

# Nuevas formas de objeción de conciencia

## ¿A grandes males, grandes remedios?

Rosana TRIVIÑO CABALLERO

Universidade da Coruña

### Introducción

Tradicionalmente, la objeción de conciencia se ha configurado como la oposición del individuo a realizar un acto al que está obligado por ley y que colisiona con lo que siente que son sus deberes morales.

En sociedades en las que el poder político está limitado por los derechos individuales y es controlado por instancias de poder independientes, en las que los gobernantes son elegidos democráticamente, deja de ser obvio que la ley deba prevalecer siempre sobre la conciencia de las personas a las que va dirigida, a diferencia de otras épocas.

Por tanto, de acuerdo con sus orígenes, la objeción de conciencia es un fenómeno fruto del reconocimiento del pluralismo de las sociedades y está dirigido a respetar a aquellas personas que disienten de los criterios mayoritarios consagrados por las leyes. Los casos de objeción de conciencia que más fácilmente nos vienen a la memoria son el rechazo a participar en el servicio militar obligatorio y, ya en el contexto sanitario, la oposición al aborto por parte de los profesionales de la salud.

En general, la objeción de conciencia –como otras formas de desobediencia– se presenta como una opción de último recurso cuando otras vías están agotadas o ni siquiera existen. En este sentido, cabría plantear la objeción como un “gran remedio”: ante un “gran mal”, un problema grave y persistente, se abre la posibilidad de recurrir a medidas de carácter más enérgico para encontrar una solución.

Sin perder de vista esta característica de excepcionalidad, al examinar el contexto económico, social, cultural y político actual, se percibe cómo la libertad de conciencia está adquiriendo nuevas formas de manifestación. Mi intención en este trabajo es exponer algunos ejemplos concernientes a esas nuevas expresiones que surgen -o podrían surgir- en el ámbito sanitario, y que, aunque hasta el momento no siempre hayan sido reconocidas como formas de objeción de conciencia ortodoxas, resultan de interés para analizar las transformaciones que podrían ocasionar, tanto desde un punto de vista conceptual como desde la perspectiva de su puesta en práctica.

Los supuestos a los que me voy a referir son los siguientes: la oposición activa de los profesionales sanitarios frente al Real Decreto 16/2012, por la que siguen atendiendo a personas que han perdido su derecho a la asistencia sanitaria; la posible desobediencia de ginecólogos y psiquiatras frente a la reforma de la actual ley del aborto –actualmente paralizada- y la oposición a realizar certificados de virginidad o reconstrucciones de himen en países como Suecia. Soy consciente de que, aunque comparten cierto aire de familia, estos tres ejemplos son de naturaleza diferente. Si los he reunido aquí, de una manera un tanto heterodoxa, es porque espero que estas semejanzas y diferencias contribuyan a ampliar y redefinir el debate sobre la objeción de conciencia.

### **La oposición al Real Decreto 16/2012 como defensa del acceso universal a la asistencia sanitaria**

Han transcurrido más de dos años desde la aprobación del Real Decreto 16/2012, de medidas urgentes para la sostenibilidad del Sistema Nacional de Salud, entre las que se encuentra la restricción del acceso a la salud de personas en situación de especial vulnerabilidad. En la práctica, esta condición supuso que la asistencia sanitaria dejara de ser pública, universal y gratuita para todos los residentes del país, para pasar a cubrir solo a quienes estén asegurados –esto es, trabajadores, pensionistas, perceptores del subsidio de desempleo y demandantes de empleo- y a sus dependientes o beneficiarios –cónyuges, hijos menores de 26 años, hijos mayores de 26 años sin recursos propios, extranjeros comunitarios, extranjeros no comunitarios con permiso de residencia-.

La entrada en vigor de esta medida en septiembre de 2012 tuvo como respuesta el ejercicio de la objeción por parte de un número significativo de profesionales sanitarios<sup>1</sup>. Estos profesionales entienden que la ley viola sus códigos deontológicos en varios puntos, incluyendo el deber de no abandonar a su paciente y el deber de velar por el bienestar tanto del paciente como de la comunidad evitando la discriminación<sup>2</sup>.

