
OBJECCIÓN DE CONCIENCIA MÉDICA, SALUD SEXUAL Y REPRODUCTIVA Y AUTONOMÍA PERSONAL DE LA MUJER EN LA PRÁCTICA DE LIGADURA DE TROMPAS DE FALOPIO. POSIBLES CONFLICTOS Y UNA PROPUESTA DESDE LA TEORÍA DE LA PONDERACIÓN DE PRINCIPIOS*

*Jonathan Matías BRODSKY***

Fecha de recepción: 17 de octubre de 2014

Fecha de aprobación: 2 de noviembre de 2014

* El presente trabajo tiene su origen en la labor de investigación del autor, llevada a cabo en el marco de la Beca de Estímulo otorgada por la UNIVERSIDAD DE BUENOS AIRES, entre agosto de 2012 y febrero de 2014, bajo la dirección del Prof. Dr. Marcelo ALEGRE. El plan de trabajo del becario se tituló "Salud sexual y reproductiva, ligadura de trompas de Falopio y objeción de conciencia. Aproximaciones desde el principio de autonomía", y se inscribió a su vez en el Proyecto UBACyT 20020100200271 "Teoría y práctica del principio de autonomía del artículo 19 de la Constitución Nacional", también dirigido por el Prof. Dr. Marcelo ALEGRE y codirigido por el Prof. Dr. Roberto GARGARELLA.

Asumiendo mi exclusiva responsabilidad por posibles omisiones, errores o imprecisiones, agradezco profundamente a Marcelo ALEGRE por la constante formación, incentivo, guía y oportunidades brindadas, antes, durante y después de la Beca. A él dedico también este trabajo, como uno de esos profesores y mentores que marcaron mi experiencia como estudiante de grado; la conjugación de la brillantez con la humildad y la generosidad es un hallazgo infrecuente, y desempeñarme bajo su dirección ha sido para mí un verdadero placer y un privilegio.

** Abogado con orientación en Derecho Privado (UNIVERSIDAD DE BUENOS AIRES – Argentina), graduado con Premio "Corte Suprema de Justicia de la Nación". Docente de Obligaciones Civiles y Comerciales, Derecho de Daños y Derecho Internacional Privado (UBA). Investigador en proyectos DeCyT y UBACyT, y Becario de Investigación de Maestría de la UNIVERSIDAD DE BUENOS AIRES (2014-2016). Ex Becario del Departamento de Estado de los EE.UU. y de la UNIVERSIDAD AUTÓNOMA DE MADRID y el Grupo Santander (España). Ex Director de la Revista Lecciones y Ensayos, Subdirector de la Revista "En Letra" e integrante del Comité de Redacción de la Revista Iberoamericana de Derecho Internacional y de la Integración. Cualquier crítica, aporte o comentario será bienvenido en la dirección de correo electrónico del autor: jmbrodsky@derecho.uba.ar.

BRODSKY, J. (2014) "Objeción de conciencia médica, salud sexual...", pp. 6-27.

Resumen

En el presente trabajo de investigación, se examina el conflicto entre derechos que puede suscitarse entre una mujer que decide controlar su reproducción a través de la ligadura de sus trompas de Falopio (derecho a la salud sexual y reproductiva y de autonomía personal), y el médico a quien acude a fin de que le practique la intervención si éste se niega a realizarla con fundamento en una objeción de conciencia (derecho a la libertad de conciencia).

A fin de estudiar esta problemática, se parte de un análisis jurídico-normativo, en particular, de las normas que tienen mayor jerarquía e importancia dentro de un Estado y a nivel internacional: la Constitución Nacional y los instrumentos internacionales sobre derechos humanos pertinentes al objeto de la investigación.

Finalmente, habiéndose establecido que los derechos en pugna de ambas partes reposan en principios esenciales de un Estado de Derecho, se procede a analizar y aplicar a la cuestión la así denominada "teoría de la ponderación". Propuesta y desarrollada por el profesor alemán Robert ALEXY, esta construcción tiene por objeto específico proveer un método con reglas razonables que permita resolver en concreto los conflictos que se plantean entre derechos fundamentales.

Palabras clave

Objeción de conciencia – Salud sexual y reproductiva – Autonomía personal – Ligadura de trompas de Falopio – Conflicto de derechos fundamentales – Teoría de la ponderación de principios de Robert ALEXY

Abstract

This paper deals with the conflict of rights which can occur when a woman decides to control her reproduction via Fallopian tube surgery (right to sexual and reproductive health and personal autonomy), and the doctor to whom the woman turns to refuses to perform the surgical procedure on the grounds of conscientious objection (right to freedom of conscience).

In order to study this issue, legal standards are examined – in particular, those with the uppermost hierarchy in a State and at an international level: the Constitution and the pertinent international treaties on human rights.

Eventually, once established that rights in conflict of both parties lie on essential principles in a State of Law, Robert ALEXY's "balancing theory" is analyzed and applied to the matter. Postulated by the German professor, this theory has the specific purpose of providing a method which can resolve, through reasonable rules, the conflict posed between fundamental rights.

Keywords

Conscientious objection – Sexual and reproductive health – Personal autonomy – Fallopian tube surgery – Conflict of fundamental rights – Robert ALEX’s “balancing theory”

I. Introducción

La anticoncepción¹ es una práctica antiquísima: ya el Papiro de Petri de Egipto, que data del año 1850 a.C., contemplaba un pesario² de miel y carbonato de sodio (WYMELENBERG, 1990). ¿Será que es (casi) tan instintivo el impulso de reproducción de la especie humana, como el afán de evitar o al menos limitar esa procreación? Ciertamente, en el reino animal en general, no es frecuente advertir refrenamientos al respecto, mas el hombre –el ser “pensante”– sí los ha tenido desde antaño. Por las razones que fueren, hay personas que no desean tener hijos, o que sólo quieren engendrar un número determinado de ellos, o procrearlos en un momento dado de su vida; y sin renunciar en tanto, va de suyo, al mantenimiento de relaciones sexuales.³ Es más: este fenómeno es marcadamente creciente en la sociedad moderna occidental, como es de conocimiento por todo el que alguna vez haya leído una nota periodística de las que al respecto suelen publicarse, o –si se quiere– echado un vistazo a las “pirámides de población” que dan cuenta de su “envejecimiento”.

¹ Literalmente, “acción y efecto de impedir la concepción” (Diccionario de la REAL ACADEMIA ESPAÑOLA, 22ª edición, disponible en lema.rae.es/drae). Al mismo término remite la voz “contracepción”. Ahora bien, definir o –mejor– precisar el momento de la *concepción* constituye una tarea harto más ardua, que se vuelve necesaria cuando se halla en juego el *comienzo de la existencia de la persona humana*. Esta cuestión, de enorme relevancia en temas como el aborto, es en verdad compleja, al punto que no existe un considerable grado de consenso universal al respecto –ni se está cerca de alcanzarlo–. Sin embargo, para el objeto de nuestro trabajo, la definición y ubicación *exacta* de la concepción resulta contingente: nos basta con dejar sentado que, en sentido amplio, nos referiremos a supuestos donde se evita la unión de gametos que formarán un embrión y que, tras la gestación, dará lugar al nacimiento de una nueva persona.

