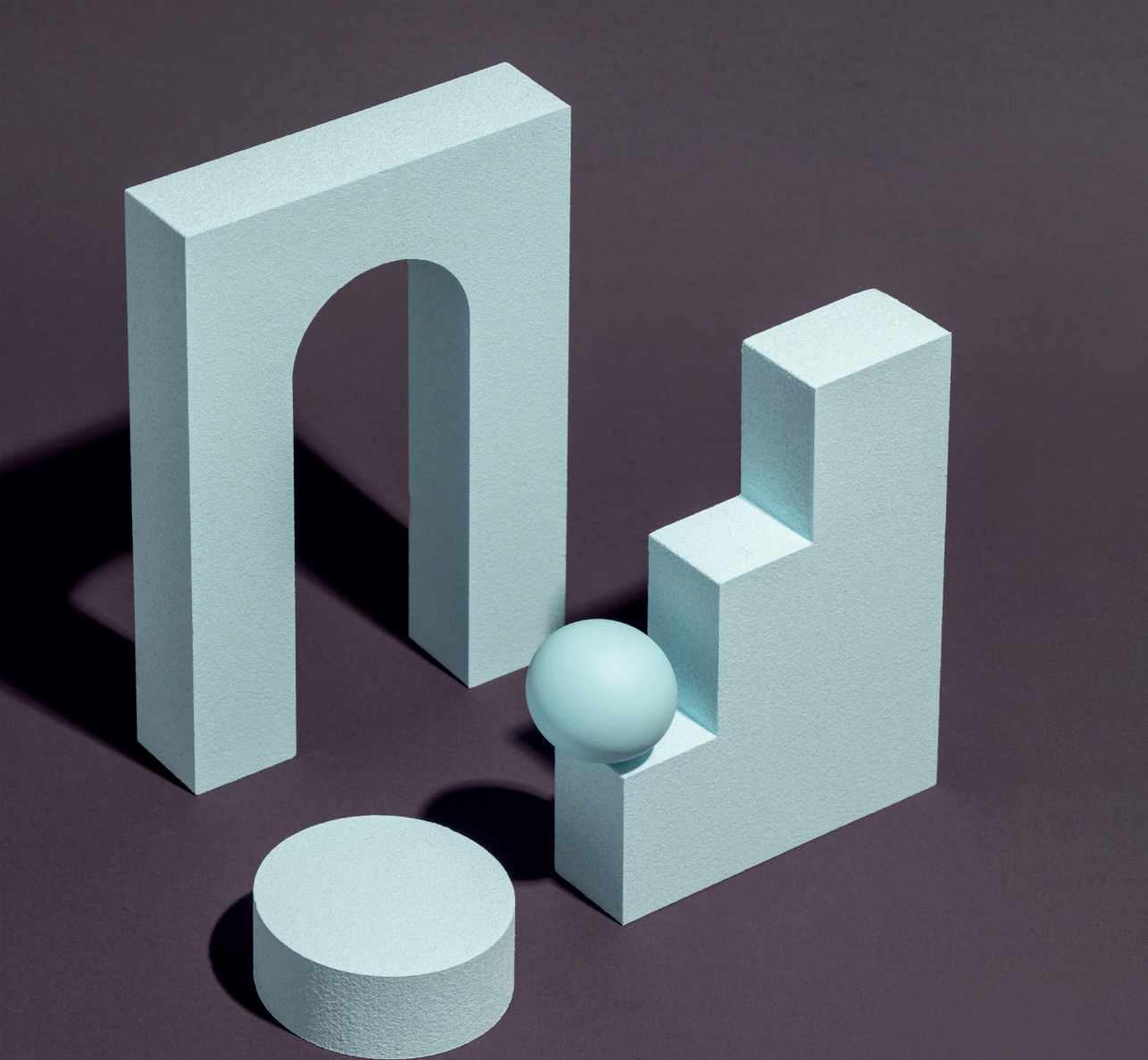




Género, religión y derechos fundamentales: nuevos desafíos jurídicos

Francisca Pérez-Madrid (coord.)

DYKINSON

Este libro es fruto del proyecto PID2020-114400GB-I00,
financiado por el MCIN/AEI/10.13039/501100011033.

Extravagantes, 41
ISSN: 2660-8693

© 2026 Autores

Editorial Dykinson
c/ Meléndez Valdés, 61 – 28015 Madrid
Tlf. (+34) 91 544 28 46
E-mail: info@dykinson.com
<http://www.dykinson.com>

Preimpresión: TALLERONCE

ISBN: 979-13-7047-051-7
Depósito legal: M-5046-2026

Versión electrónica disponible en e-Archivo
<https://hdl.handle.net/10016/49290>



Licencia Creative Commons Atribución-NoComercial-SinDerivadas 3.0 España

OBJECCIÓN DE CONCIENCIA Y ATENCIÓN SANITARIA VINCULADA A LA IDENTIDAD DE GÉNERO: UN ANÁLISIS COMPARADO DESDE LA LIBERTAD DE CONCIENCIA Y EL ACCESO A LA SALUD

Francisca Pérez-Madrid

Catedrática

Universitat de Barcelona

ORCID: 0000-0002-3695-3773

I. INTRODUCCIÓN

La objeción de conciencia en el ámbito sanitario puede generar tensiones entre la libertad de conciencia del profesional y la expectativa del paciente de recibir una determinada prestación. Durante décadas, estas objeciones se han planteado principalmente en relación con el aborto, la eutanasia y el suicidio asistido¹. En tales supuestos, el conflicto ético se sitúa frente a intervenciones excepcionalmente controvertidas que afectan directamente al bien jurídico de la vida; de ahí que se hayan desarrollado soluciones relativamente estables de acomodación jurídica y organizativa en los países de nuestro entorno.

En los últimos años, la objeción de conciencia ha comenzado a plantearse en un nuevo terreno: los tratamientos hormonales y las cirugías de afirmación de género. Este escenario presenta rasgos propios que exigen un estudio detenido, sin recurrir a una mera traslación de categorías tradicionales.

Por una parte, en estos supuestos interviene un componente identitario al que hoy se otorga especial relevancia. Diversos autores sostienen que, desde una perspectiva de igualdad sustantiva, la denegación injustificada de una prestación clínicamente indicada puede afectar a la dignidad de la persona trans o agravar su estigmatización². Parte de la literatura académica advierte además que, debido a la vulnerabilidad estructural del colectivo, la objeción de conciencia puede traducirse en barreras significativas para el acceso equitativo a la atención sanitaria. Tales barreras pueden ser físicas (el rechazo

1 Rafael NAVARRO-VALLS-Javier MARTÍNEZ-TORRÓN-Miguel Ángel JUSDADO, *La objeción de conciencia a tratamientos médicos: Derecho Comparado y Derecho Español*, *Persona y Derecho* 18 (1988) 163-277 (<https://doi.org/10.15581/011.32586>).

2 Cfr. Charalampos MILIONIS-Aikaterini TOSKA, *Conscientious objection to caring for transgender people: An ethical right or a discriminatory attitude?*, *International Journal of Nursing Practice* (2023) (<https://doi.org/10.1111/ijn.13180>).

directo de la prestación), pero también psicológicas y sociales, al generar un entorno hostil que perpetúe su exclusión. Estos autores admiten que la objeción tenga reconocimiento en materia de aborto; sin embargo, consideran que su traslación a la atención de personas trans carece de una justificación ética suficiente cuando compromete derechos fundamentales o impide el acceso a cuidados básicos³.

Por otra parte, la universalidad y la obligatoriedad de los estándares clínicos en este ámbito siguen suscitando controversia. El *Cass Review* –encargado por el Servicio Nacional de Salud de Inglaterra en 2020– advierte que la evidencia sobre resultados a largo plazo de cirugías y tratamientos hormonales es limitada, especialmente en menores, pues la mayoría de los estudios son observacionales y con seguimiento breve⁴. Aunque algunas investigaciones poblacionales señalan beneficios en salud mental tras determinadas cirugías, la insuficiencia de datos sólidos en adolescentes sigue siendo un punto crítico del debate⁵. Ello ha llevado a algunos países a adoptar enfoques más restrictivos, priorizando intervenciones psicológicas antes que otras medidas médicas (Suecia, Finlandia o Reino Unido)⁶, mientras que otros sistemas (España o Canadá) mantienen criterios basados en los estándares WPATH⁷, aun careciendo de fuerza vinculante. Esta falta de consistencia internacional refleja ausencia de consenso científico; de ahí que resulte inevitable discutir el peso de los factores normativos, culturales o ideológicos cuando faltan razones clínicas concluyentes.

3 *Ibid.*, 5-6.

4 Hilary CASS, *Independent review of gender identity services for children and young people*, NHS England, 2022 (<https://webarchive.nationalarchives.gov.uk/ukgwa/20250310143933/https://cass.independent-review.uk/home/publications/final-report/>).

5 Wilye C. HEMBREE et al., *Endocrine treatment of gender-dysphoric/gender-incongruent persons: an endocrine society clinical practice guideline*, *Journal of Clinical Endocrinology & Metabolism* 102 (2017) 3869-3903 (<https://doi.org/10.1210/jc.2017-01658>).

6 Vid. Richard BRÄNSTRÖM-John E. PACHANKIS, *Reduction in mental health treatment utilization among transgender individuals after gender-affirming surgeries: a total population study*, *American Journal of Psychiatry* (2020) 727-734 (<https://doi.org/10.1176/appi.ajp.2019.190100>).

7 WORLD PROFESSIONAL ASSOCIATION FOR TRANSGENDER HEALTH (WPATH), *Standards of care for the health of transgender and gender diverse people*, version 8, 2022.

En este contexto, es imprescindible distinguir entre la objeción de conciencia *tout court* y las dudas técnico-clínicas sobre procedimientos concretos, con frecuencia confundidas en el debate público. La experiencia comparada muestra que algunas negativas profesionales obedecen a incertidumbres sobre la indicación clínica, la idoneidad del consentimiento informado, la estabilidad psicosocial del paciente o la disponibilidad real de recursos; se trata de reparos prudenciales que deben tramitarse mediante segunda opinión, revisión multidisciplinar o intervención de comités éticoasistenciales, sin configurarse como objeción de conciencia en sentido estricto. Esta última, por el contrario, se dirige a un acto concreto que el profesional estima incompatible con sus convicciones éticas, religiosas o filosóficas profundas y estables, sin implicar rechazo de una persona o de un colectivo⁸. La correcta comprensión de ambos planos evita tanto la instrumentalización de la conciencia como la desprotección injustificada de profesionales que afrontan conflictos morales reales y graves.

Como se analizará a continuación, la objeción de conciencia en este contexto proyecta una tensión inmediata en múltiples planos: los derechos del paciente (igualdad y no discriminación, derecho a la salud y acceso efectivo a la atención), la libertad de conciencia del profesional, el deber institucional de asegurar la continuidad asistencial, y, finalmente, el derecho de los centros a preservar su ideario. Este último constituye una manifestación de la autonomía organizativa y de la libertad ideológica y religiosa reconocidas en varios ordenamientos. De ahí la necesidad de soluciones que armonicen la prestación de servicios necesarios con el respeto a elementos esenciales de la identidad personal e institucional, evitando la discriminación tanto de pacientes como de profesionales por razón de sus convicciones⁹.

En el plano doctrinal, se examinarán las principales corrientes sobre la legitimidad y los límites de la objeción en este ámbito: desde las posiciones que priorizan los deberes del rol profesional¹⁰ hasta las que reivindican el ejercicio de la medicina sin violentar la conciencia del facultativo¹¹. También se abor-

8 Cfr. Ronit Y. STAHL - Ezekiel J. EMANUEL, *Physicians, not conscripts*, New England Journal of Medicine (2017) 1381-1385 (<https://doi.org/10.1056/NEJMSb1612472>).

9 Véase la sentencia del TEDH *Eweida y otros c. Reino Unido* de 15 de enero de 2013 que analiza el equilibrio entre libertad de conciencia y obligaciones profesionales, aplicable por analogía al ámbito sanitario.