En este caso, la conciencia apela a la obligación moral de los profesionales de actuar para preservar el derecho a la protección de la salud frente a una ley que obliga a restringir ese derecho, vinculándolo a la situación administrativa en la que se encuentre la persona. Aquí, el recurso a la objeción de conciencia abre la posibilidad de dejar a un lado la dicotomía ente acción y omisión para situar el problema en la ponderación entre las responsabilidades

<sup>1</sup> SEMFyC, “El número de profesionales sanitarios que han decidido objetar supera la cifra de 2.000”, 10 septiembre 2012. Disponible en:

[http://www.semfyc.es/es/noticias/destacadas/listado/Objectores10septiembre\\_2012/](http://www.semfyc.es/es/noticias/destacadas/listado/Objectores10septiembre_2012/)

<sup>2</sup> En este sentido, el Código Deontológico de Medicina de 2011 establece las siguientes obligaciones en su articulado: “Artículo 5. 3.: La principal lealtad del médico es la que debe a su paciente y la salud de éste debe anteponerse a cualquier otra conveniencia (...); Artículo 6. 1.: Todo médico, cualquiera que sea su especialidad o la modalidad de su ejercicio, debe prestar ayuda de urgencia al enfermo o al accidentado. 2.: El médico no abandonará a ningún paciente que necesite sus cuidados, ni siquiera en situaciones de catástrofe o epidemia, salvo que fuese obligado a hacerlo por la autoridad competente (...).”

profesionales, las necesidades e intereses de las personas afectadas y los supuestos beneficios que pretenden obtenerse con semejante medida; beneficios, que, por otra parte, no han podido demostrarse ni antes de la aprobación de la norma ni ahora, dos años después de su aplicación<sup>3</sup>. A cambio, miles de personas han quedado sin acceso a la asistencia sanitaria; cunde la desinformación y las irregularidades; se han incrementado las desigualdades entre los servicios de salud de las distintas comunidades autónomas y al menos tres personas han muerto como consecuencia directa de la falta de atención<sup>4</sup>.

La pertinencia de recurrir a la figura de la objeción por parte de estos profesionales ha sido fuertemente cuestionada desde diferentes instancias (colegiales, gubernamentales y académicas), en general por entender que en este caso no se cumplen los cánones teóricos que tradicionalmente han definido la objeción de conciencia<sup>5</sup>. Creo que estos cánones son discutibles, como ya he tratado de demostrar en otro lugar<sup>6</sup>. Lo que me interesa destacar aquí es que la preservación de los derechos fundamentales -en este caso, el derecho a la vida, a la integridad física y psíquica y a la protección de la salud-, constituye la única manera de proteger a las poblaciones más vulnerables y evitar el incremento de las desigualdades, especialmente en tiempos críticos como los actuales. El sistema sanitario español había resultado hasta el momento valioso en términos de sostenibilidad, calidad e igualdad en su acceso. Por el contrario, el Real Decreto 16/2012 ha supuesto un retroceso claro en la medida en la que ha vetado el acceso gratuito a la asistencia sanitaria universal.

A mi juicio, la falta de datos sobre los beneficios reales, junto con los deberes éticos de los profesionales con sus pacientes, especialmente con aquellos en situación de mayor debilidad, conducen a justificar la objeción de conciencia como un mecanismo de respuesta a este primer “gran mal” que es la erosión del sistema público de salud.

### La posibilidad de una objeción de conciencia pro-aborto

De forma similar al caso anterior y según cabe desprender de las declaraciones de algunos de los profesionales afectados<sup>7</sup>, se abrió la posibilidad de una objeción de conciencia *activa* contraria a la aplicación de la reforma de la ley del aborto emprendida por Alberto Ruiz Gallardón, si finalmente hubiera entrado en vigor.