² Definido como el “aparato que se coloca en la vagina para corregir el descenso de la matriz” (*ibidem*), se trata del claro antecedente del actual *dispositivo intrauterino* (en adelante, DIU).

³ Es cierto que también existen métodos de abstinencia “periódica” o en momentos determinados, atendiendo a los días matemáticamente contados (*calendar method*), a las características del moco cervical a lo largo del ciclo menstrual (*ovulation method*) o a una combinación de signos como por ejemplo la temperatura (*symptothermal method*) (HARRISON y ROSENFELD, 1996). Empero, la proliferación de técnicas más complejas y efectivas da cuenta de la insuficiencia de aquéllas.

BRODSKY, J. (2014) "Objeción de conciencia médica, salud sexual...", pp. 6-27.

Por supuesto, la evolución de la humanidad y el desarrollo técnico, científico y tecnológico, no han advenido exentos de la creación de nuevas, mejores y más eficaces técnicas de contracepción. Muchas de ellas son de un uso relativamente sencillo y de acceso generalmente gratuito o poco oneroso (al menos entre nosotros y, de nuevo, en buena parte del mundo occidental): tal es el caso del condón, profiláctico o preservativo; el diafragma; el anticonceptivo subdérmico; el DIU; las pastillas o píldoras anticonceptivas; el espermicida; los anticonceptivos de emergencia;⁴ entre otros. Ahora bien, además de estos medios contraceptivos de barrera (o físicos) y químicos, respectivamente, se cuentan dos de tipo quirúrgico: uno, practicado en el hombre, es la *vasectomía*; el otro, sobre la mujer –y en el que nos centraremos en adelante pues constituye el objeto de nuestro artículo–, la *ligadura de trompas de Falopio*. Desde luego, y volveremos más adelante sobre el punto, la necesidad de pasar por un quirófano para poder evitar futuras reproducciones ya supone de por sí una complejidad mucho mayor, y conlleva una serie de implicancias que pueden resultar problemáticas.

Por su parte, la objeción de conciencia puede definirse siguiendo a SINGER (1985) y RAWLS (1979), citados por ALEGRE (2010: 276), como "el derecho a no ser obligado a realizar acciones que contrarían convicciones éticas o religiosas muy profundas del individuo". Algunos supuestos paradigmáticos tienen que ver, por ejemplo, con la oposición a realizar el servicio militar obligatorio (o en particular, a vestir uniforme militar, a portar y utilizar armas, etcétera) o negarse a reverenciar símbolos patrios ("saludar" a una bandera, cantar un himno, etcétera), aunque hay muchísimos otros supuestos –y cada vez más a lo largo del tiempo–. En todo caso, del mismo concepto de la objeción de conciencia y de su estrecha relación (más frecuente que esencial) con la religión, no cuesta imaginar que aquella no es menos antigua que la contracepción.

¿A qué viene este escueto *racconto* a propósito de las prácticas anticonceptivas y la objeción de conciencia? A que, y de ello nos ocuparemos en este trabajo, una y otra pueden entrar en conflicto. Precisamos: una mujer mayor de edad, con pleno discernimiento y libertad, desea controlar su reproducción a través de la ligadura de sus trompas de Falopio; como no puede hacerlo por sí, acude para ello a un hospital, clínica, sanatorio o consultorio, a fin de que un médico le practique la operación; allí, sin embargo, el galeno le informa que se niega a realizar dicha intervención, porque contraría sus profundas convicciones éticas y/o religiosas.

4 Entre nosotros, se las denomina coloquialmente las *píldoras del "día después"*.

El segundo, o quizá el verdadero problema, viene dado por lo siguiente: ambas “pretensiones” constituyen derechos en cabeza de cada una de las personas involucradas; y –además– la jerarquía con que cuenta el reconocimiento de esos derechos es máxima, por cuanto se hallan consagrados en nuestra Constitución Nacional. Es cierto que existen leyes que regulan, a nivel nacional, la salud sexual y la procreación responsable (ley 25.673) y la contracepción quirúrgica (ley 26.130); la objeción de conciencia no cuenta con una ley que la regule en sí misma, sino que encuentra disposiciones aisladas en normas de distintas temáticas. Ahora bien, no es menos cierto que estas leyes se inspiran en *principios*, y que el reconocimiento de estos últimos en la Carta Magna –como base derechos fundamentales– hace que el debate discurra necesariamente en términos constitucionales, y sea preciso *ponderar* los principios para alcanzar una solución ¿justa? en el caso concreto.

II. Conceptos liminares: reglas y principios

En la Teoría del Derecho actual,⁵ es habitual encontrar una distinción más o menos clara entre las denominadas *reglas y principios*.⁶ Las primeras serían normas jurídicas más “concretas” en tanto la condición de su aplicación, *i.e.* el presupuesto de hecho que debe verificarse para que la norma se “declare” aplicable, es cerrado.⁷ Por ejemplo: el artículo 160 del Código Civil vigente⁸ reza: “[n]o se reconocerá ningún matrimonio celebrado en un país extranjero si mediaren algunos de los impedimentos de los incisos 1°, 2°, 3°, 4°, 6° o 7° del artículo 166”. Resulta claro *cuándo* se aplica la norma: en casos de matrimonios celebrados en el extranjero mediando determinados impedimentos previstos en el Código (los de parentesco, ligamen y crimen). La consecuencia jurídica ligada a dicho presupuesto fáctico es también clara: el matrimonio no será reconocido en el país.

Los principios, por el contrario, se caracterizan por una mayor amplitud, abstracción o vaguedad, en tanto los supuestos para su aplicación son abiertos. El artículo

⁵ En particular, desde la obra de DWORKIN (1978 y 1986).

⁶ Aunque el grado de consenso, si bien elevado, no es absoluto en cuanto a la posibilidad de trazar con precisión esa línea que separa las reglas de los principios (y en su caso, qué criterio la determina). Puede verse, en este sentido, la postura escéptica de MARTÍNEZ ZORRILLA (2010).

⁷ En esta línea se enroscan DWORKIN (1978) y ATIENZA y RUIZ MANERO (1996).

⁸ En adelante, el “Código Civil” a secas. La aclaración es relevante en virtud de la sanción del “nuevo” Código Civil y Comercial de la Nación, a través de la ley 26.994, el que entrará en vigencia el 1° de enero de 2016.

BRODSKY, J. (2014) "Objeción de conciencia médica, salud sexual...", pp. 6-27.

16 de la Constitución Nacional, por ejemplo, prescribe que "...Todos sus habitantes [los de la Nación Argentina] son iguales ante la ley...". No cabe duda de la fuerza normativa directa de esta disposición (y tratándose de un valor esencial como la igualdad, no podría haberla). Pero adviértase que la redacción no especifica supuestos concretos donde deba aplicarse: no dice que los hombres y las mujeres deben recibir la misma pena por la comisión de un mismo delito en las mismas condiciones, ni que la ley tributaria deba gravar con igual intensidad las rentas de los católicos y las de los judíos, etcétera. La textura es *general y abierta*, y representa un *principio* orientador o rector que debe seguirse, buscarse y respetarse en cada caso o decisión concreta.