10 Cfr. Ronit Y. STAHL - Ezekiel J. EMANUEL, cit., 1382-1384.

11 Edmund D. PELLEGRINO - David C. THOMASMA, *The virtues in medical practice*, Oxford University Press, 1993, *passim* (<https://doi.org/10.1093/oso/9780195082890.002.0002>).

dará la tesis que concibe la objeción como excepción sujeta a criterios estrictos de proporcionalidad y a derivación efectiva a otro profesional.

El análisis doctrinal, normativo y jurisprudencial de la experiencia estadounidense resulta especialmente útil: los cambios regulatorios y la abundante litigiosidad permiten contrastar soluciones y extraer lecciones para el estudio comparado con Europa y, en particular, España. Ello facilita, además, anticipar posibles líneas de evolución. Por razones de espacio, no se abordan aquí otros modelos relevantes –como el canadiense o el latinoamericano–, que presentan rasgos propios cuya consideración excede el objeto de este trabajo¹².

El objetivo final de estas páginas no es proponer un modelo cerrado, sino distinguir entre objeción legítima y discriminación, enunciar principios orientadores para autoridades e instituciones sanitarias y ofrecer criterios de gobernanza que tengan en cuenta no solo la igualdad de quienes solicitan las terapias mencionadas, sino también la integridad de los profesionales que, por motivos de conciencia, reclaman no realizarlas. La ponderación de los derechos fundamentales en juego vertebrará este análisis, sin perder de vista un aspecto esencial: el principio de indivisibilidad de los derechos humanos.

A continuación, se exponen los términos en que la doctrina ha abordado la legitimidad y los límites de la objeción de conciencia en este ámbito.

II. PRINCIPALES ENFOQUES DOCTRINALES SOBRE LA OBJECCIÓN DE CONCIENCIA EN EL ÁMBITO SANITARIO Y LA IDENTIDAD DE GÉNERO

La discusión doctrinal contemporánea sobre la objeción de conciencia en la atención sanitaria vinculada a la identidad de género se ha convertido en una cuestión particularmente compleja en los últimos años, al confluir debates clásicos sobre la ética profesional, la integridad moral del facultativo, la vulnerabilidad sanitaria, la igualdad y la libertad religiosa. No se trata de

¹² Dentro del continente americano, en Canadá la atención sanitaria de afirmación de género se integra en un marco sólido de igualdad y no discriminación, reforzado por políticas profesionales que exigen continuidad asistencial y derivación efectiva cuando un clínico objeta por motivos de conciencia. En América Latina, la evolución ha sido más heterogénea. La Opinión Consultiva 24/17 de la Corte Interamericana impulsó reformas que reconocen la identidad de género y el acceso a cuidados afirmativos, así como los cambios normativos en Argentina (Ley 26.743), Chile (Ley 21.120) y decisiones de la Corte Constitucional colombiana que ordenan eliminar barreras administrativas. El patrón regional apunta hacia la protección reforzada del acceso sanitario frente a objeciones que puedan generar exclusión.

una mera confrontación entre los derechos individuales de los pacientes y las convicciones morales de los profesionales, sino de un campo en el que se entrecruzan concepciones divergentes sobre la misión de la medicina, los modelos de justificación ética del rol sanitario y las distintas formas de entender el pluralismo en las sociedades democráticas avanzadas. A esta pluralidad de enfoques se añade, además, la discusión sobre los criterios de proporcionalidad, acomodación razonable y organización institucional, así como sobre el alcance de la autonomía de las instituciones con ideario, cuestiones que han sido desarrolladas de manera especialmente intensa por la doctrina norteamericana.

Desde un punto de vista sistemático, la literatura puede ordenarse en torno a varios grandes enfoques: en primer lugar, las posiciones funcionalistas que niegan o reducen al mínimo la legitimidad de la objeción de conciencia en medicina; en segundo término, las propuestas intermedias que reconocen su valor ético, pero la someten a condiciones estrictas de ejercicio; en tercer lugar, las teorías centradas en la integridad moral del profesional como elemento constitutivo de la práctica médica; y, finalmente, los enfoques constitucionales y pluralistas que abordan la objeción —también en su dimensión institucional— como una exigencia estructural del pluralismo democrático.

Un primer sector doctrinal, centrado en la primacía del rol profesional, sostiene que la práctica sanitaria no es un ámbito en el que los profesionales puedan seleccionar discrecionalmente las obligaciones derivadas de su función. Para estos autores, quien ingresa voluntariamente en la profesión médica acepta el haz de deberes inherentes a una actividad que se ejerce bajo un alto grado de regulación pública y en la que debe primar la confianza social. Desde esta perspectiva, cualquier analogía entre la objeción de conciencia médica y la objeción al servicio militar resulta engañosa: mientras que en el ámbito militar existe una obligación impuesta coactivamente por el Estado, en el ámbito sanitario el profesional elige libremente su dedicación; en el primer caso, el objetor solicita una exención frente a un mandato imperativo, mientras que en el segundo se pretende, según estos autores, redefinir las obligaciones propias del puesto profesional¹³. En consecuencia, la objeción de conciencia solo debería ser tolerada de forma mínima y excepcional. En esta línea, se invoca con frecuencia la deontología profesional —en particular el *Code of Medical Ethics* de la American Medical Association— para afirmar que el deber de no discriminación por orientación sexual o identidad de gé-

13 Ronit Y. STAHL - Ezekiel J. EMANUEL, cit., 1383-1385.

nero exige ofrecer las prestaciones clínicamente validadas¹⁴. Negar intervenciones de afirmación de género se equipara así, en la práctica, al rechazo de un estilo de vida, y se considera comparable al supuesto de un médico que negara la prescripción de insulina a un paciente por discrepar de sus hábitos dietéticos¹⁵. De ahí que la objeción solo se considere admisible en intervenciones extraordinariamente controvertidas, pero no respecto de tratamientos aceptados por amplios sectores de la comunidad científica e incorporados a guías clínicas¹⁶.

La formulación más restrictiva de esta concepción funcionalista es la defendida por Julian Savulescu y Udo Schuklenk. Desde su planteamiento, la medicina constituye un rol público regulado, incompatible con la selección moral de prestaciones por parte de los profesionales. A su juicio, no existe un derecho moral ni jurídico a la objeción de conciencia en medicina, ya que su reconocimiento genera desigualdades en el acceso, traslada los costes al paciente y puede operar como una forma encubierta de discriminación. Incluso la derivación es considerada insuficiente cuando perpetúa barreras estructurales al acceso efectivo. En consecuencia, estos autores concluyen que quienes no estén dispuestos a prestar servicios legal y profesionalmente aceptados deberían abandonar determinadas especialidades o, en último término, el ejercicio profesional. Aunque sus trabajos se han centrado principalmente en el aborto, la eutanasia o la ayuda médica para morir, su razonamiento ha sido explícitamente generalizado en la literatura al ámbito de los tratamientos de afirmación de género¹⁷.

14 “Physicians must not decline to accept patients because of race, color, religion, national origin, sexual orientation, gender identity, or any other basis that would constitute discrimination”. (*AMA Code of Medical Ethics, Opinion 1.1.2*). “Patients have the right to receive care that is respectful and responsive to their needs, and physicians should provide clinically appropriate care consistent with accepted standards of practice”. (*AMA Code of Medical Ethics, Opinion 1.1.3*). “Physicians should not discriminate against patients on the basis of personal characteristics, including sexual orientation and gender identity.” (*AMA Code of Medical Ethics, Opinion 8.11*). Textos disponibles en <https://code-medical-ethics.ama-assn.org>.

15 Ibid., cit., 1382.

16 Ibid., 1384-1385.

17 Esta posición ha sido defendida de forma especialmente radical por Julian SAVULESCU, *Conscientious objection in medicine*, BMJ 332 (2006) 294-297; Udo SCHUKLENK, *Conscientious objection in medicine: private beliefs and public interests*, Journal of Medical Ethics 41 (2015) 1-2; Udo SCHUKLENK - Julian SAVULESCO, *Doctors*

En una posición intermedia particularmente influyente se sitúa Robert G. Wicclair, quien defiende la legitimidad ética de la objeción de conciencia en la práctica médica, aunque sujeta a condiciones estrictas. Para este autor, la conciencia forma parte de la integridad moral del profesional sanitario, de modo que forzarle a actuar contra convicciones morales profundas y coherentes puede ocasionar un daño moral serio (*moral integrity harm*), incompatible con una concepción no meramente instrumental de la medicina. Ahora bien, Wicclair rechaza tanto la tesis funcionalista según la cual en medicina no debería existir objeción de conciencia, como una concepción ilimitada de esta. La objeción solo resulta moralmente aceptable cuando se dirige a actos concretos y no a personas o categorías de pacientes, y cuando se ejerce dentro de un marco de acomodación razonable que garantice el acceso del paciente a la prestación mediante alternativas reales, excluya su invocación en situaciones de urgencia y permita exigir al objetor la asunción de determinados costes profesionales, como la reasignación de funciones. En relación con la derivación, su posición es matizada: si bien la considera *prima facie* una solución razonable, admite que en algunos supuestos puede implicar una forma de cooperación moralmente problemática, por lo que no puede imponerse de manera automática ni con finalidad punitiva. De especial relevancia para el presente estudio es su advertencia de que la ausencia de acomodaciones puede generar discriminación laboral indirecta contra los profesionales por motivos morales o religiosos, lo que obliga a integrar también la igualdad del objetor —y no solo la del paciente— en la ponderación global de estos conflictos¹⁸. Este enfoque resulta particularmente útil para comprender las tensiones del modelo europeo, que tiende a convertir la derivación en una exigencia estructural sin atender siempre a su eventual carga moral.

En una línea convergente, John Keown subraya que la práctica médica no puede concebirse como una actividad moralmente neutra o meramente técnica, sino como una profesión intrínsecamente ética, en la que los profesionales actúan como agentes morales responsables y no como simples ejecutores de decisiones normativas. Desde esta perspectiva, la objeción de conciencia se dirige legítimamente a actos concretos que el profesional considera moralmente ilícitos, y no a personas o categorías de pacientes, lo que permite dis-

have no right to refuse medical assistance in dying, abortion or contraception, Bioethics 31 (2017) 162-170.

¹⁸ Robert G. WICCLAIR, *Conscientious Objection in Health Care: An Ethical Analysis*, Cambridge University Press, Cambridge, 2011.

tinguirla conceptualmente de las conductas discriminatorias. Keown rechaza, además, la idea de que exista un derecho subjetivo del paciente a exigir que un profesional determinado realice un procedimiento concreto, defendiendo que el derecho jurídicamente protegido es el acceso razonable al sistema sanitario. Esta distinción abre la vía a soluciones organizativas que compatibilicen la continuidad asistencial con el respeto a la integridad moral del profesional¹⁹.

La distinción entre objeción a actos y rechazo de personas o categorías de pacientes resulta, en este punto, decisiva: mientras la primera puede constituir un ejercicio legítimo de la libertad de conciencia bajo determinadas condiciones, la segunda se reconfigura jurídicamente como discriminación prohibida. No toda negativa es discriminatoria, pero algunas lo son, y confundir ambos planos empobrece el análisis y conduce a soluciones normativas desproporcionadas.

Desde una perspectiva también centrada en la integridad moral del clínico²⁰, Millionis y Toska conciben la conciencia como una facultad racional y emocional orientada a preservar la coherencia moral del agente, aunque no la consideran un principio absoluto inmune a las limitaciones propias del ejercicio profesional en un marco regulado²¹. Para estos autores, la legitimidad de la objeción depende de varios elementos: debe dirigirse a un acto concreto y no a la persona del paciente; no puede hacerse valer en situaciones de urgencia o cuando no existan soluciones alternativas razonables²²; y debe ir

19 J. KEOWN, *The Law and Ethics of Medicine*, 2.^a ed., Oxford University Press, Oxford, 2012, esp. caps. 3 y 8.

20 Por su parte, Xavier Symons analiza críticamente que los profesionales sanitarios tengan un deber profesional absoluto que excluya la objeción de conciencia. Impedir completamente la objeción de conciencia puede socavar la integridad moral del profesional. Argumenta que los códigos profesionales y la ley no siempre reflejan valores morales auténticos del profesional y que la objeción puede cumplir una función de control moral. Aporta una serie de principios para acomodar la objeción en el sistema sanitario. Vid. Xavier SYMONS - Reginald Mary CHUA, *Three arguments against institutional conscientious objection, and why they are (metaphysically) unconvincing*, *Journal of Medical Philosophy* 49 (2024) 298-312 (<https://doi.org/10.1093/jmp/jhae012>).