<sup>3</sup> Olías, Laura, “El gobierno no aprueba el ahorro de excluir a miles de personas de la sanidad pública”, *eldiario.es*, 31 agosto 2014. Disponible en: [http://www.eldiario.es/desalambre/exclusion-sanitaria-personas-probar-Gobierno\\_0\\_297470798.html](http://www.eldiario.es/desalambre/exclusion-sanitaria-personas-probar-Gobierno_0_297470798.html)

<sup>4</sup> *Ibid.*

<sup>5</sup> Navarro, Sílvia, “Las cosas por su nombre ¿Objeción de conciencia o desobediencia civil?”, *Revista de Bioética y Derecho*, 28, 2013, pp. 91-101. Disponible en: [http://www.ub.edu/fildt/revista/pdf/rbyd28\\_master.pdf](http://www.ub.edu/fildt/revista/pdf/rbyd28_master.pdf); Anónimo, “Monago insta a deducir los tratamientos de los médicos que objetan a no atender a inmigrantes irregulares”, *Huffington Post-El País*, 9 agosto 2012; Sahuquillo, María R., “Sanidad avisa a los médicos objetores de que no pueden atender a sin papeles”, *El País*, 10 agosto 2012. En este sentido se han pronunciado también el Comité de Bioética de Catalunya, el Institut Borja de Bioètica, el Col·legi de Metges de Catalunya y el Consejo General de la Organización Colegial de Enfermería.

<sup>6</sup> Triviño Caballero, Rosana, “Segregación sanitaria, derecho a la salud y objeción de conciencia. Reflexiones a propósito del Real Decreto-ley 16/2012”, en M<sup>a</sup> Teresa López de la Vieja (coord.), *Bioética, en plural*, Plaza y Valdés, Madrid, 2014, pp. 165-195.

<sup>7</sup> Rodríguez, Vanesa, “Médicos y abogados se rebelan contra Gallardón: ‘Seguiré haciendo abortos aunque acabe en la cárcel’”, *Huffinton Post*, 27 enero 2014. Disponible en: [http://www.huffingtonpost.es/2014/01/27/medicos-abogados-gallardon\\_n\\_4643380.html](http://www.huffingtonpost.es/2014/01/27/medicos-abogados-gallardon_n_4643380.html) ; Vaello, Paz, “Ginecólogos y psiquiatras ante el aborto: entre la mentira y la cárcel”, *eldiario.es*, 26 enero 2014. Disponible en: [http://www.eldiario.es/sociedad/Insumisos-Ley-Gallardon\\_0\\_220828113.html](http://www.eldiario.es/sociedad/Insumisos-Ley-Gallardon_0_220828113.html)

Desde la despenalización del aborto en 1985, la objeción se había convertido generalmente en el refugio de las conciencias más conservadoras. Paradójicamente, su nueva versión se configuraba como un mecanismo de oposición a medidas que los profesionales potencialmente objetores consideran regresivas y reaccionarias<sup>8</sup>.

De acuerdo con el Anteproyecto de Ley Orgánica de protección de la vida del concebido y derechos de la mujer embarazada, el 95% de los abortos que se practican cada año en España no hubieran podido hacerse, ya que esta ley exigía:

- dos dictámenes de psiquiatras diferentes que no podían estar vinculados a la clínica o centro hospitalario que lo realizara;
- un documento que certificara que la mujer había recibido toda la información sobre la posibilidad de continuar con su embarazo, así como sobre el proceso y las presuntas consecuencias de su interrupción;
- un periodo de reflexión obligatorio de 7 días, tras los que su decisión seguía condicionada por los dictámenes psiquiátricos.

Tales condiciones de acceso al servicio suponían, por un lado, una carrera de obstáculos contrarreloj (los embarazos no se detienen ante los trámites burocráticos, que podían durar entre uno y dos meses); por otro lado, implicaban la consideración de la mujer como una persona aminorada, necesitada de expertos que certificaran una probable inestabilidad emocional. Al mismo tiempo, suponía el sometimiento a procesos de información y reflexión obligatorios antes de obtener el visto bueno por parte de una autoridad externa.