Otra diferencia relevante, que se relaciona con lo que se acaba de exponer y que será importante para lo que sigue, es que las reglas son normas del tipo "todo o nada" (*all or nothing*), en el sentido de que se aplican o no se aplican; los principios, en cambio, tienen una "dimensión de peso" que los vuelve razones a tener en cuenta para tomar una decisión en un sentido o en otro (DWORKIN, 1978). En el primer tipo de normas, dado el supuesto de hecho, corresponderá aplicar la consecuencia jurídica prevista; caso contrario, no (no hay soluciones intermedias). En cambio, los principios proveen razones para decidir de determinada manera: *inclinan la balanza* para un lado o para el otro.

Si bien el ideal del legislador "*racional*" es dictar normas que conformen un sistema jurídico completo, coherente e independiente, lo cierto es que ello resulta inalcanzable en la práctica. Así, además de posibles *lagunas* o *redundancias*, dos (o más) reglas pueden entrar en conflicto entre sí (dando lugar a una *contradicción* o *antinomía*). Por ejemplo, el artículo 1252 del Código Civil dispone que "siendo la mujer mayor de edad, puede con licencia del marido, o los dos juntos, enajenar sin autorización judicial, tanto sus bienes raíces como sus rentas inscriptas, y disponer libremente de los dineros existentes en los depósitos públicos";⁹ lo que resulta totalmente contradictorio a la luz del artículo 1276 del mismo cuerpo legal, según el que "cada uno de los cónyuges tiene la libre administración y disposición de sus bienes propios y de los gananciales adquiridos con su trabajo personal o por cualquier otro título legítimo". ¿Qué ocurriría, dados estos preceptos, si una mujer mayor de edad decidiera enajenar una suma de dinero existente en un depósito público o una renta de su titularidad –habidas legítimamente–? Según una norma, podría hacerlo previa "licencia" del marido; de acuerdo a la otra, tiene plena libertad para disponer de

⁹ Desde luego, una norma tan vetusta como el art. 1252 es también fácilmente atacable por conculcar *principios constitucionales*, como la ya mentada igualdad.

aquellas. Y, en consecuencia, el acto sería o bien nulo (o anulable) o bien válido y eficaz, respectivamente.

Pues bien: a la luz de esta contradicción primigenia, resulta necesario superarla dando *prevalencia* a una regla, que *excluya o invalide* la otra en cuanto sea incompatible. Los tres criterios básicos al respecto implican hacer primar a la norma *superior* (criterio jerárquico), *especial* (criterio de especialidad) o *posterior* (criterio cronológico); y la operación tiene carácter general, *i.e.* para todo supuesto de hecho que quede encuadrado bajo ambas normas, se aplicará siempre la que resulte “vencedora”.

El conflicto entre principios, y en particular entre principios constitucionales que receptan derechos y garantías fundamentales, opera de manera diferente y bastante más compleja. Antes de entrar en ello, es importante tener presente que, en el marco del proceso de *neoconstitucionalización*¹⁰ al que asiste el Derecho moderno occidental, las normas fundamentales actuales han superado la mera enunciación de disposiciones procedimentales (por antonomasia, las relaciones entre los poderes públicos, sus atribuciones, su forma de funcionamiento, etcétera). Antes bien, las constituciones contemporáneas introducen genuinos principios (en forma de libertades, derechos, garantías) que se aplican a la vida cotidiana de los ciudadanos, y que éstos pueden invocar toda vez que tienen derecho a su respeto y protección. Y, más aún, el valor de estas consagraciones constitucionales no es simplemente programático (en cuyo caso el legislador debe “operativizarlas” respetando su contenido, pero hasta tanto, lo dispuesto “en abstracto” no sería exigible) sino directamente operativas, invocables por los particulares y aplicables por los jueces.¹¹

¹⁰ Este término, o lo que es lo mismo, *neoconstitucionalismo*, es en verdad ambiguo, pues puede referirse a distintos conceptos. Siguiendo a COMANDUCCI (2003), diremos que son tres las acepciones principales. En primer término, puede aludir a un cierto tipo de Estado de Derecho, designando por ende el modelo institucional de una forma dada de organización política. En segundo lugar, es también una teoría del Derecho, puntualmente, aquella apta para explicar las características de aquel modelo. Por último, refiere también a la ideología que lo defiende o justifica. Aquí tomamos la primera de estas nociones.

¹¹ En el mismo sentido pero utilizando el término “*rematerialización*” (de las constituciones contemporáneas), explican GASCÓN y GARCÍA FIGUEROA (2005: 303) que “más allá de regular la organización del poder (o sea, de establecer quién y cómo se manda), reconocen directamente un catálogo de principios de justicia, directrices y derechos fundamentales directamente exigibles (o sea,

BRODSKY, J. (2014) "Objeción de conciencia médica, salud sexual...", pp. 6-27.

Pasemos, ahora sí, al conflicto entre principios, y puesto que –como veremos a continuación– es éste el caso que nos ocupa, no daremos ejemplos genéricos sino que nos abocaremos sin más prolegómenos al tema de nuestro artículo.

Por un lado, tenemos a una mujer que, como medio para controlar –definitivamente–¹² su reproducción, decide someterse a una ligadura de trompas de Falopio.¹³ La Constitución consagra dos principios fundamentales en que se basa el derecho de acceder a dicha intervención. En primer lugar, el derecho a la salud, que está reconocido en la Declaración Americana de los Derechos y Deberes del Hombre de 1948,¹⁴ en la Declaración Universal de los Derechos Humanos del mismo año,¹⁵ en el Pacto Internacional de Derechos Económicos, Sociales y Culturales de 1966,¹⁶ en la Convención Americana de Derechos Humanos o "Pacto de San José de Costa Rica" de 1969 (en vigor desde 1978),¹⁷ y en la Convención sobre la Eliminación de Toda Forma de Discriminación Contra la Mujer de 1979,¹⁸ todos los cuales cuentan desde 1994 con jerarquía constitucional entre nosotros (conf. art. 75 inc. 22 de la Constitución Nacional) e integran

indican a los poderes públicos qué es lo que no pueden hacer y muchas veces también qué es lo que deben hacer)".

¹² En rigor, no se alcanza un estado de esterilidad permanente, pues en ciertos casos la cirugía se puede revertir o anular; sin embargo, ello requiere un procedimiento quirúrgico mayor y que puede no llegar a retrotraer la imposibilidad de concebir. En este contexto, es dable esperar que quien decida someterse a una práctica de estas características pretende anular de manera definitiva la posibilidad de procrear.

¹³ Aunque no lo hemos expresado hasta el momento, vale precisar que pensamos en supuestos donde la contracepción es una decisión libre y voluntaria de la mujer, y no que resulta necesaria desde un punto de vista médico (por ejemplo, si fuera indicada por el elevado riesgo que significaría un embarazo para la salud de la mujer).

¹⁴ La salud debe ser "preservada por medidas sanitarias y sociales, relativas a la alimentación, el vestido, la vivienda y la asistencia médica, correspondientes al nivel que permitan los recursos públicos y los de la comunidad" (art. 11).