21 Charalampos MILIONIS-Aikaterini TOSKA, cit., 5-6.

22 Cabe la posibilidad de que en zonas rurales, o cuando los hospitales de la zona estén afiliados a redes católicas de otras confesiones, no exista una alternativa de tratamiento fuera del hospital objetor. También se critica que los hospitales no informen a los pacientes de su afiliación religiosa o de los servicios que rechazan. Esther JU, *Unclear Conscience: how catholic hospitals and doctors are claiming conscientious ob-*

acompañada de mecanismos efectivos de acceso al tratamiento²³. Además, rechazan que los tratamientos de afirmación de género con indicación médica puedan considerarse meramente estéticos²⁴ y advierten de que una objeción mal gestionada puede generar un impacto discriminatorio añadido (*disparate impact*)²⁵ que comprometa el acceso real a la atención sanitaria. Desde esta óptica, la objeción de conciencia aparece como una exención ética que puede transformarse con relativa facilidad en una discriminación prohibida si no se articula adecuadamente²⁶.

Desde una perspectiva liberal-igualitaria estructural, Cécile Laborde cuestiona la legitimidad de la objeción de conciencia institucional, con implicaciones directas para el ámbito sanitario cuando los centros actúan como proveedores de servicios públicos esenciales. Su conocida tesis del *agency mistake* sostiene que las instituciones —incluidos los hospitales confesionales— carecen de una integridad moral propia equiparable a la de las personas físicas que pueda justificar exenciones análogas. Atribuir conciencia a las entidades colectivas implicaría, a su juicio, proyectar las convicciones de sus dirigentes sobre empleados y usuarios, con el riesgo añadido de generar exclusión en el acceso a servicios esenciales. Desde el *disaggregation approach* que propone, las instituciones que prestan funciones públicas esenciales están sujetas a obligaciones igualitarias estrictas, y la objeción solo puede configurarse a nivel individual y bajo condiciones severas de proporcionalidad²⁷.

jections to deny healthcare to transgender patients, University of Illinois Law Review 4(2020) 1289-1326. Disponible en <https://illinoislawrev.web.illinois.edu/wp-content/uploads/2020/08/Ju.pdf>.

23 Ibid., 8-9.

24 Los WPATH Standards of Care (SOC8, 2022) integran estas intervenciones en planes clínicos individualizados basados en evaluación interdisciplinar y consentimiento informado.

25 Una medida que sea neutral en su formulación puede ser ilegal si produce un efecto desproporcionado sobre un grupo protegido (raza, sexo, religión, origen nacional, etc.); cuando no está justificada por una necesidad empresarial real (*business necessity*); y cuando existan alternativas menos lesivas. No se exige probar la intención discriminatoria a diferencia del *disparate treatment* (trato dispar), que requiere demostrar que hubo intención de discriminar; basta con que el resultado de la práctica cause una desigualdad injustificada. Esta doctrina surgió en EE. UU. con el caso *Griggs c. Duke Power Co.* (U.S. Supreme Court, 1971).

26 Charalampos MILIONIS - Aikaterini TOSKA, cit., 5-6; 8-9.

27 Vid. Carole LABORDE, *Liberalism's religion*, Harvard University Press, 2017, 113-

En contraste con estos planteamientos, Edmund D. Pellegrino distingue tres dimensiones de la conciencia del médico: la conciencia profesional, que regula la relación clínica y los deberes propios del rol; la conciencia técnica, orientada a practicar una medicina competente y humana; y la conciencia moral personal, que incorpora las convicciones religiosas y éticas del profesional. Las tensiones pueden surgir en cualquiera de estas esferas, especialmente en supuestos como el aborto, la eutanasia, la reproducción asistida o la investigación con embriones. Pellegrino subraya que obligar a alguien a actuar contra su conciencia implica una lesión profunda de su integridad moral, y justifica éticamente las cláusulas de conciencia —tanto individuales como, en ciertos supuestos, institucionales— para evitar dicha fractura, aunque reconoce que su eficacia jurídica se ve crecientemente erosionada por legislaciones restrictivas y por una cultura pública que identifica neutralidad con exclusión de las convicciones religiosas del espacio profesional²⁸.

En el plano jurídico-constitucional, estas preocupaciones han llevado a una defensa firme de la objeción de conciencia por parte de autores como Mark L. Rienzi, quien sostiene que la *Religious Freedom Restoration Act* protege no solo a individuos, sino también a instituciones religiosas, dado que el ejercicio de las creencias se articula de manera comunitaria. Obligar a un hospital con ideario religioso a participar directa o indirectamente en determinados tratamientos sería, a su juicio, incompatible con la Primera Enmienda²⁹. Además, el Estado no superaría el *test* del medio menos restric-

159 (<https://doi.org/10.1111/1467-8675.12411>). El *disaggregation approach*, desarrollado por la autora consiste en analizar las reclamaciones religiosas no como expresiones de una categoría normativa autónoma, sino como portadoras de distintos intereses moralmente relevantes —integridad moral, autonomía, identidad o libertad asociativa— cuya protección debe evaluarse conforme a principios generales de igualdad y no dominación, y no en virtud de su carácter religioso como tal.

28 Edmund D. PELLEGRINO, *La conciencia del médico, cláusulas de conciencia y creencia religiosa: Una perspectiva católica*, Cuadernos de Bioética 83 (2014), disponible en <https://aebioetica.org/revistas/2014/25/83/25.pdf>.

29 En *Sherbert c. Verner* (1963) el Tribunal Supremo estableció que toda carga significativa sobre el ejercicio religioso debía someterse a un escrutinio estricto, exigiendo al Estado demostrar un interés gubernamental imperioso y el uso del medio menos restrictivo: *Sherbert c. Verner*, 374 U.S. 398 (1963). La doctrina fue reafirmada en *Wisconsin c. Yoder* (1972), donde se reconoció el derecho de los padres *amish* a sustraer a sus hijos de la educación secundaria obligatoria por motivos religiosos. *Wisconsin c. Yoder*, 406 U.S. 205 (1972).

tivo³⁰ cuando dispone de alternativas organizativas, como sistemas de derivación institucional o la existencia de proveedores alternativos³¹. Esta doctrina ha sido desarrollada en litigios como *Franciscan Alliance c. Becerra*, que ilustran con claridad el conflicto entre políticas federales antidiscriminatorias y la objeción de conciencia institucional.

Desde una fundamentación filosófico-moral, Robert P. George concibe la conciencia como la voz de la identidad moral de la persona, de modo que forzar a un profesional a actuar contra ella supone obligarle a actuar contra sí mismo³². Extiende esta tesis a las instituciones religiosas, cuya misión moral exige un margen efectivo de autogobierno frente a disposiciones legales que redefinen la identidad sexual y corporal de la persona. Su obra respalda indirectamente la posición de quienes consideran objetables, en la atención sanitaria, aquellas intervenciones que contradicen la antropología moral del facultativo.

En otro plano, Thomas C. Berg ha subrayado que la libertad religiosa en Estados Unidos se encuentra en una encrucijada marcada por la tensión entre las exigencias de igualdad y la protección de la libertad de conciencia. Rechaza los planteamientos de suma cero y defiende la acomodación razonable como vía preferente para gestionar estos conflictos, siempre que no se traduzca en una lesión grave de los derechos de terceros. Berg se muestra favorable a una defensa firme de la objeción de conciencia —también en su dimensión institucional— acompañada de soluciones intermedias que eviten tanto la imposición estatal directa como la negación absoluta de servicios en la práctica³³.

30 *Burwell c. Hobby Lobby Stores, Inc.*, 573 U.S. 682 (2014). El Tribunal Supremo resolvió el caso bajo la *Religious Freedom Restoration Act*, considerando que el Gobierno no había demostrado que el mandato del HHS constituyera el medio menos restrictivo para alcanzar un interés apremiante.

31 Mark L. RIENZL, *Religious liberty and the HHS mandate*, *Journal of Contemporary Health Law & Policy* 29 (2013) 1-47. Disponible en <https://scholarship.law.edu/jchlp/vol29/iss1/3>.

32 Robert P. GEORGE, *Conscience and its enemies*, ISI Books 2013, *passim*. (<https://doi.org/10.5840/CSSR20131834>). Defiende la objeción de conciencia frente a políticas estatales expansivas y el papel de las instituciones con ideario en sociedades pluralistas. También, véase Gerard V. BRADLEY (ed.), *Challenges to religious liberty in the twenty-first century*, Cambridge University Press, Cambridge–New York 2012 (<https://doi.org/10.1017/CBO9780511998232>).

33 Thomas C. BERG, *Religious liberty in a polarized age*, Eerdmans, 2023 (<http://>

Finalmente, la perspectiva aportada por Mary Ann Glendon permite situar estos debates en el marco más amplio del constitucionalismo contemporáneo. Su crítica a la absolutización del discurso de los derechos y al empobrecimiento deliberado que produce la *rights talk* resulta especialmente pertinente en este contexto, al advertir que la objeción de conciencia no constituye un privilegio particularista, sino un elemento estructural de una sociedad plural. Desde esta óptica, la salud pública no debería convertirse en un espacio de neutralización sistemática de convicciones religiosas o morales profundas³⁴.

En el trasfondo de este debate doctrinal subyacen varios argumentos estructurales que explican la persistencia y complejidad del conflicto. Por un lado, se enfrentan dos concepciones de la práctica sanitaria: una que la entiende como un rol público regulado cuyos deberes prevalecen sobre las convicciones individuales, y otra que la concibe como una actividad moralmente significativa inseparable de la integridad ética del profesional. Por otro, existe un desacuerdo profundo sobre el estatuto normativo de la conciencia del médico, entendida bien como una preferencia moral sujeta a acomodación limitada, bien como un elemento constitutivo de la identidad personal cuya coacción implica una lesión jurídica y moral³⁵. A ello se añade la controversia sobre la proyección institucional de la conciencia en el ámbito de servicios públicos esenciales, donde entran en tensión la autonomía moral, la igualdad de acceso y el riesgo de exclusión.

En definitiva, la objeción de conciencia en la atención sanitaria a personas transgénero no puede abordarse mediante un esquema binario de oposición entre libertad de conciencia y no discriminación. El conflicto exige un enfoque estructural orientado a armonizar integridad profesional, continuidad asistencial, vulnerabilidad del paciente y pluralismo moral, aplicando criterios de necesidad y proporcionalidad. La experiencia estadounidense, marca-

dx.doi.org/10.2139/ssrn.4958918). Sobre el rechazo de los enfoques de suma cero en el ámbito de la libertad religiosa, véase también Douglas LAYCOCK, *A syllabus of errors*, Michigan Law Review 105 (2007) 1169-1185. Disponible en <https://repository.law.umich.edu/mlr/vol105/iss6/9>.

34 Mary Ann GLENDON, *Rights talk: the impoverishment of political discourse*, Free Press, 1991. Para una aplicación de estas críticas al ámbito constitucional y al papel de la religión y la conciencia en el espacio público, vid. también Mary Ann GLENDON, *Rights in Twentieth-Century Constitutions: The Case of Welfare Rights*, Journal of Policy History 6 (1994) 140-156 (<https://doi.org/10.1017/S0898030600003663>).