Estos requisitos, junto con la restricción del supuesto por malformación fetal, fueron considerados por muchos profesionales como las premisas de una ley de *gestación obligatoria* con la que no estaban dispuestos a colaborar<sup>9</sup>. Entendían que se trataba de una norma injusta, contraria a los intereses de una parte significativa de la población, ante la que su compromiso profesional y de conciencia les obligaba a rebelarse. Alguno de estos ginecólogos declaró abiertamente que seguiría practicando abortos a todas las mujeres que lo solicitaran y que crearía “una red de grupos operativos de apoyo en cada provincia conjuntamente con otras organizaciones y grupos feministas que [diera] salida a la problemática de los miles de mujeres que no [podrían] viajar al extranjero”<sup>10</sup>. Consideraba que “cuando una mujer ha decidido abortar no existe ley ni represión que le obligue a cambiar de criterio y lo hará, aun a costa de arriesgar su vida. Esto es lo que he aprendido después de 30 años realizando abortos”<sup>11</sup>.

Isabel Serrano, ginecóloga y portavoz de la plataforma *Decidir Nos Hace Libres*, hablaba de la existencia de un “compromiso de conciencia”, que implica “actuar con el conocimiento científico existente en favor del paciente para que no ponga en riesgo su salud”. Así, si de acuerdo con los indicadores de la Organización Mundial de la Salud, la práctica de interrupciones de la gestación en condiciones de ilegalidad da lugar a más riesgos de morbilidad y mortalidad para las mujeres<sup>12</sup>, Serrano entendía, como otras colegas, que su ética profesional y su compromiso de conciencia les obliga a hacer todo lo posible para evitar

<sup>8</sup> Carbonell, Josep Lluís, “La mujer es un ser inferior e incapaz”, *El País*, 28 enero 2014. Disponible en: [http://ccaa.elpais.com/ccaa/2014/01/28/valencia/1390907469\\_423096.html](http://ccaa.elpais.com/ccaa/2014/01/28/valencia/1390907469_423096.html)

<sup>9</sup> *Ibid.*

<sup>10</sup> *Ibid.*

<sup>11</sup> *Ibid.*

<sup>12</sup> Guttmacher Institute, “In Brief: Facts on Induced Abortion Worldwide”, Guttmacher Institute-OMS, 2012.

abortos de riesgo. La ginecóloga argumentaba que “las leyes por supuesto importan, pero nosotros tenemos un deber sanitario que es evitar sufrimientos y riesgos innecesarios”<sup>13</sup>.

Varios juristas ofrecieron su apoyo a mujeres y profesionales sanitarios que se hubieran podido ver envueltos en problemas con la futura ley<sup>14</sup>. Con el texto tal y como estaba antes de su actual paralización, aquel profesional que no cumpliera a rajatabla con los supuestos que marcaba la ley cometía presuntamente un delito recogido en el Código Penal y podía ser condenado a una pena de entre uno y tres años de prisión y de entre uno y seis de inhabilitación especial. Además, al ser un delito público, era perseguible de oficio y lo podía denunciar cualquier persona, con lo que los profesionales quedaban en una situación de inseguridad jurídica total.

A pesar de los riesgos, la posibilidad de la desobediencia entre los facultativos emergió con fuerza para atajar este segundo gran mal: la vulneración de la libertad sexual y reproductiva de las mujeres.

### **El rechazo a la expedición de certificados de virginidad y la reconstrucción del himen**

En el año 2000, el Fondo de Población de las Naciones Unidas (UNFPA) calculó que el número de mujeres que son víctimas de crímenes de honor en todo el mundo es de 5.000 cada año<sup>15</sup>, aunque según otras organizaciones que han seguido de cerca esta situación, la cifra real puede ser tres o cuatro veces más elevada<sup>16</sup>. Si una mujer se acerca a un médico y le pide un certificado de virginidad o la restauración de su himen ante la posible amenaza de un crimen de honor, ¿qué debería hacer el profesional? ¿Atender o rechazar su petición?