¹⁵ "Toda persona tiene derecho a un nivel de vida adecuado que le asegure, así como a su familia, la salud y el bienestar, y en especial la alimentación, el vestido, la vivienda, la asistencia médica y los servicios sociales necesarios" (art. 25).

¹⁶ "Los Estados Partes en el presente Pacto reconocen el derecho de toda persona al disfrute del más alto nivel posible de salud física y mental" (art. 12.1).

¹⁷ "Toda persona tiene derecho a que se respete su integridad física, psíquica y moral" (art. 5).

¹⁸ "Los Estados parte adoptarán todas las medidas apropiadas para eliminar la discriminación contra la mujer en la esfera de la atención médica a fin de asegurar, en condiciones de igualdad entre hombres y mujeres, el acceso a servicios de atención médica, inclusive los que se refieren a la planificación de la familia" (art. 12).

la así llamada *constitución material*;¹⁹ en la *constitución formal*, podría contarse igualmente, sin lugar a la menor duda, entre las *garantías no enumeradas* del artículo 33.²⁰ Vale aclarar también que la Organización Mundial de la Salud define a esta última como “el estado de completo bienestar físico, psíquico y social y no solo la ausencia de enfermedades o afecciones”.²¹ En segundo término, se trata de una decisión personal, que hace al plan de vida de cada individuo (en este caso, de la mujer), y que se encuadra en el artículo 19 de la Constitución que al disponer que “las acciones privadas de los hombres que de ningún modo ofendan al orden y a la moral pública, ni perjudiquen a un tercero, están sólo reservadas a Dios, y exentas de la autoridad de los magistrados...” consagra un verdadero principio de autonomía personal.

Por otra parte, se halla el médico que habría de practicar la cirugía en cuestión, pero que se opone a hacerlo por vulnerar sus profundas convicciones éticas y/o religiosas. El derecho a hacerlo se derivaría a su vez del artículo 14 de la Carta Magna en cuanto protege la libertad de culto y de conciencia, y del mismo artículo 19 ya citado –si bien la efectiva no-afectación a terceros, i.e. la mujer, sería un aspecto a determinar en una etapa ulterior de análisis–.²² Asimismo, la libertad de conciencia se encuentra receptada en la Convención Americana sobre Derechos Humanos ya mencionada: “[t]oda persona tiene derecho a la libertad de conciencia (...) Este derecho implica la libertad de profesar sus creencias tanto en público como en privado” (art. 12).

19 Esta clasificación corresponde a BIDART CAMPOS (1996).

20 Literalmente, “las declaraciones, derechos y garantías que enumera la Constitución no serán entendidos como negación de otros derechos y garantías no enumerados; pero que nacen del principio de la soberanía del pueblo y de la forma republicana de gobierno”.

21 Preámbulo de la Constitución de la Organización Mundial de la Salud, adoptada por la Conferencia Sanitaria Internacional, celebrada en Nueva York del 19 de junio al 22 de julio de 1946, firmada el 22 de julio de 1946 por los representantes de 61 Estados (disponible en www.who.int).

22 Es interesante tener presente lo dispuesto por el art. 32 del “Código de Deontología Médica – Guía de Ética Médica” de España, que en su art. 32 conceptúa la objeción de conciencia del médico como su negativa a “someterse, por convicciones éticas, morales o religiosas, a una conducta que se le exige, ya sea jurídicamente, por mandato de la autoridad o por una resolución administrativa, de tal forma que realizarla violenta seriamente su conciencia”. Y completa enunciando que “el reconocimiento de la objeción de conciencia del médico es un presupuesto imprescindible para garantizar la libertad e independencia de su ejercicio profesional”.

BRODSKY, J. (2014) "Objeción de conciencia médica, salud sexual...", pp. 6-27.

III. Los derechos en pugna: el esquema de la ponderación

Hemos establecido la diferencia entre las reglas y los principios, y referido entre estos últimos, los contenidos en los derechos (constitucionales) que nos ocupan. Ahora bien, es momento de advertir que los conflictos entre principios no pueden resolverse con los mismos criterios que las antinomias entre reglas, esto es, invalidando uno frente al otro con carácter general. No puede ello hacerse precisamente porque *ambos* principios son fundamentales para la sociedad, tal que no podría *derogarse* la libertad de conciencia en favor de la autonomía personal (ni viceversa). Es evidente que en un caso concreto, en cuanto resulten incompatibles (o al menos, la *plena aplicación* de ambos principios lo sea), uno deberá ceder frente al otro; pero el primero no será invalidado en general, sino desplazado en ese supuesto puntual y dadas esas circunstancias. Por lo mismo, bajo otra serie de condiciones de hecho, la precedencia podría resultar inversa.

En este contexto, un método racional de resolución ha sido propuesto con un alto grado de desarrollo, fundamentación y rigor científico por Robert ALEXY (1993; 2004): la *ponderación*. La idea es una metáfora, pues representa una imagen en la que los elementos en conflicto son puestos en una balanza, a fin de determinar cuál de ellos *pesa más* (HOL, 1992; MENDONCA, 2003). En particular, los principios tienen un *peso* diferente en cada caso concreto, según las circunstancias que lo rodean, y es tal peso la dimensión relevante para dar solución al conflicto. La tarea esencial del intérprete consiste pues en "medir" el peso de cada derecho en esa serie de condiciones fácticas dadas, y decidir en consecuencia; esta operación es precisamente la ponderación. Se trata de establecer –nunca en abstracto, sino en cada supuesto específico– una jerarquía axiológica entre los principios en conflicto, es decir una relación valorativa establecida por el intérprete mediante un juicio de valor; como consecuencia de tal valoración, un principio desplazará al otro y será aplicable (GUASTINI, 2000).²³

²³ En rigor, se trata de construir una precedencia condicionada (por cuanto establece en qué casos, circunstancias o condiciones un principio precede al otro), que en la simbología empleada por el teórico alemán, se representa ($P1 \text{ } P \text{ } P2$) C (en las circunstancias " C ", $P1$ precede a $P2$). Hecha esta previa dilucidación, se sigue $C \rightarrow R$ (*regla de derecho fundamental adscripta*), es decir, que en las circunstancias de la relación de precedencia condicionada, corresponde aplicar la consecuencia jurídica correspondiente al principio que tiene preferencia (ALEXY, 1993).

Ahora bien, como es lógico, el juicio de valor no puede depender de la subjetividad personal del intérprete.²⁴ Por el contrario, la ponderación está sometida a reglas, particularmente a un *juicio o test de proporcionalidad*, que es susceptible a su vez de desdoblarse en tres juicios o *tests* distintos: el de *idoneidad*, el de *necesidad* y el de *proporcionalidad en sentido estricto*. Como apunta GARCÍA AMADO (2010), se trata de subprincipios “en cascada”, es decir que debe procederse al examen sucesivo y en ese orden de los criterios para que la operación guarde sentido.

A continuación, iremos enunciando los *tests* que conforman el juicio de proporcionalidad uno a uno, y examinando cómo juegan en el caso que estudiamos.