35 Cfr. Douglas LAYCOCK, *Religious liberty, vol. 1: Establishment Clause*, Grand Rapids, Eerdmans, 2015, 35-72 (<http://doi.org/10.1017/S0956618X11000184>).

da por una intensa judicialización de estos conflictos, ofrece además un laboratorio especialmente ilustrativo para el análisis comparado con los modelos europeos que se examinan en los epígrafes siguientes.

III. OBJECCIÓN DE CONCIENCIA SANITARIA E IDENTIDAD DE GÉNERO EN LA JURISPRUDENCIA DE ESTADOS UNIDOS

La configuración contemporánea de la objeción de conciencia en el ámbito sanitario estadounidense es el resultado de una evolución legislativa y jurisprudencial iniciada en la década de 1970, en la que el conflicto en torno al aborto actuó como catalizador de un sistema progresivamente amplio de protección de la conciencia. Este entramado, concebido inicialmente para responder a las objeciones individuales frente a las prácticas especialmente controvertidas, ha ido adquiriendo una creciente dimensión institucional y se ha proyectado hacia nuevos ámbitos biomédicos, lo que resulta especialmente interesante a partir de la expansión de los derechos de las personas trans y de las políticas públicas vinculadas a la protección de la identidad de género³⁶.

En este contexto se ha consolidado un modelo federal de garantías articulado en torno a tres ejes principales: las cláusulas legislativas de objeción de conciencia en materia de aborto y esterilización; la *Religious Freedom Restoration Act* (RFRA) que restablece legislativamente el escrutinio estricto frente a las cargas o limitaciones federales sobre el ejercicio de la libertad religiosa; y, una intensa actividad judicial que ha convertido la objeción de conciencia en un ámbito privilegiado de litigación estratégica. El resultado de estos tres factores es un sistema marcadamente distinto del europeo, caracterizado por el protagonismo de los tribunales y por la interacción constante entre el legislador, las autoridades con poder ejecutivo y los tribunales.

El origen simbólico y jurídico de este sistema se puede situar en *Roe c. Wade* (1973)³⁷, la sentencia del Tribunal Supremo de Estados Unidos que consideró el aborto como un derecho constitucional y generó un conflicto inmediato con las

36 Vid. Santiago CAÑAMARES ARRIBAS, *Igualdad de género y libertad religiosa en el ámbito sanitario. Algunos supuestos de conflicto en el derecho norteamericano*, Revista General de Derecho Canónico y Eclesiástico del Estado 63 (2023).

37 *Roe c. Wade*, 410 U.S. 113 (1973). Vid. también el análisis de Rafael PALOMINO (coord.), *Dobbs c. Jackson. El cambio de paradigma sobre el aborto*, Iustel, Madrid 2024, 264 pp.

convicciones morales y religiosas de numerosos profesionales e instituciones sanitarias. A diferencia de otros ordenamientos occidentales, Estados Unidos no acompañó la legalización del aborto de un marco general de regulación de la objeción de conciencia. En respuesta, el Congreso aprobó la denominada *Church Amendment*, incorporada al *Public Health Service Act*³⁸, que prohibía obligar a los profesionales o las entidades financiadas con fondos federales a realizar o participar en abortos o esterilizaciones contradiciendo sus creencias; a la vez, impedía cualquier forma de discriminación por este motivo.

Posteriormente, la *Coats-Snowe Amendment*³⁹ (1996) y la *Weldon Amendment* (2004)⁴⁰ ampliaron estas protecciones, reforzando la dimensión institucional de la objeción y prohibiendo la exclusión de la financiación federal a aquellas entidades que se negaran a realizar o pagar abortos o bien facilitar su realización, incluida en algunos supuestos la derivación. Estas disposiciones dieron lugar a un conjunto de *federal statutory conscience protections* que reconocen un derecho legal a no sufrir discriminación por razones de conciencia, aunque carezcan de rango constitucional. Este entramado normativo, inicialmente limitado al aborto y la esterilización, se convertiría más adelante en un referente ineludible en aquellos conflictos de conciencia relativos a los tratamientos de afirmación de género.

En paralelo, la jurisprudencia del Tribunal Supremo sobre la *free exercise clause* experimentó un giro decisivo con *Employment Division c. Smith* (1990)⁴¹, al afirmar que las leyes neutrales y de aplicación general no vulneran la libertad religiosa aunque impongan cargas severas sobre las prácticas religiosas. A partir de esta sentencia, la protección constitucional directa de la objeción de conciencia quedó severamente limitada en la mayoría de los supuestos, desplazando el centro de gravedad hacia el ámbito legislativo. La reacción política fue la aprobación posterior de la RFRA (1993) que reintrodujo legislativamente el estándar del escrutinio estricto⁴², exigiendo que toda

38 *Church Amendment*, 42 U.S.C. § 300a-7.

39 *Coats-Snowe Amendment*, 42 U.S.C. § 238n.

40 *Weldon Amendment*, Consolidated Appropriations Act, 2005, Pub. L. 108-447, div. F, § 508(d).

41 *Employment Division c. Smith*, 494 U.S. 872 (1990).

42 El alcance de la RFRA fue confirmado y precisado en *Gonzales c. O Centro Espírita Beneficente União do Vegetal* (2006), donde el Tribunal Supremo estimó la pretensión de una pequeña comunidad religiosa que utilizaba una bebida alucinógena en sus ritos y a la que el Gobierno pretendía aplicar sin excepciones la legislación sobre estupefacientes. La Corte insistió en que el Gobierno debía demostrar, con datos concretos, que no disponía de

carga o limitación sustancial sobre el ejercicio de la libertad religiosa se debiera a un interés gubernamental imperioso y se aplicara mediante el medio menos restrictivo⁴³. Desde entonces, la objeción de conciencia en la atención sanitaria ha quedado jurídicamente enmarcada por las cláusulas específicas de conciencia⁴⁴ y por la RFRA⁴⁵.

Un hito relevante en la consolidación de la objeción de conciencia institucional fue la sentencia *Burwell c. Hobby Lobby Stores, Inc.* (2014), en la que el Tribunal Supremo reconoció que las sociedades mercantiles con fines de lucro también podían invocar la RFRA. La Corte consideró que la obligación impuesta legalmente de financiar determinados anticonceptivos constituía una carga sustancial cuando el Gobierno disponía de otras vías alternativas menos restrictivas para la libertad religiosa. Aunque el caso no se refería directamente a la prestación de atención sanitaria, su razonamiento ha sido considerado como un paso decisivo hacia el reconocimiento de las exenciones religiosas institucionales en los ámbitos regulados por las políticas públicas generales, como son las dirigidas al ámbito sanitario.

El siguiente conjunto de litigios ilustra cómo este marco general se puede proyectar específicamente sobre la atención sanitaria vinculada a la afirmación de la identidad de género.

La aprobación de la *Affordable Care Act* (2010) había introducido otra nueva fuente de conflicto. Su sección 1557 estableció una cláusula general de no discriminación en los programas sanitarios financiados con fondos federales⁴⁶. La ausencia de una definición legislativa de sexo y de una previsión expresa sobre su relación con las cláusulas de conciencia dio lugar a una intensa controversia⁴⁷, especialmente cuando el Departamento de Salud (HHS)

medios menos restrictivos para proteger sus intereses, y rechazó la invocación genérica de objetivos de política pública. El asunto reforzó una lectura exigente de la RFRA que luego sería aplicada a litigios relativos a la cobertura de servicios médicos o farmacéuticos. *Gonzales c. O Centro Espírita Beneficente União do Vegetal*, 546 U.S. 418 (2006).

43 RFRA, Pub. L. 103-141, 42 U.S.C. § 2000bb ss.

44 *Protecting Statutory Conscience Rights in Health Care; Delegations of Authority*, 73 Fed. Reg. 78072 (18-XII-2008); su revisión en 76 Fed. Reg. 9968 (23-II-2011).

45 El Tribunal Supremo confirmó su validez en el ámbito federal –aunque declaró inconstitucional su aplicación a los estados en *City of Boerne c. Flores* (1997)–, de modo que desde entonces toda acción del Gobierno federal potencialmente lesiva para la libertad religiosa debe superar ese *test*. *City of Boerne c. Flores*, 521 U.S. 507 (1997).

46 Vid. ACA, Pub. L. 111-148, §1557, 42 U.S.C. § 18116.

47 La expansión de las políticas de igualdad en torno a la orientación sexual y la iden-

incluyó en 2016 la identidad de género y la orientación sexual dentro del concepto sexo a efectos regulatorios.

Esta interpretación fue suspendida cautelarmente en la sentencia *Franciscan Alliance c. Burwell* (2016), al considerar el tribunal que podía imponer obligaciones incompatibles con el marco federal de protección de la libertad religiosa. A partir de este precedente, la jurisprudencia federal fue desarrollando una lectura amplia de las exenciones religiosas en el ámbito sanitario⁴⁸. En otras decisiones posteriores como *Religious Sisters of Mercy c. Becerra* y *Franciscan Alliance c. Becerra*⁴⁹, los tribunales afirmaron que la obligación de realizar, financiar o garantizar tratamientos de afirmación de género podía constituir una carga sustancial bajo la RFRA, cuando no se acreditaba de forma suficiente la existencia de un interés imperioso o la utilización del medio menos restrictivo.

Las sucesivas administraciones federales fueron oscilando en su interpretación de la Sección 1557 del *Affordable Care Act*. En 2020, la Administración Trump emitió una norma que restringió el alcance de las protecciones, interpretando de manera más restrictiva el concepto de “sexo”, en consonancia con las decisiones judiciales que habían limitado las protecciones ampliadas de 2016. El Tribunal Supremo, por su parte, en *Bostock c. Clayton County* (2020)⁵⁰ sostuvo que la prohibición de discriminación por razón de “sexo” en el contexto del empleo debía incluir necesariamente la orientación sexual

tividad de género planteó la cuestión de si la discriminación por identidad de género debía considerarse una forma de discriminación por razón de sexo a efectos de las leyes civiles. La sentencia *Price Waterhouse c. Hopkins* (1989) había considerado discriminatorio sancionar a una trabajadora por no ajustarse a los estereotipos de feminidad, lo que ofrecía un marco para esa reinterpretación. Algunos tribunales inferiores extendieron esa lógica a personas transgénero, sentando las bases de la doctrina de *Bostock c. Clayton County* (2020). Vid. también *Burwell c. Hobby Lobby Stores, Inc.*, 573 U.S. 682 (2014). En *Little Sisters of the Poor Saints Peter and Paul Home c. Pennsylvania* (2020) el Tribunal Supremo avaló amplias exenciones religiosas al mandato anticonceptivo y reconoció la competencia del HHS para establecerlas. *Little Sisters of the Poor Saints Peter and Paul Home c. Pennsylvania*, 591 U.S. (2020).

48 En *Little Sisters of the Poor c. Pennsylvania* (2020) el Tribunal Supremo confirmó la validez de las exenciones concedidas por la Administración federal a entidades religiosas frente a la obligación de cobertura de anticonceptivos prevista en la *Affordable Care Act*.

49 *Religious Sisters of Mercy c. Becerra*, 55 F.4th 583 (8th Cir. 2022); *Franciscan Alliance c. Becerra*, 47 F.4th 368 (5th Cir. 2022).

50 *Bostock c. Clayton County*, 140 S. Ct. 1731 (2020)

y la identidad de género⁵¹, un criterio que ha influido en la interpretación administrativa de las normas antidiscriminatorias en otros ámbitos del derecho federal.

En 2024, la Administración Biden impulsó una nueva regla final⁵² sobre la Sección 1557, que restauró la aplicación de la prohibición de discriminación en programas sanitarios federales para abarcar también la identidad de género y la orientación sexual, alineándose en gran medida con las interpretaciones administrativas previas a 2020 y con la doctrina sentada en *Bostock*. Esta *Final Rule* buscaba equilibrar los derechos de acceso a la salud sin socavar las cláusulas de conciencia ya establecidas en la legislación federal, sin crear nuevos derechos de objeción ni imponer un deber generalizado de derivación efectiva.

