la defensa de sus creencias y las convierte en una situación contingente). Así, la objeción de conciencia se debe “acomodar” dentro de la práctica médica con objeto de que ésta no sufra alteraciones en su desarrollo secundarias a dicho acomodo, de tal forma que, como escribe Vázquez, “...exige una mayor atención a los derechos del paciente que la que normalmente se está dispuesto a conceder cuando la perspectiva que se ha asumido, generalmente, es la del médico objetor”.²³

Esta postura asume la tesis justificatoria donde el ejercicio de la OC debe defenderse mediante una exhaustiva justificación de su relevancia para el agente moral (médico) en balance con el respeto al derecho de un paciente a una atención médica adecuada, en tiempo y forma, que proteja su autonomía y provea el mayor beneficio con el menor riesgo posible. Aquí

²³ Vázquez, Rodolfo, *op. cit.*, nota 8, p. 51.

también pueden presentarse problemas que describe el extenso análisis de Schuklenk y Smalling, además de que se pueden dar actitudes “justificadorias” aberrantes que han sido mencionadas en otros lados con una ironía que pudiera calificarse de mal gusto, pero que no queda muy lejos de lo que a veces sucede en los hospitales de nuestro país.²⁴

IX. UN INTENTO DE CONCLUSIÓN EN UNA DISCUSIÓN INACABADA

La objeción de conciencia en la medicina es un acto individual y privado que puede realizar el personal médico, pero que tiene el riesgo de interferir deletéreamente con los intereses vitales de personas ajenas al objeto: el paciente. Es un acto derivado de una decisión ética, que cuando se realiza debe ser bajo una tesis justificatoria que permita preservar y salvaguardar los derechos de atención a la salud que pertenecen a la contraparte de todo acto médico: la o el paciente. Por este motivo, parecería incongruente y contraproducente querer establecer la objeción de conciencia como un derecho dentro de la ley (no confundir el derecho a la libertad de conciencia, creencia y religión con un supuesto “derecho a la objeción de conciencia”).²⁵

²⁴ Santillan Doherty, Patricio, “Objeción de conciencia en la medicina”, *Revista Bio Ciencias*, vol 3, núm. 2: suplemento de Bioética, 2015, pp. 72-74.

En ese escrito describo una situación hipotética donde el médico objetor asume una actitud justificatoria inapropiada (una disculpa por la ironía):

Paciente (quien entra a la clínica muy compungida y angustiada): “¿Es esta la clínica de atención médica?”

Médico objetor (pensando en su “derecho” y siguiendo “lineamientos para objeción de conciencia le provee la atención): “Sí, así es”.

Paciente: “Acabo de ser violada y creo que puedo estar embarazada, ¿qué debo hacer?”

Médico objetor: “Póngale nombre”.

Paciente: “Lo que quiero decir es, ¿Qué me aconseja?”

Médico objetor: “Planee un *baby-shower*”.

Paciente: “Pero, doctor, ¡necesito un consejo médico!”

Médico objetor: “Tome mucha leche”.

Paciente: “¡Dígame qué hacer!”

Médico Objeto: “Comience a tejer chambritas”.

Paciente: “Pero ¡¿cuáles son mis opciones?!”

Médico Objeto: “Azul o rosa”.

²⁵ Santillan Doherty, Patricio, “La objeción de conciencia en la medicina: un intento de visión desde la trinchera”, en Tapia, Ricardo y Vázquez, Rodolfo (coords.), *Logros y retos de la bioética*, México, Fontamara, 2014, p. 169.

Si bien la presencia de médicos objetores dentro de los hospitales pudiera acomodarse de una manera muy juiciosa y encadenada a condicionantes muy específicos (que incluye una declaración precedente ante el hospital y sus pacientes sobre las actividades médicas que causarían objeción, alternativas de atención dentro del mismo sistema hospitalario con colegas no objetores, etcétera), ante la idea general en nuestro país de poder generar un sistema de atención de la salud con acceso de tipo universal, en lo personal estoy aún por ver argumentos realmente persuasivos para aceptar que dicho sistema de salud y, sobre todo, los pacientes que acudirían a él, se beneficien de verse sometidos a una carga operativa más que representa esta logística innecesaria cuando existe una solución más simple y profesional. La postura de no aceptar la validez de la objeción dentro de la atención médica no es original, sino que es compartida con autores preocupados por el adecuado funcionamiento de los sistemas de atención de la salud resaltando la postura de países que han tomado actitudes similares sin mayor problema (posturas que implican no dar acomodo a las peticiones de objeción por parte de los médicos que conforman los sistemas de salud de países como Suecia, Finlandia e Islandia).²⁶