A) El test de idoneidad

Al decir de BERNAL PULIDO (2003: 687) “toda intervención en los derechos fundamentales debe ser adecuada para contribuir a la obtención de un fin constitucionalmente legítimo”. Se advierte que, por un lado, se trata de la “legitimidad (constitucional)” del fin perseguido por la medida que limita el principio en cuestión, y por otro, de su adecuación para la consecución de dicho fin. Por esta razón hay autores que, como GASCÓN y GARCÍA FIGUEROA (2005) o PRIETO SANCHÍS (2003), separan ambos elementos, dotando a la ponderación de cuatro y no de tres fases. Con todo, no caben dudas de que, en el caso que nos ocupa, la objeción de conciencia responde a un fin “constitucionalmente legítimo” toda vez que –como hemos visto– la libertad de conciencia está amparada de manera directa en la Norma Fundamental.

Ahora sí, en cuanto a la idoneidad o adecuación refiere, es claro también que se da en la negativa del galeno a realizar la operación solicitada por su paciente, por cuanto aquella resulta *apta o útil* para proteger aquel derecho fundamental que es la libertad de conciencia. En este sentido, si se parte de la idea de que solamente resulta justificado el sacrificio de un derecho constitucional en la medida en que –entre otros requisitos– con ello se propenda al respeto de otro derecho constitucional (MARTÍNEZ ZORRILLA, 2007),

²⁴ Descartamos desde ya una concepción de la ponderación como una actividad discrecional, tanto en su versión *intuicionista* –el ser humano tendría cierto sentido interno o sensibilidad moral para percibir la bondad de las razones, y en consecuencia de dicho juicio moral intuitivo, resuelve el conflicto– (PECZENIK, 1992; LINDHAL, 1992) o *escéptica* –las interpretaciones resultan de atribuciones subjetivas de significado, ampliamente discrecionales– (GUASTINI, 2000; MORESO, 2002).

BRODSKY, J. (2014) "Objeción de conciencia médica, salud sexual...", pp. 6-27.

entonces la objeción de conciencia del médico es *idónea* para salvaguardar su libertad de conciencia, y supera por consiguiente este primer *test*.

B) El test de necesidad

Un primer escalón lo constituye el análisis de si la restricción de un principio es *útil* para la protección de otro, pues caso contrario, aquella sería carente de toda justificación. El segundo paso consiste en indagar si *no existen otras alternativas* (igualmente idóneas) para proteger aquel derecho fundamental que se persigue resguardar, que *resulten menos lesivas* de aquel que se vería desplazado. A esta segunda cuestión apunta precisamente el *test* de necesidad de la medida, y ALEXY (2004) lo plantea como una aplicación en el ámbito de lo jurídico de la idea del óptimo de PARETO: la solución justificada es aquella en la que no resulta posible mejorar la posición de una de las partes sin empeorar la de la otra.

También puede afirmarse sin mayores vacilaciones que este juicio es superado en el supuesto bajo estudio. No parece concebible un curso de acción alternativo (no sólo uno menos gravoso para la paciente, sino cualquier otro) para el médico que pretende hacer valer su libertad de conciencia, que su negativa a practicar la intervención quirúrgica. En efecto, señala MARTÍNEZ ZORRILLA (2007) que la no superación de la exigencia de la necesidad ocurre cuando se dan tres condiciones acumulativas: la existencia de varias alternativas para alcanzar el fin establecido; que alguna/s de ella/s sea/n menos gravosa/s; y que éstas tengan al menos el mismo grado de idoneidad que la medida enjuiciada. Si falta alguno de los elementos anteriores, la exigencia impuesta por el subprincipio de idoneidad queda superada; y precisamente, es el primero de los puntos el que no se verifica (y por fuerza, los siguientes tampoco pueden darse).

C) El test de proporcionalidad en sentido estricto

La tercera y última etapa de la ponderación consiste en el examen del subprincipio de proporcionalidad en sentido estricto, es decir que la importancia de la restricción del principio intervenido debe estar justificada por la trascendencia de la realización del fin perseguido por el otro principio. En otras palabras, la precedencia de un principio por sobre el otro, dadas las circunstancias del caso, debe *compensar* el menoscabo del que se ve desplazado.

El juicio de proporcionalidad en sentido estricto constituye el núcleo de la ponderación, y es el aspecto de ella que mayor complejidad plantea. En adelante, nos basaremos en el proceso ideado por ALEXY (2004), aplicado –como lo venimos haciendo– al caso que nos ocupa.

El juicio de proporcionalidad en sentido estricto consta, coherentemente con su contenido, de tres fases consecutivas: determinar el grado de afectación del principio que resultaría desplazado; establecer el nivel de satisfacción de aquel cuyo fin se realizaría; y comparar ambas magnitudes a fin de decidir la justificación de esa precedencia. A su vez, se establece para asignar a cada una de esas magnitudes una escala triádica: “leve”, “moderado” o “grave” (o “intenso”), siempre dadas las circunstancias del supuesto concreto.²⁵ Y se asigna a cada magnitud un valor numérico metafórico,²⁶ de “1” “2” o “4”,²⁷ con el objeto de realizar la comparación a través de una operación matemática (“fórmula del peso”).

Así, ALEXY denomina P_i al principio menoscabado y P_j al que se realizaría; I al grado de afectación del primero y W al nivel de satisfacción del segundo; y C a las circunstancias que determinan el caso concreto. “El grado de afectación del principio menoscabado en las circunstancias del caso” se escribe pues IP_iC , mientras que WP_jC denota “el nivel de satisfacción del principio realizado en las circunstancias del caso”. Para su comparación, las magnitudes son relacionadas a través de un cociente: $GP_{i,j}C = IP_iC / WP_jC$ donde el primero de los términos de la ecuación significa el “peso concreto” de P_i en función de P_j en las circunstancias C . Por último, cada una de las dos magnitudes es cuantificada según la escala triádica y los valores señalados: si el cociente es superior a 1, es porque el grado de afectación de P_i es superior al de realización de P_j , de modo que el primero debe prevalecer; exactamente lo opuesto ocurre si el cociente es inferior a 1; y en caso de que el resultado de la fórmula sea, precisamente, 1, luego $IP_iC = WP_jC$ y hay un “empate” (casos

²⁵ No es del caso estudiar aquí todas las posibles combinaciones de grados de afectación de P_i y de satisfacción de P_j , que vienen a ser nueve (3^2) y tres de las cuales dan como resultado un “empate” (leve-leve, moderado-moderado, grave-intenso). Sólo veremos las que resultan relevantes en el ámbito de nuestro trabajo.

²⁶ Estos valores resultan, respectivamente, de 2^0 , 2^1 y 2^2 , según la importancia de la afectación/satisfacción en grado leve, moderado o intenso.

²⁷ Se trata de una forma de clarificar la explicación de su postura, y no de asignar valores específicos dentro de una escala cardinal única donde quepan todos los niveles posibles de obtención o sacrificio de “utilidad” (como lo haría, precisamente, el utilitarismo clásico).

BRODSKY, J. (2014) "Objeción de conciencia médica, salud sexual...", pp. 6-27.

"leve-leve", "moderado-moderado" y "grave-intenso") que debe resolverse conforme a otros criterios ulteriores.