Paralelamente, en enero de 2024 el Departamento de Salud y Servicios Humanos (HHS) aprobó la norma *Safeguarding the Rights of Conscience as Protected by Federal Statutes*, destinada a reforzar la aplicación de las cláusulas federales de conciencia ya existentes y a definir procedimientos de manejo de quejas bajo esas leyes, sin alterar el contenido sustantivo de los derechos a la objeción contemplados por RFRA u otras normas federales.

Este marco normativo cambiante ha generado una litigiosidad intensa y una aplicación territorial desigual. Mientras algunos circuitos han otorgado amplias exenciones a instituciones religiosas, otros han subrayado la necesidad de garantizar el acceso igualitario a la atención sanitaria de las personas transgénero frente a las objeciones institucionales⁵³. Además, la situación se ve acentuada por la diversidad de regulaciones estatales, que introduce diferencias adicionales incluso dentro de un mismo circuito judicial.

En un plano distinto, la jurisprudencia penitenciaria ha reconocido en de-

51 La primera reacción del HHS a *Bostock* fue *Nondiscrimination in Health and Health Education Programs or Activities*, 85 Fed. Reg. 37160 (19-VI-2020).

52 *Nondiscrimination in Health Programs and Activities*, 81 Fed. Reg. 31375 (18-V-2016). Véase el análisis realizado en https://www.kff.org/affordable-care-act/the-biden-administrations-final-rule-on-section-1557-non-discrimination-regulations-under-the-aca/?utm_source=chatgpt.com (consultado el 10 de noviembre de 2025).

53 Otros tribunales adoptaron una posición más próxima a la lógica de *Bostock* y a la normativa de 2016. Varias decisiones del 1.º, 2.º y 9.º circuitos sostuvieron que excluir rutinariamente procedimientos de afirmación de género podía constituir discriminación cuando se ofrecían tratamientos similares a personas no trans (mastectomías en casos de cáncer o terapias hormonales para la menopausia). *Kadel c. Folwell*, 620 F. Supp. 3d 339 (M.D.N.C. 2022); *Toomey c. Arizona*, 556 F. Supp. 3d 1281 (D. Ariz. 2021).

terminados supuestos que la disforia de género puede constituir una *serious medical need*, cuya desatención podría vulnerar la Octava Enmienda cuando exista un riesgo grave e inminente de daño, en particular en contextos de privación de libertad caracterizados por una elevada vulnerabilidad del interno. Así se afirmó, por ejemplo, en *Edmo c. Corizon* (2020)⁵⁴ donde el tribunal consideró acreditado un riesgo significativo de autolesión y suicidio en ausencia del tratamiento reclamado, en un entorno en el que el Estado ejerce un control prácticamente total sobre las condiciones de vida y de acceso a la atención médica. No obstante, este tipo de pronunciamientos se circunscriben al ámbito penitenciario y a situaciones excepcionalmente graves, y no constituyen hasta la fecha un precedente general que califique las cirugías de afirmación de género como emergencias médicas de obligada provisión en todos los contextos asistenciales⁵⁵. Esta distinción refuerza la necesidad de separar cuidadosamente los supuestos de objeción de conciencia en sentido propio de aquellas controversias basadas en la evaluación clínica individualizada del riesgo o en la incertidumbre terapéutica.

En conjunto, la objeción de conciencia en la atención sanitaria referente a la identidad de género en Estados Unidos no puede entenderse como un fenómeno coyuntural, sino como una manifestación de la reconfiguración del derecho sanitario. A diferencia del modelo europeo, basado en marcos legales más cerrados y delimitados, el sistema norteamericano presenta una arquitectura híbrida basada en los principios constitucionales, la superposición de la legislación federal y estatal, las regulaciones administrativas sujetas a la alternancia política y una jurisprudencia altamente dinámica. En este contexto, la objeción de conciencia no aparece como una excepción marginal, sino como un componente estructural en tensión permanente con el principio de igualdad sanitaria. Esta singular configuración explica por qué el debate estadounidense no puede trasladarse mecánicamente al contexto europeo al que se dedica el siguiente epígrafe.

54 *Edmo c. Corizon, Inc.*, 935 F.3d 757 (9th Cir. 2019), cert. denied, 141 S. Ct. 610 (2020). En el mismo sentido, la decisión *De'Lonta c. Johnson*, 708 F.3d 520 (4th Cir. 2013); en ella, el Cuarto Circuito revocó un archivo de la causa y sostuvo que la demanda de una reclusa trans por negativa incluso a evaluarla para cirugía de reasignación sexual expone una posible violación de la Octava Enmienda. El tribunal subrayó que la protección frente a la automutilación y las repetidas tentativas de auto-castración constituyeron una *serious medical need*.

55 *Gibson c. Collier*, 920 F.3d 212 (5th Cir. 2019).

IV. LA OBJECCIÓN DE CONCIENCIA EN EL MARCO EUROPEO: ACCESO SANITARIO, OBLIGACIONES ESTATALES Y LÍMITES A LA EXENCIÓN

A diferencia del modelo estadounidense –caracterizado por el protagonismo de la *Religious Freedom Restoration Act*, la admisión de amplias exenciones institucionales y una jurisprudencia marcada por la colisión entre el *free exercise* y las políticas federales antidiscriminatorias–, el sistema europeo de objeción de conciencia en el ámbito sanitario ha seguido una trayectoria sustancialmente distinta y más restrictiva. En el contexto del Consejo de Europa⁵⁶ y de la Unión Europea⁵⁷, la objeción de conciencia en la atención sanitaria se concibe como una excepción, de carácter esencialmente individual, subordinada en todo caso a la garantía del acceso efectivo del paciente a las prestaciones sanitarias legalmente reconocidas.

Ni el Convenio Europeo de Derechos Humanos ni la jurisprudencia del Tribunal Europeo de Derechos Humanos (TEDH) reconocen un derecho general de objeción de conciencia. Aunque el artículo 9 CEDH protege la libertad de pensamiento, conciencia y religión, el Tribunal ha reiterado de forma constante que dicho precepto no confiere un derecho a sustraerse del cumplimiento de leyes neutrales y de aplicación general⁵⁸. En *Pichon y Sajous c. Francia*, relativo a la negativa de farmacéuticos a dispensar anticonceptivos por motivos religiosos, el TEDH afirmó que quienes eligen libremente una profesión regulada deben asumir las obligaciones inherentes a su ejercicio, incluso cuando éstas entren en tensión con sus convicciones personales⁵⁹. La

56 Vid. COUNCIL OF EUROPE, Parliamentary Assembly, Resolution 1763 (2010) *The right to conscientious objection in lawful medical care* (<https://assembly.coe.int/nw/xml/XRef/Xref-XML2HTML-en.asp?fileid=17909>). En cualquier caso, el Consejo de Europa exhorta a los Estados a desarrollar normas claras y completas que definan y regulen la objeción de conciencia con respecto a los servicios médicos y de salud, y que garanticen el derecho a la objeción de conciencia en relación con la participación en intervenciones de aborto o de eutanasia.

57 El art. 10 de la Carta de Derechos Fundamentales de la Unión Europea protege la libertad de pensamiento, conciencia y religión, sin desarrollar un derecho a la objeción profesional.

58 TEDH, *Kokkinakis c. Grecia*, sentencia de 25 de mayo de 1993, § 31, en la que se afirma que el artículo 9 CEDH no reconoce un derecho general a eximirse del cumplimiento de leyes neutrales y de aplicación general; en el mismo sentido, *Eweida y otros c. Reino Unido*, sentencias de 15 de enero de 2013, §§ 81-84.

59 TEDH, *Pichon y Sajous c. Francia*, decisión de inadmisión de 2 de octubre de 2001; en línea con *Kokkinakis c. Grecia* subraya que la elección de una profesión regu-

libertad religiosa, precisó el Tribunal, no ampara el acceso de terceros a prestaciones legalmente reconocidas.

Esta lógica se ha consolidado a través de una línea jurisprudencial en la que, aun sin pronunciarse siempre de manera expresa sobre la objeción de conciencia, el TEDH ha condenado de forma reiterada los vacíos asistenciales derivados de las negativas médicas que no vayan acompañadas de alternativas reales. En *Tysiqc c. Polonia*, *R.R. c. Polonia* y *P. y S. c. Polonia*, el Tribunal declara que el Estado vulnera el artículo 8 CEDH cuando no organiza su sistema sanitario de modo que garantice un acceso efectivo y oportuno a prestaciones legalmente disponibles, subrayando la existencia de obligaciones positivas de planificación, coordinación, información y control⁶⁰. Este equilibrio se articula, en la práctica, mediante mecanismos organizativos – entre los que la derivación efectiva ocupa un lugar central– que permitan compatibilizar el respeto a las convicciones individuales del profesional sanitario con la garantía del acceso real y no discriminatorio a las prestaciones legalmente previstas. En estos supuestos, la negativa individual de los profesionales sanitarios, cuando no va acompañada de sistemas claros y eficaces de sustitución o acceso alternativo, puede resultar incompatible con el respeto a la vida privada del paciente y, en circunstancias especialmente graves, con la prohibición de tratos inhumanos o degradantes. En particular, en *P. y S. c. Polonia*, el Tribunal apreció una vulneración del artículo 3 CEDH al considerar que la combinación de las negativas médicas, la ausencia de información, las presiones morales y la falta de mecanismos alternativos efectivos sometió a la demandante –una menor en situación de especial vulnerabilidad– a un trato humillante y degradante incompatible con la dignidad humana.

Esta doctrina se ha proyectado también sobre el ámbito laboral sanitario. En *Grimmark y Steen c. Suecia*, relativo a unas matronas que se negaban a participar en abortos, el Tribunal Europeo de Derechos Humanos declaró inadmisibles las demandas y consideró que las autoridades nacionales no habían vulnerado el artículo 9 CEDH al exigir el cumplimiento de las funciones propias del puesto, en atención a la necesidad de garantizar la continuidad

lada implica aceptar sus obligaciones, aunque entren en tensión con convicciones religiosas.

⁶⁰ TEDH, *Tysiqc c. Polonia*, sentencia de 20 de marzo de 2007, §§ 116-129; *R.R. c. Polonia*, sentencia de 26 de mayo de 2011, §§ 191-215; *P. y S. c. Polonia*, sentencia de 30 de octubre de 2012, §§ 99-106. En estos asuntos el Tribunal ha señalado que la ausencia de mecanismos efectivos de derivación o sustitución en contextos sanitarios puede constituir una vulneración del art. 8 CEDH.

asistencial y el acceso efectivo de las pacientes a una prestación legalmente reconocida⁶¹. El Tribunal subrayó el amplio margen de apreciación del Estado en la organización de su sistema sanitario y en la definición de los requisitos profesionales, especialmente cuando las obligaciones eran conocidas de antemano por las demandantes. De ello se desprende que la Corte de Estrasburgo considera que la objeción de conciencia en la atención sanitaria puede ser legítimamente limitada para exigir el cumplimiento de las obligaciones funcionales del puesto⁶².

En materia de identidad de género, aunque el Tribunal Europeo de Derechos Humanos no ha abordado directamente la objeción de conciencia frente a los tratamientos de afirmación de género⁶³, ha desarrollado una jurisprudencia constante a partir del artículo 8 CEDH que resulta decisiva para delimitar el marco general en el que estos conflictos pueden plantearse. En *Van Kück c. Alemania* y *Schlumpf c. Suiza*, el Tribunal reconoció que la identidad de género forma parte del núcleo protegido de la vida privada y que determinados tratamientos médicos relacionados con la reasignación de sexo —cuando concurren las circunstancias clínicas del caso y exista una indicación médica suficiente— pueden constituir necesidades médicas cuya denegación injustificada puede vulnerar el Convenio⁶⁴. Asimismo, subrayó que las nor-

61 TEDH, *Grimmark c. Suecia* y *Steen c. Suecia*, decisiones de inadmisión de 12 de marzo de 2020; el Tribunal rechazó las demandas de las dos matronas que alegaban una violación del artículo 9 ECHR por negarse a participar en abortos, considerando que no existe un derecho absoluto de objeción de conciencia sanitaria en el sentido de poder desempeñar o conservar un empleo negándose a cumplir funciones legalmente previstas.