En un estudio reciente realizado en Suecia, se encontró que una pequeña mayoría de profesionales sanitarios estaría de acuerdo con atender la solicitud de la mujer bajo determinadas circunstancias<sup>17</sup>. Sin embargo, una gran minoría de profesionales se muestran contrarios a este tipo de prácticas y no estarían dispuestos a realizarlas bajo ninguna circunstancia. En esos casos, el rechazo parece configurarse como una forma de oposición a las normas patriarcales y de defensa de los derechos sexuales de las mujeres, incluso cuando se trata de un procedimiento médico legal, que cuenta con el pleno conocimiento y consentimiento de la mujer.

Se ha apelado a varias razones –discutibles, me parece– por las que ginecólogos y médicos de Atención Primaria se oponen a participar en semejantes procedimientos:

<sup>13</sup> Vaello, Paz, “Ginecólogos y psiquiatras ante el aborto: entre la mentira y la cárcel”, *op. cit.*

<sup>14</sup> Rodríguez, Vanesa, “Médicos y abogados se rebelan contra Gallardón: ‘Seguiré haciendo abortos aunque acabe en la cárcel’”, *op. cit.*

<sup>15</sup> Human Rights Watch define los crímenes de honor como “actos de violencia, usualmente asesinatos, cometidos por parte de los varones en contra de las mujeres de su propia familia cuando se considera que han traído deshonor a esta” (Human Rights Watch, “Oral Intervention at the 57th Session of the UN Commission on Human Rights”, 6 abril 2001. Disponible en: <http://www.hrw.org/news/2001/04/05/item-12-integration-human-rights-women-and-gender-perspective-violence-against-women>). Los crímenes de honor pueden comprender un gran número de ofensas, desde infidelidad marital y sexo pre-marital hasta no servir la comida a tiempo.

<sup>16</sup> Fundación Surgir, “Manual para responsables políticos, instituciones y la sociedad civil: Combatir los crímenes de honor en Europa”, 2011-2012, pp. 11-12. Disponible en: <http://www.mundocooperante.org/documentos/informesurgir.pdf>

<sup>17</sup> Juth, Niklas y Lynöe, Niels, “Zero tolerance against patriarchal norms? A cross-sectional study of Swedish physicians’ attitudes towards young females requesting virginity certificates or hymen restoration”, *Journal of Medical Ethics*, 2014.

- una es que consideren que no deben confabularse con sus pacientes para intentar ocultar información a sus parejas potenciales cuando la pérdida de la virginidad aconteció antes del matrimonio<sup>18</sup>.
- Desde un punto de vista puramente científico, otra razón es que ni el certificado de virginidad ni la reconstrucción del himen son procedimientos médicamente indicados. El himen no posee una función biológica y su ruptura no tiene, en principio, ninguna consecuencia que perjudique la salud de la mujer.
- Hay quienes dan un paso más y no solo creen que intervenir en este tipo de requerimientos no supone un beneficio para la mujer, sino que consideran que atenderlos constituye un peligro bien para su salud mental, puesto que implica colaborar, a sabiendas, a fundar sus matrimonios y su vida familiar sobre la falsedad y el engaño; bien para su salud física, puesto que en lugares como Guatemala existen datos que atestiguan que las mujeres que han sido sometidas a reconstrucciones de himen sufren infecciones, hemorragias, incontinencia, fístulas y fuertes dolores durante el coito<sup>19</sup>.
- Otra objeción, esta vez basada en el discurso de los derechos humanos, es que este tipo de procedimientos perpetúa la discriminación contra las mujeres, ya que la expectativa de la virginidad en las mujeres que no están casadas no se produce en el caso de los hombres solteros<sup>20</sup>. Por tanto, a las mujeres solteras no se les debería exigir que permanecieran vírgenes, que prueben su virginidad como una condición para el matrimonio, ni tampoco ser “revirgadas”. De acuerdo con este argumento, los profesionales que participan en estos requerimientos serían cómplices en el sometimiento de las mujeres a unos estándares de comportamiento más restrictivos que los que se les suponen a los hombres.