¿Cómo opera nuestro caso en este esquema? Tal como lo venimos planteando, el derecho menoscabado P_i sería el de la mujer que ha decidido controlar su reproducción a través de la ligadura de trompas de Falopio y frente a la cual el médico se niega a practicar la intervención en virtud de profundas convicciones éticas o religiosas. A su vez, esta objeción de conciencia del galeno se funda en su libertad de conciencia, principio a satisfacer o P_j . Corresponde determinar, a continuación, el grado de afectación de aquel derecho constitucional y el de concreción de éste, de acuerdo a la escala tripartita ya expuesta.

En primer lugar, podríamos establecer *–prima facie–* que tanto a $IPiC$ como $WPjC$ corresponde asignarles el nivel de lesión-realización más elevado, *i.e.* grave o intenso. Resulta difícil imaginar que otra gradación pueda predicarse para la mujer que frente a una decisión como la del caso bajo estudio, con la relevancia que tiene para su salud sexual y reproductiva y para su plan de vida en sí mismo, la operación le es negada. Y otro tanto respecto del médico: si la objeción de conciencia es genuina, la realización "forzosa" del acto objetado contraviene *–por definición–* convicciones muy profundas de la persona, de cuya gravedad no es dable dudar. De la fórmula del peso, $G_{Pi,j}C = IPiC / WPjC$, resulta entonces que el peso concreto del derecho menoscabado equivale en intensidad al del derecho satisfecho ($4 / 4 = 1$).

El "empate" plantea alguna dificultad adicional (caso contrario, la decisión ya estaría tomada en virtud del resultado de la ponderación), que retomaremos enseguida. Sin embargo, antes debemos precisar una cuestión importante: existe una variable del conjunto C (circunstancias del caso) que resulta determinante, y viene dada por la *derivación* del médico objetor (a otro que no lo sea) cuando ello sea posible y *no redunde en perjuicio alguno para la mujer*. En este supuesto, la protección de la libertad de conciencia del galeno objetor seguiría siendo intensa *–por el mismo fundamento ya mencionado–*, pero la autonomía de la mujer se vería afectada en una medida de leve a nula, por cuanto el efecto de su decisión sería igualmente obtenido (aunque con la intervención de otro médico). El resultado en la "fórmula del peso" se traduce en que $IPiC < WPjC$, luego $G_{Pi,j}C < 1$ y debe darse precedencia a la libertad de conciencia del (primer) médico objetor. Desde luego, este supuesto se da cuando *efectivamente no hay perjuicio para la paciente*, en el sentido de que no debe esperar semanas o meses para que se le

realice la cirugía, ésta se vuelva más onerosa, sea necesario trasladarse a otro centro de salud a kilómetros de distancia, etcétera.

El caso anterior bien puede darse en la práctica, pero puede ocurrir que, ante la negativa del médico, la mujer no disponga de una vía no lesiva de su decisión, para controlar su reproducción tal como lo ha decidido. En estos supuestos, que podríamos llamar de *perjuicio* para la mujer, y en los que la afectación de su autonomía es intensa (al igual que la de la libertad de conciencia del galeno que se viera obligado a realizar la operación), proponemos tener en cuenta un segundo criterio: el carácter público o privado de la entidad hospitalaria. Así, cuando el centro de salud sea público, la objeción de conciencia del médico no será aceptable, pues el sistema público de salud debe brindar de manera integral toda la atención y los servicios necesarios para que la salud de las personas se vea protegida y realizada en la mayor medida posible (y ya hemos visto que la decisión de la mujer que estamos examinando redundará en gran medida en su salud sexual y reproductiva). El médico que ocupa un empleo público es parte de un sistema destinado a proveer necesariamente a la salud de las personas a las que está dirigido: consideramos que sólo puede exceptuarse –individualmente– de ese deber cuando su objeción no cause perjuicio significativo alguno a la paciente (situación contemplada en el párrafo anterior). Caso contrario, la intervención quirúrgica no puede rehusarse; la negativa del médico “público” es incompatible con los deberes que exige su profesión, y entendemos que deberá atender a su paciente en cuanto ha decidido de manera libre y autónoma sobre su salud sexual y reproductiva o, si desea preservar a toda costa su libertad de conciencia, renunciar a su cargo.²⁸

Por último, la tercera particularidad a tener en cuenta viene dada cuando además de ser la objeción *perjudicial* para la mujer, y el hospital, clínica, consultorio o sanatorio *privado*, cabe indagar acerca de la *previa información* de la condición de objeto (de determinadas prácticas médicas) del galeno. En este sentido, es aceptable que quien trabaje para una clínica o sanatorio privado (o ejerce la medicina de manera particular), aun cuando no satisfaga la decisión de la mujer, se oponga a realizar la intervención quirúrgica en virtud de sus convicciones morales o religiosas. Pero de la misma manera,

²⁸ Lo mismo podría plantearse respecto de un defensor público que rehusara defender a determinado imputado (que no cuente con otro patrocinio letrado particular). A diferencia del abogado que ejerce su profesión en el ámbito privado, su función pública supone el deber de defender de oficio a quien en suerte se le designe; si no deseara hacerlo, por los motivos que fueren, deberá renunciar a su posición, que es incompatible con aquellas negativas.

BRODSKY, J. (2014) "Objeción de conciencia médica, salud sexual...", pp. 6-27.

ello es admisible cuando *previamente haya informado* de su condición de objetor para la práctica en cuestión, y ésta se registre al efecto y sea *pasible de ser consultada libremente*, de tal forma que para los pacientes (que, por cierto, aquí *contratan* la prestación de un servicio privado) sea previsible y conocible y puedan optar (o no) por vincularse a dicha entidad.

Para cerrar esta sección y antes de pasar a las conclusiones, dejamos planteada otra manera, más *gráfica*, de expresar la solución que propiciamos para las distintas combinaciones de factores. Así, construiremos una matriz de casos, previa formulación de las tres reglas que consideramos relevantes:

- Regla 1: si no existe perjuicio para la mujer, entonces debe prevalecer la objeción de conciencia del galeno.²⁹
- Regla 2: si existe perjuicio para la mujer y el centro de salud es público, entonces debe primar la autonomía personal de la paciente sobre la objeción de conciencia del médico.
- Regla 3: si existe perjuicio para la mujer y el centro de salud es privado, la objeción de conciencia del galeno sólo podrá prevalecer si hubiera sido previamente informada. (*A contrario sensu*, en defecto de previa información, la objeción de conciencia deberá ceder frente a la autonomía personal de la mujer).

²⁹ Se trata de la mentada derivación sin demoras, mayores costos, ni ningún tipo de consecuencia negativa para la mujer que demanda la intervención quirúrgica.