62 Vid. Rafael PALOMINO, *La “conciencia de Europa”, contra la objeción de conciencia*, Aceprensa, 31 marzo de 2020, <https://www.aceprensa.com/sociedad/objecion-de-conciencia/la-conciencia-de-europa-contrala-objecion-de-conciencia/>. El autor destaca que la Corte de Estrasburgo se aparta de la consideración del Convenio de Roma como un “instrumento vivo a interpretar” como hizo en el caso *Bayatyan contra Armenia* de 2011. Concluye que la creatividad interpretativa solo juega a favor de las ideologías dominantes, para las que la objeción de conciencia militar es admisible por ser políticamente correcta, pero no la objeción de conciencia al aborto, que contradice la consideración del aborto como un derecho fundamental a escala internacional.

63 Vid. el análisis de María Jesús GUTIÉRREZ DEL MORAL, *Libertad religiosa e igualdad de género en la jurisprudencia del Tribunal Europeo de Derechos Humanos*, Revista Catalana de Dret Públic 66 (2023) 1-19 (<https://doi.org/10.58992/rcdp.i66.2023.3870>).

64 TEDH, *Van Kück c. Alemania*, sentencia de 12 de junio de 2003, §§ 68-83; *Schlumpf c. Suiza*, sentencia de 8 de enero de 2009, §§ 110-116; en estos casos el Tribunal

mas clínicas y administrativas no pueden aplicarse de manera rígida o estereotipada cuando ello impida una evaluación individualizada y un acceso real a tratamientos médicamente indicados.

Esta línea jurisprudencial se completa con los pronunciamientos *L. c. Lituania*, *Y.Y. c. Turquía* y *Y.T. c. Bulgaria*, en los que el TEDH ha puesto el acento en la obligación estatal de contar con marcos normativos claros, accesibles y efectivos que eviten vacíos legales o trabas desproporcionadas tanto en el acceso a determinados tratamientos médicos como en el reconocimiento jurídico del género⁶⁵. No obstante, el Tribunal no ha definido un derecho general a la transición médica ni ha establecido estándares sustantivos uniformes en materia sanitaria, dejando a los Estados un amplio margen de apreciación en la organización de sus sistemas de salud.

Del conjunto de esta jurisprudencia se desprende una orientación común en el marco europeo: los Estados están obligados a organizar sus sistemas sanitarios de modo que garanticen un acceso efectivo y no meramente formal a aquellas prestaciones vinculadas a la identidad de género que resulten médicamente necesarias en función de las circunstancias del caso concreto. Si bien el TEDH no ha definido un estándar sustantivo uniforme ni ha abordado directamente la objeción de conciencia en la atención sanitaria en este ámbito, ha subrayado de forma reiterada que las convicciones personales de los profesionales no pueden traducirse en vacíos asistenciales, denegaciones arbitrarias o situaciones de discriminación en el acceso a prestaciones legalmente disponibles. En este contexto, la objeción de conciencia solo se considera compatible con el Convenio cuando se integra en una organización sanitaria capaz de asegurar alternativas, sin operar como un mecanismo estructural de exclusión⁶⁶.

abordó las interferencias con la vida privada vinculadas a tratamientos relacionados con la identidad de género bajo el artículo 8 CEDH, subrayando que las autoridades no deben imponer cargas probatorias excesivas ni aplicar criterios rígidos que carezcan de justificación proporcional.

⁶⁵ TEDH, *L. c. Lituania*, sentencia de 11 de septiembre de 2007; *Y.Y. c. Turquía*, sentencia de 10 de marzo de 2015; *Y.T. c. Bulgaria*, sentencia de 21 de septiembre de 2023. Estas resoluciones subrayan la obligación estatal de disponer de marcos normativos claros, accesibles y efectivos que permitan tanto la transición médica como el reconocimiento jurídico del género.

⁶⁶ Vid. María José VALERO ESTARELLAS, *Freedom of Conscience of Healthcare Professionals and Conscientious Objection in the European Court of Human Rights*, Religions 13 (2022) 558 (<https://doi.org/10.3390/rel13060558>).

No obstante, este énfasis europeo en la derivación efectiva como mecanismo de equilibrio pone de relieve una divergencia estructural significativa con otros modelos comparados, en particular con el enfoque desarrollado en el derecho estadounidense. Desde la perspectiva desarrollada en el derecho estadounidense por organizaciones como *Becket Fund for Religious Liberty*, se ha cuestionado que la obligación de derivar pueda imponerse legítimamente al profesional sanitario objetor o a instituciones con ideario propio cuando se concibe como una forma de cooperación indirecta en actos que el objetor considera moralmente inaceptables. En litigios como *Franciscan Alliance c. Becerra*, se ha sostenido que la libertad de conciencia no se agota en la mera abstención material de ejecutar el acto objetado, sino que puede verse igualmente comprometida por deberes positivos de facilitación. Desde este enfoque, la garantía del acceso del paciente debería asegurarse sin instrumentalizar la conciencia individual o institucional como medio para alcanzar dicho fin. Este planteamiento pone de relieve una divergencia normativa significativa con el modelo europeo, que tiende a considerar la derivación como una solución organizativa neutral y proporcionada para compatibilizar derechos en conflicto.

La derivación efectiva se configura, en el marco europeo, como un instrumento central de equilibrio. Sin embargo, su legitimidad no puede presumirse de forma automática. La doctrina ha subrayado que, en la medida en que la obligación jurídica sea fungible⁶⁷ —esto es, pueda ser satisfecha con igual eficacia por un profesional distinto del objetor—, la restricción de la libertad de conciencia difícilmente superaría el *test* de necesidad y proporcionalidad. Desde esta perspectiva, la no discriminación no debe operar como una cláusula de “vis atractiva” que anule siempre la conciencia, sino como un principio que exige ponderación contextual, atención a alternativas reales y minimización del daño al interés jurídico que resulta sacrificado.

No obstante, una parte de la doctrina europea ha advertido que este enfoque, centrado casi exclusivamente en la garantía del acceso del paciente, corre el riesgo de invisibilizar la dimensión antidiscriminatoria de la objeción de conciencia desde la perspectiva del profesional sanitario. En particular, Julian Rivers ha subrayado que la objeción no puede concebirse únicamente como una excepción funcional al deber profesional, sino que debe analizarse también desde el derecho a no ser discriminado por motivos de religión o

67 Rafael NAVARRO-VALLS-Javier MARTÍNEZ-TORRÓN-Maria José VALERO ESTARELLAS, *Eutanasia y objeción de conciencia*, Palabra, Madrid 2022, 46.

convicciones en el ámbito laboral. Desde esta óptica, la negativa sistemática a prever acomodaciones razonables puede constituir una forma de discriminación indirecta cuando normas aparentemente neutrales producen un impacto desproporcionado sobre profesionales con determinadas convicciones morales o religiosas. Rivers advierte que un uso rígido del derecho antidiscriminatorio, concebido exclusivamente como instrumento de garantía del acceso, puede transformarse en una “cláusula de cierre” del pluralismo moral, generando una uniformidad coercitiva incompatible con los valores que el propio ordenamiento europeo dice proteger⁶⁸.

La contribución del Derecho de la Unión Europea refuerza esta conclusión. Aunque la Unión Europea no ha regulado de forma específica la objeción de conciencia en el ámbito de la afirmación de género, el principio de igualdad y no discriminación constituye un eje estructural del ordenamiento europeo. A partir del artículo 19 TFUE, de la Carta de los Derechos Fundamentales (arts. 21 y 35) y de la jurisprudencia del Tribunal de Justicia, la identidad de género ha sido integrada de manera estable en la protección frente a la discriminación por razón de sexo. Desde *P. c. S. and Cornwall County Council* hasta *MB, NH y C.O. c. Rumanía*, el TJUE ha reiterado que no pueden imponerse condiciones arbitrarias o desproporcionadas que afecten al disfrute de derechos vinculados a la identidad de género⁶⁹.

Aunque estos pronunciamientos no versan directamente sobre la atención sanitaria ni sobre la objeción de conciencia, sí proyectan indirectamente un marco normativo exigente frente a cualquier práctica —incluidas las eventuales negativas profesionales— que genere un trato adverso o desproporcionado en el acceso a servicios públicos esenciales vinculados a la identidad de género.

68 Julian RIVERS, *The Law of Organized Religions: Between Establishment and Secularism*, Oxford University Press, Oxford, 2010, esp. caps. 7 y 10.

69 TJUE, *P. c. S. and Cornwall County Council*, C-13/94, sentencia de 30 de abril de 1996; *K.B. c. NHS Pensions Agency*, C-117/01, sentencia de 7 de enero de 2004; *MB c. Secretary of State for Work and Pensions*, C-451/16, sentencia de 26 de junio de 2018. En estos asuntos el Tribunal ha interpretado el principio de igualdad de trato entre hombres y mujeres y la no discriminación en materia de seguridad social de forma que incluye a las personas trans en la protección frente a la discriminación estructural derivada de su identidad de género. En el marco de la Directiva 2000/78/CE, *NH c. Associazione Avvocatura per i diritti LGBTI - Rete Lenford*, C-507/18 (sentencia de 23 de abril de 2020), aborda la aplicación de la prohibición general de discriminación en el empleo, aunque no trata directamente la identidad de género.

En este marco, la objeción de conciencia institucional encuentra un encaje muy limitado. Si bien el artículo 9 CEDH protege el ejercicio colectivo de la libertad religiosa y la autonomía de las confesiones⁷⁰, la jurisprudencia europea no ha reconocido un derecho general de objeción de conciencia a entidades que actúan como prestadores de servicios públicos sanitarios. Los sistemas sanitarios europeos, caracterizados por una fuerte responsabilidad estatal en la provisión de servicios esenciales, exigen criterios de uniformidad y continuidad asistencial. En consecuencia, las instituciones públicas —y las entidades privadas que actúan funcionalmente como parte de la red pública— están obligadas a garantizar la prestación efectiva de los servicios sanitarios legalmente reconocidos, incluso cuando poseen una identidad ideológica o religiosa propia⁷¹. De ahí que, en la práctica, esta exigencia se proyecte también sobre los centros confesionales integrados en la red pública.

En definitiva, el modelo europeo configura una doctrina de la objeción de conciencia en la atención sanitaria claramente más restrictiva que la estadounidense: ausencia de cláusulas generales, carácter excepcional e individual de la objeción, efectividad material del derecho a la protección de la salud del paciente, imposibilidad de las objeciones institucionales y el escrutinio reforzado cuando están en juego colectivos vulnerables, como el de las personas transgénero. Aunque persisten diferencias entre los Estados miembros, este conjunto de principios configura hoy el marco europeo de referencia —de carácter jurisprudencial y funcional— para la articulación entre libertad de

⁷⁰ Vid. Francisca PÉREZ-MADRID, *La aplicación de las leyes de igualdad por parte de las confesiones religiosas. Criterios jurisprudenciales del TEDH*, en AA.VV., *Actas de las XLIII Jornadas de Actualidad Canónica de la Asociación Española de Canonistas. Celebradas en Madrid, 3-5 abril de 2024*, Dykinson, Madrid 2024, 199-221. Vid. también Montserrat GAS-AIXENDRI, *Autonomia delle confessioni religiose e discriminazione di genere*, *Archivio Giuridico* 1 (2025) 3-47 (<https://doi.org/10.53148/AG202501001>); Silvia MESEGUER VELASCO, *Igualdad de género y autonomía de las confesiones religiosas. Jurisprudencia reciente*, *Estudios eclesiásticos* 100 (2025) 849-884 (<https://doi.org/10.14422/ee.v100.i395.y2025.004>); Juan M. NAVARRO FLORIA, *El cambio de identidad de género frente a la autonomía de las confesiones religiosas*, *Anuario de Derecho Eclesiástico del Estado* (2024) 507-529 (https://doi.org/10.55104/ADEE_00032).