La idea de que una mujer incapaz de probar su virginidad requiere un procedimiento quirúrgico para elevar su estatus y ser merecedora así de su futuro marido, cuya castidad poco importa, puede resultar tan repugnante y discriminatoria como para que se justifique el rechazo de un ginecólogo a realizarlo.

No obstante, los profesionales no deberían evitar reflexionar también acerca de las consecuencias de su negativa, que puede dar lugar a la expulsión de las mujeres de sus familias y comunidades, a la ruptura del compromiso matrimonial, el divorcio, la violencia contra ellas e incluso a crímenes de honor.

En este caso, nos encontramos ante intervenciones que invocan a la dimensión socio-cultural de la salud, en la medida en la que afectan a las interrelaciones de las mujeres afectadas con las comunidades a las que pertenecen. Se trata de peticiones que plantean un conflicto entre la aceptación de la petición de la mujer y la contribución con una costumbre discriminatoria que exige a las mujeres una supuesta virtud no requerida a los hombres. Si, como rezan los códigos deontológicos, los profesionales han de dar prioridad a la vida, la salud y el bienestar de sus pacientes, ¿es la objeción en este caso el mal o el remedio?

<sup>18</sup> Raphael, David D., “The ethical issue is deceit”, *British Medical Journal*, 316, 1998, p. 460.

<sup>19</sup> Roberts, Helen, “Reconstructing virginity in Guatemala”, *Lancet*, 367 (9518), 2006, pp.1227-1228.

<sup>20</sup> De acuerdo con el artículo 1 de la Convención sobre la eliminación de todas las formas de discriminación contra las mujeres, la discriminación se define como “cualquier distinción, exclusión o restricción hecha según el sexo que tenga el efecto o propósito de perjudicar o anular el reconocimiento, disfrute o ejercicio de los derechos humanos y las libertades fundamentales por parte de las mujeres, independientemente de su estatus marital, de acuerdo con el fundamento de igualdad entre hombres y mujeres”.

### ¿A grandes males, grandes remedios?

He iniciado este trabajo planteando dos casos de objeción: la oposición respectiva de los profesionales sanitarios al Real Decreto 16/2012 y de algunos ginecólogos a la reforma de la Ley de salud sexual y reproductiva 2/2010. Ambos surgen como dos posibles grandes remedios –no los ideales, por supuesto, pero remedios, al fin y al cabo- frente a lo que, a mi juicio, son dos grandes males: la desaparición de la asistencia sanitaria universal, pública y gratuita y la amenaza de la capacidad de decidir de las mujeres en materia de libertad sexual y reproductiva.

Puesto que la casuística de la bioética es tan diversa como lo son las motivaciones para la conciencia, junto a los ejemplos anteriores consideraré de interés introducir un tercero: la objeción de conciencia de los profesionales sanitarios frente a las peticiones de certificaciones de virginidad y de reconstrucción del himen. Este caso, en el que la reacción de los profesionales surge en un principio como una forma de defensa de los derechos sexuales y reproductivos de las mujeres, plantea, como hemos visto, una serie de problemas ante los que no siempre resulta fácil tomar postura.

A la hora de analizar conjuntamente estos tres supuestos, aparecen problemas de naturaleza diferente. En los tres, las motivaciones de conciencia aparentemente están vinculadas al compromiso que los profesionales tienen con el bienestar de sus pacientes. Sin embargo, mientras que en las dos primeras situaciones los profesionales son proveedores de un servicio que las personas afectadas demandan, de manera que los intereses de profesionales y pacientes son coincidentes frente a un mandato institucional, en el tercer caso el profesional niega el servicio solicitado, de modo que sus intereses parecen entrar en conflicto con los de la mujer.