De este modo, se tiene:

UC	UP			Reglas de ponderación		
	Perjuicio de la mujer	Carácter público del centro de salud	Previa información de la objeción de conciencia.	Regla 1	Regla 2	Regla 3
1	+	+	+		AM > OC	
2	+	+	–		AM > OC	
3	+	–	+			OC > AM
4	+	–	–			AM > OC
5	–	+	+	OC > AM		
6	–	+	–	OC > AM		
7	–	–	+	OC > AM		
8	–	–	–	OC > AM		

Donde debe leerse que:

- “UP” significa “universo de posibilidades”, y contempla las distintas variables que juegan en la cuestión bajo estudio. En nuestro caso, nos interesa si la mujer sufre algún tipo de perjuicio ante la negativa del médico objetor a practicar la intervención (posibilidad de derivar), si el centro de salud es público y si la objeción de conciencia había sido previamente informada.
- “UC” significa “universo de casos”, y se construye con todas las posibles combinaciones a partir de las variables previstas en UP. Como cada una de las tres posibilidades ha de verificarse o no de manera independiente (lo que se representa con el signo “+” o “–” respectivamente), el universo está compuesto por $2^3 = 8$ casos.
- A cada uno de los casos así obtenidos, se asigna una solución de acuerdo a las reglas de ponderación (tres, en nuestro análisis). “AM” Se refiere a la autonomía personal de la mujer, “OC” a la objeción de conciencia del médico y “>” debe leerse como “prevalece sobre”.

BRODSKY, J. (2014) "Objeción de conciencia médica, salud sexual...", pp. 6-27.

IV. Colofón

Sabemos que el tema bajo análisis es muy complejo, y sería imposible agotarlo en las páginas que aquí le hemos dedicado. El abordaje propuesto es susceptible de crítica, tanto por quienes defienden a ultranza la objeción de conciencia médica, como por aquellos que sostienen en todo caso el resguardo de la autonomía personal de la mujer, máxime en un ámbito tan importante como el de la salud y de la planificación familiar. Sin embargo, nos parece necesario tener en cuenta que ambas posiciones reposan en derechos fundamentales, inspirados en principios que recogen la Constitución e instrumentos internacionales con jerarquía constitucional y que, a diferencia de lo que ocurre con las reglas, tienen idéntica jerarquía y validez en abstracto y deben *a priori* respetarse.

Cuando los principios entran en conflicto en la práctica, de tal suerte que la realización de uno se hará necesariamente en detrimento del otro, entendemos que la teoría de la ponderación de ALEXY constituye un paradigma científico serio, justo y razonable para inclinarse, en cada caso concreto y según sus particulares circunstancias, a favor del principio que primará. Vimos que, aplicando a nuestro objeto de estudio el esquema propuesto por el profesor alemán, se cumple el *test* de idoneidad –por cuanto la negativa del médico objetor a realizar la ligadura tubaria es adecuada, apta o útil para proteger su libertad de conciencia– así como el *test* de necesidad –en tanto no existe un curso de acción alternativo (es decir, diverso al rechazo de intervenir en la operación) que permita resguardar ese principio–.

De allí que el núcleo de la cuestión se encuentra en el tercer y último paso, esto es, el *test* de proporcionalidad en sentido estricto, donde se trata de examinar en una escala triádica el carácter leve, moderado o intenso en que se realiza un principio y se afecta el otro. Postulamos como primera regla que, de ser posible la derivación a un médico no objetor *sin perjuicio para la mujer*, ésta verá su autonomía afectada en un grado nulo o leve, que cederá frente a la objeción de conciencia del galeno, cuya inobservancia –que importa la obligación de realizar una cirugía en contra de las propias creencias más profundas– supone siempre una afectación grave de su derecho. En segundo lugar, cuando *sí existe perjuicio para la mujer* (por ser imposible la derivación, o por implicar dilaciones, mayor onerosidad, etcétera), entonces se impone la regla de que si la institución de la salud es de carácter público, el médico no puede negarse a realizar la intervención: es incompatible con sus deberes en tanto empleado o funcionario público, dependiente de un Estado cuyo rol es asegurar la atención integral de la salud de las personas (en este caso,

la salud sexual y reproductiva de las mujeres). Por último, como tercera regla, sostenemos que esta objeción inaceptable en el ámbito público sí puede oponerse en el privado, pues el galeno actúa ejerciendo su profesión libremente o en el marco de una institución privada que fue *contratada* para prestar un servicio de salud; pero es condición, en tal supuesto, la *previa y accesible información* de la condición de objetor, para que –precisamente– aquel paciente que contrató haya tenido la posibilidad de saber de las circunstancias con anterioridad.

Bibliografía

- ALEGRE, M. (2010) “Opresión a conciencia. La objeción de conciencia en la esfera de la salud sexual y reproductiva”, en *Derecho y sexualidades. SELA 2009. Seminario en Latinoamérica de teoría constitucional y política*, Buenos Aires, Librería.
- ALEGRE, M. y GARGARELLA, R. (2012) *El derecho a la igualdad. Aportes para un constitucionalismo igualitario*. Buenos Aires, Abeledo Perrot.
- ALEGRE, M., GARGARELLA, R. y ROSENKRANTZ, C. (coords.) (2008) *Homenaje a Carlos Nino*. Buenos Aires, La Ley.
- ALEXANDER, L., y SHERWIN, E. (2008) *Demystifying legal reasoning*. New York, Cambridge University Press.
- ALEXY, R. (1993) *Teoría de los derechos fundamentales*. Madrid, Centro de Estudios Constitucionales.
- (2004) *Epílogo a la teoría de los derechos fundamentales*. Madrid, Centro de Estudios Registrales.
- (2007) *Derechos sociales y ponderación*. Madrid, Fundación Coloquio Jurídico Europeo.
- ANDRUET, A. (2012) “Comentarios y aportes para la comprensión de la objeción de conciencia institucional”, en *Hacia la cultura bioética de la institución. Condición para la objeción de conciencia auténtica*. Córdoba, EDUCA.
- ATIENZA, M., y RUIZ MANERO, J. (1996) *Las piezas del Derecho*. Barcelona, Ariel.
- BERGALLO, P. (comp.) (2010) *Justicia, género y reproducción*, Buenos Aires, Librería.
- BERNAL PULIDO, C. (2003) *El principio de proporcionalidad y los derechos fundamentales*. Madrid, Centro de Estudios Constitucionales.
- BIDART CAMPOS, G. (1996) *Manual de la Constitución reformada*. Buenos Aires, Ediar.
- CARDINAUX, N. (1995) “Aborto: ley vs. jurisprudencia”, publicado en *Jurisprudencia*

BRODSKY, J. (2014) "Objeción de conciencia médica, salud sexual...", pp. 6-27.

Argentina, tomo 1995-IV, p. 965.

CARLISLE, J., CARTER, J y WHISTLER, D. (2011) *Moral powers, fragile beliefs. Essays in moral and religious philosophy*. New York, Continuum International Publishing Group.

CEBRÍA GARCÍA, M. (2005) *Objeciones de conciencia a intervenciones médicas doctrina y jurisprudencia*. Cizur Menor (Navarra), Thomson-Aranzadi.

COMANDUCCI, P. (2003) "Formas de (neo)constitucionalismo: un análisis metateórico", en CARBONELL, M. (ed.) *Neoconstitucionalismo(s)*. Madrid, Trotta.

CORDERO FRISANCHO, M. (1996) *Más allá de la intimidación cinco estudios en sexualidad, salud sexual y reproductiva*. Lima, Pontificia Universidad Católica del Perú.

DÍAZ REVORIO, F. (1997) *La Constitución como orden abierto*. Madrid, Mc Graw Hill.

DÍEZ FERNÁNDEZ, J. (2012) "El nuevo Código de Ética Médica: la supervivencia de la Deontología en el marco legislativo actual". Publicado en *La Ley online*.