⁷¹ Sobre la neutralidad del Estado y la autonomía de las confesiones religiosas en la jurisprudencia del TEDH, vid. María José VALERO-ESTARELLAS, *Neutralidad del Estado y autonomía religiosa. Un análisis de la jurisprudencia del Tribunal Europeo de Derechos Humanos*, Tirant lo Blanch, Valencia 2022, *passim*.

conciencia, acceso a la salud e igualdad, especialmente cuando están en juego colectivos vulnerables.

Ahora bien, incluso desde posiciones que sostienen que solo las personas físicas poseen propiamente conciencia moral, resulta indiscutible que las instituciones religiosas y los entes con ideario propio son titulares de la libertad religiosa y, como tal, del derecho a preservar su identidad doctrinal y ética. Esta autonomía religiosa —reconocida en el derecho europeo y constitucional comparado— implica un margen legítimo de autoorganización en aquellas decisiones que afectan directa o indirectamente a dicha identidad. Aunque el marco europeo no reconoce un derecho general de objeción institucional, los centros sanitarios privados con ideario propio que no actúan como proveedores exclusivos ni como brazos funcionales del sistema público deben disponer de un espacio limitado para definir su proyecto asistencial, sin que se les imponga una neutralidad funcional absoluta como condición para su existencia u operatividad.

V. LA OBJECCIÓN DE CONCIENCIA EN EL ORDENAMIENTO ESPAÑOL: CONFIGURACIÓN CONSTITUCIONAL Y DESAFÍOS EN LA ATENCIÓN SANITARIA

Conforme a la doctrina constitucional reiterada, la Constitución Española reconoce la libertad ideológica y religiosa (art. 16 CE), pero de este precepto no se desprende automáticamente un derecho fundamental de objeción de conciencia. Su existencia, configuración y alcance quedan supeditados a la *interpositio legislatoris*, es decir, a los supuestos que el legislador regule de forma expresa. Así lo estableció ya la STC 15/1982, al vincular la objeción a la libertad de conciencia, exigir una mediación normativa para su plena eficacia y admitir únicamente un contenido mínimo constitucionalmente exigible; y lo confirmó, con especial taxatividad en el ámbito sanitario, la STC 53/1985, que negó la existencia de un derecho general a objetar y remitió su eventual reconocimiento a la ley⁷². Este planteamiento, si bien ofrece seguridad jurídica en términos de acceso a las prestaciones, deja abiertas cuestiones relevantes cuando la expansión de nuevas prestaciones sanitarias no viene acompañada de una regulación específica sobre eventuales conflictos de conciencia.

En este marco doctrinal, resulta particularmente relevante la sentencia de la Sala de lo Social del Tribunal Superior de Justicia de Canarias, de 19

⁷² STC 15/1982, de 23 de abril.

de octubre de 2023, por su impacto en el acceso efectivo a prestaciones sanitarias vinculadas a la afirmación de género⁷³. Aunque el litigio se refería al reintegro de gastos –mastectomía y faloplastia– y no examinaba directamente una objeción de conciencia, la resolución ofrece criterios de alcance general. El tribunal confirmó el derecho al reintegro de la faloplastia ante una denegación injustificada y la ausencia de derivación a un centro público de referencia, y mantuvo, en cambio, la negativa respecto de la mastectomía por incumplimiento de criterios clínicos objetivos (no haber transcurrido un año de hormonación). La Sala subrayó, además, el agravamiento clínico del paciente –ansiedad e ideas autolíticas– derivado de la dilación administrativa, y recordó el deber positivo de la Administración de garantizar un acceso real y efectivo a la prestación, incluida la obligación de articular mecanismos de derivación cuando el propio sistema carece de disponibilidad.

Desde una perspectiva sistemática, aun cuando la resolución no se pronuncia expresamente sobre la objeción de conciencia, su razonamiento proyecta criterios relevantes para la delimitación de su eventual alcance en el ámbito sanitario. En primer lugar, el tribunal reconoce que las intervenciones solicitadas –mastectomía y faloplastia– se integran en el tratamiento médico de la disforia de género, tienen finalidad terapéutica y responden a protocolos clínicos reglados, considerando en particular la faloplastia como necesaria para la salud física y psicológica del paciente. Esta caracterización como prestación sanitaria necesaria –y no como procedimiento electivo o meramente estético– resulta jurídicamente significativa, en la medida en que estrecha el margen para que eventuales objeciones de conciencia puedan justificar, por sí solas, la ausencia de provisión efectiva de la prestación, al menos desde la perspectiva del deber institucional de garantía.

En segundo lugar, el TSJ afirma que el Servicio Canario de Salud incumplió su obligación de asegurar el acceso efectivo a la faloplastia, atendiendo a la inexistencia de centros públicos disponibles, los retrasos prolongados, la ausencia de una alternativa asistencial real y el agravamiento clínico del paciente derivado de la dilación. Este razonamiento refuerza la idea de que el sistema sanitario se encuentra sujeto a un deber positivo de provisión o de-

73 TSJ de Canarias, Sala de lo Social, Sentencia de 19 de octubre de 2023. Vid. nota institucional del CONSEJO GENERAL DEL PODER JUDICIAL, disponible en: <https://www.poderjudicial.es/cgpj/es/Poder-Judicial/Noticias-Judiciales/El-TSJ-de-Canarias-condena-a-Sanidad-por-negarle-la-operacion-de-cambio-de-sexo-a-una-persona-transexual->

rivación, de modo que cualquier ejercicio de la objeción de conciencia –en la medida en que resulte jurídicamente admisible– que genere bloqueos podría entrar en tensión con dicha obligación.

En tercer lugar, la Sala otorga relevancia al riesgo de sufrimiento psíquico grave asociado a la dependencia del acceso oportuno a tratamientos especializados, así como al impacto clínico de las dilaciones administrativas. La vulnerabilidad estructural del paciente trans opera aquí como un criterio jurídico de interpretación, lo que sugiere que las objeciones de conciencia que incidan de forma significativa sobre colectivos especialmente vulnerables deben quedar sometidas a un escrutinio reforzado, en coherencia con los estándares constitucionales y europeos de protección.

En cuarto lugar, el tribunal aplica una noción amplia de urgencia sanitaria, que no se limita al riesgo vital inmediato, sino que comprende situaciones de riesgo grave para la salud mental, la estabilidad emocional o la dignidad del paciente. Desde esta perspectiva, en contextos en los que el retraso en la prestación comporta un perjuicio serio para la integridad psíquica, la objeción de conciencia podría quedar excepcionalmente limitada o inaplicable, de modo análogo a lo que ocurre en los supuestos de urgencia médica tradicional.

Finalmente, el Tribunal Superior de Justicia distingue entre la denegación basada en criterios clínicos objetivos –que considera legítima en relación con la mastectomía– y la denegación fundada en la imposibilidad del sistema de ofertar la prestación –que reputa injustificada en el caso de la faloplastia–. Esta distinción resulta relevante desde la óptica de la objeción de conciencia, en la medida en que no puede ampararse en valoraciones subjetivas sobre la idoneidad del tratamiento cuando éste se encuentra clínicamente indicado y protocolizado, estrechándose el margen de objeción conforme aumenta el grado de consenso médico y normativización asistencial.

No obstante, la sentencia no aborda expresamente cómo deben articularse los conflictos de conciencia del personal sanitario en contextos de alta especialización o escasez de profesionales, ni precisa los límites organizativos a partir de los cuales la acumulación de objeciones individuales podría generar, *de facto*, un bloqueo estructural. Esta ausencia de criterios explícitos deja abierta la cuestión de si, y en qué medida, el ordenamiento español debería avanzar hacia mecanismos de planificación o redistribución del personal que permitan compatibilizar la objeción individual con el deber de continuidad asistencial.

El razonamiento del TSJ canario se alinea con la jurisprudencia del Tribunal Europeo de Derechos Humanos. En *Goodwin c. Reino Unido* (2002), la Gran Sala afirmó que el justo equilibrio del Convenio se inclina decididamente hacia el reconocimiento efectivo de la identidad de género (arts. 8 y 12 CEDH) y que la sociedad debe tolerar determinados inconvenientes organizativos para salvaguardar la dignidad de las personas trans⁷⁴. En *Van Kück c. Alemania* (2003), el TEDH declaró vulnerados los arts. 6.1 y 8 CEDH por la negativa al reembolso de tratamientos de reasignación, al considerar que se trataba de medidas médicamente necesarias, y censuró la imposición de estándares probatorios desproporcionados que lesionaban la vida privada de la demandante⁷⁵. Estas pautas refuerzan un canon especialmente intenso de control frente a decisiones u objeciones que perjudiquen gravemente la salud mental, la estabilidad emocional o la dignidad del paciente, incluso cuando no esté comprometida la vida en sentido estrictamente biológico.

Sin embargo, el TEDH tampoco ha definido con precisión hasta qué punto los Estados están obligados a anticipar normativamente los conflictos de conciencia en prestaciones emergentes, ni ha delimitado de forma clara los márgenes de discrecionalidad organizativa cuando el acceso depende de un número reducido de profesionales disponibles. Esta indeterminación se traslada al plano interno y explica, en parte, la judicialización *ex post* de conflictos que podrían resolverse mediante una regulación *ex ante* más detallada.

El estándar interno se completa con otras resoluciones relevantes que, sin pronunciarse directamente sobre la objeción de conciencia en la atención sanitaria, contribuyen a delimitar su alcance. La STS (Sala IV) 257/2017 reconoce la identidad de género como categoría especialmente protegida y exige un canon reforzado de igualdad y no discriminación, trasladable por analogía a supuestos en los que la invocación de convicciones individuales pueda generar un trato adverso en el acceso a prestaciones sanitarias⁷⁶. Por su parte, la STC 99/2019 reconoce que la atención y el reconocimiento de la identidad de género de las personas trans se insertan en la dignidad y el libre desarrollo de la personalidad, legitimando medidas activas de protección y la remoción de barreras legales al cambio registral cuando concurre suficiente madurez y

⁷⁴ TEDH *Christine Goodwin c. Reino Unido*, Gran Sala, Sentencia de 11 de julio de 2002.

⁷⁵ TEDH *Van Kück c. Alemania*, Sentencia de 12 de junio de 2003.

⁷⁶ STS 257/2017, de 12 de abril.

una situación estable de transexualidad⁷⁷. Asimismo, diversas resoluciones de los tribunales superiores de justicia –en particular del TSJ de Cataluña– han afirmado el deber de tramitación y acceso a prestaciones y medicamentos con indicación clínica, en coherencia con la inclusión de la hormonación en la cartera de servicios y con su naturaleza no electiva cuando así lo determinan los protocolos asistenciales⁷⁸.

Este conjunto de decisiones contribuye a configurar un entorno normativo y jurisprudencial en el que la objeción de conciencia, aun cuando se admita de forma individual, encuentra límites particularmente estrictos cuando afecta al acceso efectivo a derechos vinculados a la dignidad, la identidad personal y la protección de la salud. Con todo, persisten zonas grises en la articulación entre igualdad, no discriminación y libertad de conciencia profesional, especialmente cuando la negativa individual no se basa en criterios clínicos, sino en convicciones morales o religiosas, y cuando la alternativa asistencial implica desplazamientos, demoras o una carga desproporcionada para el paciente. La jurisprudencia interna aún no ha fijado un estándar uniforme sobre cuándo tales cargas resultan constitucionalmente tolerables y cuándo constituyen una vulneración del derecho a la protección de la salud o del principio de igualdad.

A ello se añade un elemento que refuerza la necesidad de una regulación *ex ante* más precisa: la existencia de incertidumbres científicas relevantes en determinados ámbitos de la atención sanitaria vinculada a la disforia de género, especialmente en relación con protocolos de intervención y criterios de indicación clínica. Evaluaciones independientes recientes han puesto de relieve la importancia de distinguir con claridad entre la objeción de conciencia –de naturaleza moral o religiosa– y el ejercicio prudente del juicio clínico ordinario, basado en la evidencia disponible y en la valoración individual del paciente. La ausencia de esta distinción normativa favorece la judicialización *ex post* de conflictos que, en muchos casos, no remiten a convicciones de conciencia, sino a desacuerdos médicos legítimos. Un marco regulatorio claro permitiría proteger simultáneamente la integridad profesional del sanitario y el derecho del paciente a una atención adecuada, evitando que la objeción de conciencia sea invocada de forma impropia o, por el contrario, que el juicio clínico sea erróneamente tratado como una forma de discriminación.