El compromiso de conciencia en este último ejemplo pretende preservar presuntos bienes mayores de carácter variado: que el matrimonio esté fundado en *la verdad*; que la mujer no ponga en peligro su salud física y/o mental; que las mujeres del mundo no sean discriminadas ni castigadas por su falta de castidad. Sin embargo, esos bienes mayores, con frecuencia determinados unilateralmente por el experto, pueden dar lugar a males no menores; de ahí la necesidad de una aproximación más centrada en la persona implicada, que considere sus circunstancias, deseos e intereses.

Esta perspectiva, vinculada a la teoría relacional-feminista, enfatiza la condición intersubjetiva de la conciencia. Ello significa, por una parte, superar la dimensión estrictamente individual a la que mayoritariamente se ha circunscrito el valor de la conciencia, destacando la interlocución con los demás y la consideración del alcance que tienen las propias acciones sobre el otro; por otra parte, implica la posibilidad de que la conciencia alerte a los sujetos —a veces en situación de opresión— sobre la internalización de los valores dominantes que pudieran estar influenciando de manera inconsciente sus comportamientos<sup>21</sup>.

En esa línea, países como Holanda han optado por desarrollar un protocolo en relación con la reconstrucción del himen de acuerdo con el cual se informa a las mujeres de las cuestiones en juego. Habitualmente, las mujeres desisten y sólo una pequeña minoría desea seguir adelante con el procedimiento<sup>22</sup>. Para esa pequeña minoría, la opción de la intervención sigue

<sup>21</sup> Taylor, Gabriele, *Pride, Shame, and Guilt: Emotions of Self-Assessment*, Oxford University Press, Nueva York, 1987.

<sup>22</sup> Van Moorst, Bianca R. *et al.* “Backgrounds of women applying for hymen reconstruction, the effects of counselling on myths and misunderstandings about virginity, and the results of hymen reconstruction”, *European Journal of Contraception and Reproductive Health Care*, 7, 2012, pp. 93-105.

estando disponible, entendiéndolo, de ese modo, que es posible proporcionar una mejor atención a la salud de las mujeres. El protocolo holandés permite el seguimiento médico de las mujeres, lo cual ha sido difícil en países donde la restauración del himen está prohibida o más o menos tabuizada.

Habitualmente, tenemos la intuición de que no todas las objeciones o conflictos de conciencia son iguales, de que ciertos “grandes remedios” son más valiosos o justificables que otros. Pero, al mismo tiempo, se hacen necesarias la reflexión y la cautela a la hora de emitir opiniones, pues los propios prejuicios pueden hacernos caer en argumentos inconsistentes. Como señalaba al principio, la objeción de conciencia no debería ser un mecanismo de primera elección para resolver los problemas derivados del pluralismo moral propios de las sociedades democráticas. No obstante, su reconocimiento como un recurso posible nos interpela a considerar sus límites y condiciones, a seguir ahondando y debatiendo sobre su sentido. Ojalá este trabajo contribuya, siquiera mínimamente, al logro de semejante objetivo.

### Referencias bibliográficas

Anónimo, “Monago insta a deducir los tratamientos de los médicos que objetan a no atender a inmigrantes irregulares”, *Huffington Post-El País*, 9 agosto 2012

Carbonell, Josep Lluís, “La mujer es un ser inferior e incapaz”, *El País*, 28 enero 2014. Disponible en: [http://ccaa.elpais.com/ccaa/2014/01/28/valencia/1390907469\\_423096.html](http://ccaa.elpais.com/ccaa/2014/01/28/valencia/1390907469_423096.html)

Fundación Surgir, “Manual para responsables políticos, instituciones y la sociedad civil: Combatir los crímenes de honor en Europa”, 2011-2012, pp. 11-12. Disponible en: <http://www.mundocooperante.org/documentos/informesurgir.pdf>