DWORKIN, R. (1978) *Taking rights seriously*. London, Duckworth.

— (1986) *Law's Empire*. Cambridge, Mass., Harvard University Press.

— (2011) *Justice for Hedgehogs*. Cambridge, London, The Belknap Press of Harvard University Press.

FARRELL, M. (2000) *Privacidad, autonomía y tolerancia*. Buenos Aires, Hammurabi.

FERNÁNDEZ SEGADO, F. (1995) *Aproximación a la ciencia del derecho constitucional (su concepto, bidimensionalidad, vertiente valorativa, contenido y método)*. Lima, Ediciones Jurídicas.

FERRER MAC-GREGOR, E. (2005) *Interpretación constitucional*. México, Universidad Nacional Autónoma.

GARCÍA AMADO, J. (2010) "Neoconstitucionalismo, ponderaciones y respuestas más o menos correctas: acotaciones a Dworkin y Alexy" en CARBONELL, M. y GARCÍA JARAMILLO, L. (eds.) *El canon neoconstitucional*. Bogotá, Universidad Externado.

GARGARELLA, R. (coord.) (2009) *Teoría y crítica del Derecho Constitucional*. Buenos Aires, Abeledo Perrot.

GASCÓN, M., y GARCÍA FIGUEROA, A. (2005) *La argumentación en el Derecho*. Lima, Palestra.

GELLI, M. A. (2001) *Constitución de la Nación Argentina. Comentada y concordada*. Buenos Aires, La Ley.

GOLDING, M. (2007) *Legal reasoning, legal theory and rights*. Hampshire, Ashgate.

- GONZÁLEZ SÁNCHEZ, M. (2010) "El comienzo y el final de la vida. Fundamentos religiosos para la objeción de conciencia", en MARTÍN SÁNCHEZ, I. (coord.) *Libertad de conciencia y derecho sanitario en España y Latinoamérica*. Granada, Comares.
- GUASTINI, R. (2000) *Estudios sobre la interpretación jurídica*. México D.F, Porrúa.
- (2010) *Teoría e ideología de la interpretación constitucional*. Madrid, Trotta.
- HANSON, S. (2009) *Moral acquaintances and moral decisions: resolving moral conflicts in medical ethics*. Publicado en Springer.
- HARRISON, P. y ROSENFELD, A. (eds.) (1996) *Contraceptive Research and Development: Looking to the Future*. Washington, D.C., National Academy Press.
- HOL, T. (1992) "Balancing rights and goals", en BROWER, P. (ed.) *Coherence and conflict in law*. Deventer, Kluwer Academic Publishers.
- JERICÓ OJER, L. (2007) "Conflicto de conciencia en el ámbito sanitario", en *El conflicto de conciencia ante el Derecho Penal*. Madrid, La Ley.
- LINDHAL, L. (1992) "Conflicts in systems of legal norms" en BROWER, P. (ed.) *Coherence and conflict in law*. Deventer, Kluwer Academic Publishers.
- LOIANNO, A. (2002) "El conflicto entre las convicciones religiosas y los deberes como ciudadano", en SABSAY, D. (dir.) *Colección de análisis jurisprudencial. Derecho Constitucional*. Buenos Aires, La Ley.
- LÓPEZ DE LA VIEJA, M. (2010) *La pendiente resbaladiza en la práctica de la argumentación moral*. Madrid, Plaza y Valdés.
- MARCHAL, A. (1960) *Fecundación controlada*. Barcelona, Bruguera.
- MARTÍN SÁNCHEZ, I. (2009) "Algunos supuestos controvertidos de objeción de conciencia", en MARTÍN SÁNCHEZ, I. y GONZÁLEZ SÁNCHEZ, M., *Algunas cuestiones controvertidas del ejercicio del derecho fundamental de libertad religiosa en España*. Madrid, Fundación Universitaria Española.
- MARTÍNEZ ZORRILLA, D. (2007) *Conflictos constitucionales, ponderación e indeterminación normativa*. Madrid, Marcial Pons.
- (2010) *Metodología jurídica y argumentación*. Madrid, Marcial Pons.
- MASON, H. (1996) *Moral dilemmas and moral theory*. London, Oxford University Press.
- MENDONCA, D. (2003) *Los derechos en juego conflicto y balance de derechos*. Madrid, Tecnos.
- MILL, J. (1985) *Sobre la libertad*. Barcelona, Orbis.
- MORESO, J. (1997) *La indeterminación del derecho y la interpretación de la Constitución*. Madrid, Centro de Estudios Políticos y Constitucionales.

BRODSKY, J. (2014) "Objeción de conciencia médica, salud sexual...", pp. 6-27.

— (2002) "Guastini sobre la ponderación", en *Revista Isonomía*, n° 17, México, Instituto Tecnológico Autónomo de México.

— (2009) *La Constitución, modelo para armar*. Madrid, Marcial Pons.

— (2010) *Los desacuerdos en el Derecho*. Madrid, Fundación Coloquio Jurídico Europeo.

NAVARRO FLORIA, J. (2004) *El derecho a la objeción de conciencia*. Buenos Aires, Ábaco de Rodolfo Depalma.

NINO, C. (1989) *Ética y derechos humanos*. Buenos Aires, Astrea.

— (1994) *Derecho, moral y política*. Barcelona, Ariel.

PECZENIK, A. (1992) "Legal collision norms and moral considerations" en BROWER, P. (ed.) *Coherence and conflict in law*. Deventer, Kluwer Academic Publishers.

PRICHARD, H. A. y MACADAM, J. (2002), *Moral writings*. London, Oxford University Press.

PRIETO SANCHÍS, L. (2003) *Justicia constitucional y derechos fundamentales*. Madrid, Trotta.

QUIROGA LAVIÉ, H. (1992) *Derecho a la intimidad y objeción de conciencia*. Bogotá, Universidad Externado.

ROYO, E. (2004) *La ayuda oficial al desarrollo de España en materia de población y salud reproductiva un informe de El Cairo+10*. Barcelona, CIDOB.

SABSAY, D. y ONAINDIA, J. (1994) *La constitución de los argentinos. Análisis y comentario de su texto luego de la reforma de 1994*. Buenos Aires, Errepar.

SALCEDO, M. (2007), *El ser humano, como persona en el derecho y, en especial, la bioética*. Río Negro, Ediciones Artesanales.

SÁNCHEZ GONZÁLEZ, M. (2002) *La impropia llamada objeción de conciencia a los tratamientos médicos*. Valencia, Tirant lo Blanch.

SIEIRA MUCIENTES, S. (2000) *La objeción de conciencia sanitaria*. Madrid, Dykinson.

SINGER, P. (1993) *A Companion to Ethics*. New Jersey, Blackwell.

USANDIZAGA BEGUIRISTÁIN, J. y DE LA FUENTE PÉREZ, P. (2007) *Tratado de obstetricia y ginecología*. Madrid, McGraw-Hill/Interamericana.

WRÓBLEWSKY, J. (1985) *Constitución y teoría general de la interpretación jurídica*. Madrid, Civitas.

WYMELENBERG, S. (1990) *Science and Babies: Private Decisions, Public Dilemmas*. Washington, D.C., National Academy Press.