Un punto más tiene que ver con lo que he mencionado sobre la “trampa liberal” que representa la objeción de conciencia, en donde el acto objetor es “bien visto” por tirios y por troyanos. Esta trampa, desafortunadamente, ha permitido la introducción específica de la figura de la objeción de conciencia en leyes locales (interrupción legal del embarazo y voluntad anticipada), y de ahí se ha pretendido extender a normas más superiores (Constitución del Estado de Jalisco). Incluso organismos de carácter gremial han intentado introducir concepciones similares en sus “códigos de ética” (por ejemplo: una asociación gremial importante por el volumen de asociados que tiene ha pretendido presentar un código de ética donde establece la defensa de la vida desde su concepción y luego solicitar del médico que “...sus preceptos, convicciones y normas morales deben prevalecer sobre toda norma, reglamentación oficial o legal, que sean opuestas a las mismas...”; esto último constituye una aberración jurídica y una invitación abierta a promover creencias particulares mediante el uso de la figura que nos atañe).²⁷

Es importante reflexionar que dentro de la medicina, si no pensamos en los objetivos de la misma y luchamos por mantener a flote el concepto de la relación paciente-médico, la sociedad tendrá muchas dificultades en

²⁶ Alto Charo, R., *The Celestial Fire of Conscience...*, cit., pp. 2471-2473.

²⁷ Santillan Doherty, Patricio, “Pico y el artículo 13: En defensa del pluralismo moral”, *Cirujano General*, vol. 32, núm. 1, enero-marzo de 2010, pp. 7-9.

mantener la confianza que ha depositado en el sistema de salud para mantener esa actividad monopólica que implica la atención médica (en muchas circunstancias ya manifiesta su descontento con los olores provenientes de la “Dinamarca” médica en nuestro país).

Termino con una conclusión que más bien resulta una utopía que nos motive a caminar hacia un horizonte nacional. Dentro de la sociedad plural, democrática y laica que pretendemos como país, con un sistema de atención a la salud de acceso universal y provista de recursos que permitan la aplicación justa y sustentable de los conocimientos médico-científicos, la objeción de conciencia debe quedar como un acto ético poco justificable, y, si acaso, lo que se debe proteger es que no existan las aberraciones y perversiones que se dan por parte de personas que asumen un absolutismo de conciencia (obstruccionismo de conciencia). Por esta razón, cualquier intento regulatorio sobre objeción de conciencia debe verse, nuevamente, bajo la luz de una tesis justificatoria muy estricta, estableciendo las condicionantes específicas bajo las cuales es posible aceptar la objeción para respetar el pensamiento, las creencias y la religión de quien lo aduce, pero nunca por encima del respeto a la dignidad, la autonomía y las necesidades médicas de los pacientes, los cuales, por el mismo hecho de ser pacientes, se encuentran en un estado de vulnerabilidad que debemos cuidar de no incrementar.

X. BIBLIOGRAFÍA

Artículos

- ALTA CHARO, R., “The Celestial Fire of Conscience —Refusing to Deliver Medical Care”, *The New England Journal of Medicine*, vol. 352, núm. 24, 2005.
- ALTA CHARO, R., “Warning: Contraceptive Drugs May Cause Political Headaches”, *The New England Journal of Medicine*, Massachusetts, vol. 366, núm. 15, 2012.
- BERMAN, Mark, “Mississippi Governor Signs Law Allowing Businesses to Refuse Service to Gay People”, *The Washington Post*, 5 de abril de 2016. Disponible en: <https://www.washingtonpost.com/news/post-nation/wp/2016/04/05/mississippi-governor-signs-law-allowing-business-to-refuse-service-to-gay-people/>
- CANTOR, Julie D., “Conscientious Objection Gone Awry — Restoring Selfless Professionalism in Medicine”, *The New England Journal of Medicine*, Massachusetts, vol. 360, núm. 15, 2009. Disponible en: DOI: 10.1056/NEJMp0902019