⁷⁷ STC 99/2019, de 18 de julio.

⁷⁸ TSJ de Cataluña, Sala de lo Social, de 12 de julio de 2021.

Desde el punto de vista normativo, el aborto constituye actualmente el único supuesto con reconocimiento legal expreso de la objeción de conciencia en el ámbito sanitario. El art. 19.2 de la LO 2/2010 configura una objeción estrictamente individual, previa declaración o notificación y carente de efectos estructurales sobre el acceso; no permite la objeción institucional, la preventiva o general y cualquier ejercicio que comprometa la atención efectiva⁷⁹. Esta configuración ha sido avalada por la STC 44/2023 (Pleno), que confirma la constitucionalidad del sistema de plazos y refuerza las garantías de acceso frente a prácticas u objeciones que puedan desnaturalizar la prestación⁸⁰.

No obstante, el carácter singular y sectorial de esta regulación plantea la cuestión –todavía no resuelta– de si el modelo del art. 19.2 LO 2/2010 puede proyectarse analógicamente sobre otras prestaciones sanitarias sensibles, o si, por el contrario, su extrapolación exigiría una decisión legislativa expresa. La ausencia de una cláusula general de objeción sanitaria contribuye a la coherencia del acceso, pero deja al mismo tiempo un espacio de incertidumbre para los profesionales y para las administraciones sanitarias.

Finalmente, la Ley 4/2023, para la igualdad real y efectiva de las personas trans y para la garantía de los derechos LGTBI, no contempla una cláusula específica de objeción de conciencia en la atención sanitaria integral⁸¹. Por el contrario, diseña la prestación como ordinaria del sistema público de salud y obliga a los poderes públicos a adecuar los servicios y a remover los obstáculos que impidan la igualdad efectiva y la no discriminación. Este silencio normativo refuerza la primacía del acceso, pero desplaza la gestión de los conflictos de conciencia al plano organizativo y judicial, sin pautas claras sobre prevención, planificación o gestión anticipada de objeciones individuales.

En coherencia con el marco constitucional y europeo, el modelo español puede sintetizarse en los siguientes rasgos: objeción únicamente individual y caso a caso; reconocimiento legal expreso limitado al aborto; prohibición absoluta de la objeción institucional en el ámbito de los servicios públicos sanitarios; primacía del derecho del paciente y del deber positivo de garantizar el acceso efectivo; y protección reforzada de la identidad de género como

⁷⁹ Ley Orgánica 2/2010, de 3 de marzo, de salud sexual y reproductiva y de la interrupción voluntaria del embarazo, art.19.2, <https://www.boe.es/buscar/act.php?id=BOE-A-2010-3514>

⁸⁰ STC 44/2023, de 9 de mayo.

⁸¹ Ley 4/2023, de 28 de febrero, para la igualdad real y efectiva de las personas trans y para la garantía de los derechos LGTBI.

categoría jurídica relevante en el ámbito sanitario. Al mismo tiempo, este modelo deja abiertas cuestiones no menores relativas a la planificación sanitaria, la gestión de objeciones acumuladas y la delimitación de cargas tolerables para el paciente, que previsiblemente seguirán siendo objeto de desarrollo jurisprudencial y debate doctrinal⁸².

VI. CONSIDERACIONES FINALES

El estudio comparado de los modelos estadounidense, europeo y español revela que la objeción de conciencia en el ámbito sanitario —y, en particular, frente a las prestaciones vinculadas a la afirmación de género— no constituye un fenómeno homogéneo, sino el resultado de equilibrios jurídicos condicionados por la estructura constitucional de cada sistema y por su comprensión del pluralismo democrático. El análisis confirma que este conflicto no puede formularse en términos binarios: en él convergen concepciones divergentes de la práctica sanitaria, del estatuto normativo de la conciencia y del alcance de la igualdad en el acceso a los servicios públicos.

El modelo estadounidense refleja una concepción robusta de la libertad religiosa como elemento estructural del pluralismo. Su arquitectura —basada en la *Religious Freedom Restoration Act*, en cláusulas legislativas de conciencia y en una intensa judicialización— ha dado lugar a un sistema permeable a las acomodaciones, incluida la objeción institucional. Este enfoque, si bien protege la integridad moral del profesional y de las instituciones con ideario propio, ha generado un modelo territorialmente desigual y un panorama normativo inestable.

Europa responde a una lógica distinta. El acceso sanitario constituye el valor preeminente y la objeción se concibe como una excepción estricta, esencialmente individual y subordinada a la protección efectiva del paciente. Ni el CEDH ni la jurisprudencia del TEDH reconocen un derecho general de objeción de conciencia en la atención sanitaria, y el respeto a las convicciones del profesional queda supeditado a la continuidad asistencial y a la inexistencia de vacíos de protección, especialmente cuando están en juego colectivos vulnerables. En este marco, la objeción institucional carece de encaje jurídico.

España se sitúa de forma coherente en esta tradición. La Constitución no reconoce un derecho general de objeción derivado del artículo 16 CE, y su configuración depende de una mediación legislativa expresa, presente úni-

82 Ministerio de Igualdad, *Estrategias estatales LGTBI y trans*, 22 de julio de 2025.

camente en el ámbito del aborto. Fuera de ese supuesto, el ordenamiento no prevé una cláusula general de objeción sanitaria, y la Ley 4/2023 integra los tratamientos de afirmación de género como prestaciones ordinarias del sistema de salud, reforzando la primacía del acceso. Todo ello somete a la objeción a un régimen especialmente estricto: individual, referida a actos concretos, sin efectos estructurales y condicionada a la existencia de alternativas reales e inmediatas.

Este marco no debería implicar la deslegitimación automática de las objeciones planteadas por los profesionales. Las reservas frente a determinadas intervenciones pueden responder a convicciones éticas profundas o a razonamientos clínicos prudenciales, que no equivalen a un rechazo de la dignidad o identidad de la persona atendida. La justicia constitucional exige determinar no solo el interés público perseguido por la norma, sino el daño real que sufriría la igualdad en el acceso si se acomoda al objetor en casos puntuales y fungibles. La objeción no cuestiona la validez de la norma, sino la necesidad de adaptar su cumplimiento en supuestos concretos, lo que obliga a un escrutinio caso por caso⁸³.

Aunque el conflicto entre la objeción de conciencia y la atención sanitaria a las personas trans no admite soluciones absolutas, conviene recordar que el derecho constitucionalmente protegido no es, en principio, el de ser atendido por un profesional concreto, sino el de acceder de manera razonable y efectiva al sistema de salud. La experiencia comparada demuestra que la conciencia profesional y la garantía de los derechos del paciente no son bienes antagónicos, siempre que existan mecanismos institucionales capaces de asegurar continuidad asistencial, derivación eficaz y salvaguardias frente a eventuales represalias o exclusiones laborales.

En esta línea, la doctrina italiana ha propuesto un criterio útil para orientar la ponderación: la fungibilidad de la obligación jurídica⁸⁴. Cuando la prestación puede ser realizada con igual eficacia por otro profesional que no tenga objeción moral, restringir la conciencia del objetor carecería del requisito de necesidad y proporcionalidad. Este enfoque permite compatibilizar la protección del acceso con el respeto a la integridad moral del profesional, evitando

83 Rafael NAVARRO-VALLS - Javier MARTÍNEZ-TORRÓN- María José VALERO ESTARELLAS, *Eutanasia y objeción de conciencia*, cit., 45.

84 Sobre la relevancia de la *fungibilità dell'obbligazione* como criterio para la ponderación en casos de objeción de conciencia, vid. Sergio COTTA, *Coscienza e obiezione di coscienza (di fronte all'antropologia filosofica)*, Iustitia, XLV (1992), 110-123.

que la igualdad opere como una cláusula de cierre que anule cualquier manifestación de pluralismo en el ámbito sanitario.

Al mismo tiempo, excluir sistemáticamente las convicciones morales o religiosas del espacio profesional puede generar discriminación indirecta en el ámbito laboral, como ha subrayado Julian Rivers⁸⁵. La igualdad no exige la eliminación de toda diferencia moral, sino su integración ponderada en estructuras organizativas que eviten tanto la denegación del acceso del paciente como la marginalización del profesional objetor. La ausencia de acomodaciones razonables puede traducirse en estigmatización profesional, bloqueos en la carrera o exclusión de determinadas áreas clínicas.

Una conclusión semejante puede extraerse del Informe del Comité de Bioética de España sobre la objeción de conciencia en la prestación de ayuda para morir⁸⁶. Aunque referido a otro ámbito, el Comité subraya que la objeción es una garantía del pluralismo moral y no un privilegio individual, y que su reconocimiento exige a las administraciones articular mecanismos organizativos que aseguren simultáneamente el acceso efectivo del paciente y la protección de la integridad moral del profesional. El Estado —y no el objetor— es quien debe garantizar la continuidad asistencial, de modo que la objeción no se transforme en un obstáculo estructural ni en una fuente de exclusión profesional. Esta lógica, plenamente compatible con el marco europeo, refuerza la necesidad de soluciones institucionales que permitan compatibilizar igualdad, pluralismo y conciencia en ámbitos sanitarios especialmente sensibles.

Finalmente, la experiencia comparada demuestra que los conflictos que surgen entre la protección de la conciencia profesional y la garantía de los derechos del paciente exigen una gobernanza sanitaria activa, con mecanismos de derivación, planificación anticipada y salvaguardias frente a represalias o exclusión profesional. Asimismo, requiere distinguir con claridad entre objeción moral —de naturaleza perfectamente identificable— y desacuerdos clínicos basados en incertidumbres científicas o evaluaciones prudenciales. Esta lógica requiere, además, avanzar hacia marcos organizativos *ex ante* que

85 Julian RIVERS, *The Law of Organized Religions: Between Establishment and Secularism*, Oxford University Press, Oxford, 2010, caps. 7 y 10.

86 Informe del Comité de Bioética de España sobre la objeción de conciencia en relación con la prestación de la ayuda para morir de la ley orgánica reguladora de la eutanasia, 15 de julio de 2021, nota 7, par. 7, 26-32, <https://comitedebioetica.isciii.es/wp-content/uploads/2023/10/Informe-CBE-sobre-la-Objecion-de-Conciencia.pdf>

prevengan conflictos innecesarios y eviten que la articulación de la objeción dependa exclusivamente de la resolución judicial caso por caso.

A ello se añade que no puede ignorarse que una parte relevante de los conflictos analizados se ve agravada por la existencia de incertidumbres científicas significativas en determinados ámbitos de la atención sanitaria vinculada a la identidad de género. Como ha subrayado el informe Cass, esta situación refuerza la necesidad de distinguir cuidadosamente entre la objeción de conciencia propiamente dicha —de naturaleza moral o religiosa— y el ejercicio legítimo de la prudencia clínica, basado en la evidencia disponible y en la valoración individualizada del paciente. La confusión entre ambos planos no solo empobrece el debate jurídico, sino que incrementa el riesgo de judicializar desacuerdos médicos razonables o, en sentido inverso, de desnaturalizar la objeción de conciencia tratándola como una forma de discriminación.

Solo desde esta lógica —que elude los enfoques de suma cero y se guía por criterios de necesidad y proporcionalidad— es posible compatibilizar el pluralismo moral, la libertad de conciencia y la igualdad en el acceso a la salud. En última instancia, esta articulación no supone jerarquizar derechos, sino concretar el principio de indivisibilidad de los derechos humanos. Este equilibrio constituye la vía más adecuada para proteger de manera efectiva tanto la dignidad de las personas trans como la integridad moral de quienes participan en su atención sanitaria.