Guttmacher Institute, “In Brief: Facts on Induced Abortion Worldwide”, Guttmacher Institute-OMS, 2012

Human Rights Watch, “Oral Intervention at the 57th Session of the UN Commission on Human Rights”, 6 abril 2001. Disponible en: <http://www.hrw.org/news/2001/04/05/item-12-integration-human-rights-women-and-gender-perspective-violence-against-women>

Juth, Niklas y Lynøe, Niels, “Zero tolerance against patriarchal norms? A cross-sectional study of Swedish physicians’ attitudes towards young females requesting virginity certificates or hymen restoration”, *Journal of Medical Ethics*, 2014



- Navarro, Sílvia, “Las cosas por su nombre ¿Objeción de conciencia o desobediencia civil?”, *Revista de Bioética y Derecho*, 28, 2013, pp. 91-101. Disponible en: [http://www.ub.edu/fildt/revista/pdf/rbyd28\\_master.pdf](http://www.ub.edu/fildt/revista/pdf/rbyd28_master.pdf)
- Olías, Laura, “El gobierno no aprueba el ahorro de excluir a miles de personas de la sanidad pública”, *eldiario.es*, 31 agosto 2014. Disponible en: [http://www.eldiario.es/desalambre/exclusion-sanitaria-personas-probar-Gobierno\\_0\\_297470798.html](http://www.eldiario.es/desalambre/exclusion-sanitaria-personas-probar-Gobierno_0_297470798.html)
- Raphael, David D., “The ethical issue is deceit”, *British Medical Journal*, 316, 1998, p. 460
- Roberts, Helen, “Reconstructing virginity in Guatemala”, *Lancet*, 367 (9518), 2006, pp.1227-1228
- Rodríguez, Vanesa, “Médicos y abogados se rebelan contra Gallardón: ‘Seguiré haciendo abortos aunque acabe en la cárcel’”, *Huffinton Post*, 27 enero 2014. Disponible en: [http://www.huffingtonpost.es/2014/01/27/medicos-abogados-gallardon\\_n\\_4643380.html](http://www.huffingtonpost.es/2014/01/27/medicos-abogados-gallardon_n_4643380.html)
- Sahuquillo, María R., “Sanidad avisa a los médicos objetores de que no pueden atender a sin papeles”, *El País*, 10 agosto 2012
- SEMFyC, “El número de profesionales sanitarios que han decidido objetar supera la cifra de 2.000”, 10 septiembre 2012. Disponible en: [http://www.semfyc.es/es/noticias/destacadas/listado/Objetores10septiembre\\_2012/](http://www.semfyc.es/es/noticias/destacadas/listado/Objetores10septiembre_2012/)
- Taylor, Gabriele, *Pride, Shame, and Guilt: Emotions of Self-Assessment*, Oxford University Press, Nueva York, 1987
- Triviño Caballero, Rosana, “Segregación sanitaria, derecho a la salud y objeción de conciencia. Reflexiones a propósito del Real Decreto-ley 16/2012”, en M<sup>a</sup> Teresa López de la Vieja (coord.), *Bioética, en plural*, Plaza y Valdés, Madrid, 2014, pp. 165-195
- Vaello, Paz, “Ginecólogos y psiquiatras ante el aborto: entre la mentira y la cárcel”, *eldiario.es*, 26 enero 2014. Disponible en: [http://www.eldiario.es/sociedad/Insumisos-Ley-Gallardon\\_0\\_220828113.html](http://www.eldiario.es/sociedad/Insumisos-Ley-Gallardon_0_220828113.html)
- Van Moorst, Bianca R. *et al.* “Backgrounds of women applying for hymen reconstruction, the effects of counselling on myths and misunderstandings about virginity, and the results of hymen reconstruction”, *European Journal of Contraception and Reproductive Health Care*, 7, 2012, pp. 93-105