- COHEN, I. Glenn *et al.*, “When Religious Freedom Clashes with Access to Care”, *The New England Journal of Medicine*, Massachusetts, vol. 371, núm. 7, 2014. Disponible en: DOI: 10.1056/NEJMp1407965
- COLEGIO DE BIOÉTICA, disponible en: <http://colegiodebioetica.org.mx/objeccionde-conciencia/objeccion.htm>
- COLEGIO DE BIOÉTICA, A. C., Objeción de conciencia. Disponible en: <http://colegiodebioetica.org.mx/objeccion-de-conciencia/>
- PELLEGRINO, Edmund D., “The Physician’s Conscience, Conscience Clauses, and Religious Belief: a Catholic Perspective”, *Fordham Urban Law Journal*, vol. 30, núm. 1, artículo 13, 2002.
- POLAND, Gregory A. y JACOBSON, Robert M., “The Age-Old Struggle against the Antivaccinationists”, *The New England Journal of Medicine*, Boston, vol. 364, núm. 2, 2011.
- SANTILLAN DOHERTY, Patricio *et al.*, “El consentimiento informado en la práctica clínica y en la investigación biomédica”, *Revista de Investigación Clínica*, México, vol. 55, núm. 3, 2003.
- SANTILLAN DOHERTY, Patricio, “Objeción de conciencia en la medicina”, *Revista Bio Ciencias*, Nayarit, vol. 3, núm. 2: suplemento de Bioética, 2015.
- SANTILLAN DOHERTY, Patricio, “Pico y el artículo 13: en defensa del pluralismo moral”, *Cirujano General*, vol. 32, núm. 1, enero-marzo de 2010.
- SAVULESCU, Julian, “Conscientious Objection in Medicine”, *British Medical Journal*, s. l. e., vol. 332, núm. 4, febrero de 2006.
- SCHUKLENK, Udo y SMALLING, Ricardo, “Why Medical Professionals Have no Moral Claim to Conscientious Objection Accommodation in Liberal Democracies”, *Journal of Medical Ethics*, vol. 42, núm. 4, 26 de abril de 2016. Disponible en: doi:10.1136/medethics-2016-103560
- STILLMAN, Michael D., “The Arizona Debacle: A Physician’s Perspective”, *The New England Journal of Medicine*, Massachusetts, vol. 370, núm. 16, 2014. Disponible en: DOI: 10.1056/NEJMc1402715
- WICCLAIR, Mark R., “Conscientious Objection in Medicine”, *Bioethics*, s. l. e., 14, 2000.

Informe

- Informe 21/07, Petición 161-02. Solución Amistosa. Paulina del Carmen Ramírez Jacinto, México, 9 de marzo de 2007. Disponible en: <https://www.cidh.oas.org/annualrep/2007sp/Mexico161.02sp.htm>

Libros

- ÁLVAREZ DEL RÍO, Asunción y RIVERO WEBER, Paulina (coords.), *El desafío de la bioética*, México, Fondo de Cultura Económica, vol. II, 2009.
- CHARVEL, Sofía y GARCÍA SARUBBI, David, *Derecho y salud pública: un análisis de la legislación comparada*, México, Fontamara, 2013.
- HANSON, Mark J. y CALLAHAN, Daniel (eds.), *The Goals of Medicine: The Forgotten Issues in Health Care Reform*, Washington, D. C., Georgetown University Press, 1999.
- HOBBS, Thomas, *Leviathan*, Londres, Andrew Crooke, 1651. Disponible en: <https://ebooks.adelaide.edu.au/h/hobbes/thomas/h681/chapter29.html>
- LEITER, Brian, *Why Tolerate Religion?*, Princeton, Princeton University Press, 2013.
- MARTÍNEZ DE LA ESCALERA, Ana María, *Estrategias de resistencia*, México, UNAM-PUEG, 2007.
- OFFIT, Paul, *Bad Faith: When Religious Belief Undermines Modern Medicine*, Basic Books, 2015.
- SALAZAR UGARTE, Pedro *et al.*, *Estado laico en un país religioso: Encuesta Nacional de Religión Secularización y Laicidad*, México, UNAM, 2015.
- TAPIA, Ricardo y VÁZQUEZ, Rodolfo (coords.), *Logros y retos de la bioética*, México, Fontamara, 2014.
- THOREAU, Henry David, *Del deber de la desobediencia civil*, prólogo por Henry Miller, Bogotá, Editorial Pi, 2008. Disponible en: <http://www.editorialpi.net/ensayos/deldeberdeladesobedienciacivil.pdf>
- THOREAU, Henry David, *Desobediencia civil*, traducción e introducción por Sebastián Pilovsky, México, Tumbona Ediciones, 2012. Disponible en: <http://www.tumbonaediciones.com/descargas/DesobedienciaCivil.pdf>
- THOREAU, Henry David, *On the Duty of Civil Disobedience*. Disponible en: <http://www.gutenberg.org/ebooks/71>.
- VÁZQUEZ, Rodolfo, *Derechos humanos: una lectura liberal igualitaria*, México, UNAM, Instituto de Investigaciones Jurídicas, 2015.
- ZINN, Howard, *A People's History of the United States*, Nueva York, Harper Collins, 2001.