ARTÍCULO DE REVISIÓN

OBJECCIÓN DE CONCIENCIA, PRINCIPIOS BÁSICOS DE BIOÉTICA Y EL COMPROMISO DE CONCIENCIA

Dr. Pio Iván Gómez Sánchez¹

“Yo soy católico –le dije a Juan Pablo II- pero también soy Presidente de una República cuyo estado es laico, [...] no tengo por qué imponer mis convicciones personales a mis conciudadanos [...]. “Comprendo perfectamente el punto de vista de la Iglesia Católica y como cristiano, lo comparto. Juzgo legítimo que la Iglesia pida a los que practican su fe que respeten ciertas prohibiciones, pero no le corresponde a la ley civil imponerlas con sanciones penales al conjunto del cuerpo social”.

Valery Giscard. Expresidente de Francia¹

La palabra objeción deriva del latín *ob-iactare* y la usan escritores cristianos del siglo IV para referirse al rechazo de los creyentes a venerar al Emperador Romano como Divinidad. En 1935, Billy y Lillian Gobitas, fueron expulsados de su escuela en Minersville (Pennsylvania) por negarse a saludar a la bandera de su país, ya que de acuerdo a sus creencias aquello constituía un acto de idolatría (Éxodo 20:3-5). Después de varios juicios, finalmente la Suprema Corte de los Estados Unidos dictamina que estaban en su derecho de ejercer su libre expresión y libertad de culto amparados por la Primera enmienda de la Constitución de su país al expresar sus convicciones religiosas, las cuales incluirían el negarse a cualquier forma de veneración a algún símbolo de unidad nacional². Desde hace siglos la filosofía ha precisado que la objeción de conciencia es el señalamiento que la razón hace para indicar el desacuerdo de un acto humano con el conjunto de los juicios deónticos por los cuales se regula el comportamiento del ser humano. Así, la conciencia no sería algo distinto que una especie de voz interna que juzga cuál es la regla de actuar frente a situaciones concretas. Esta voz interior, obedece a consideraciones, valores o principios intrínsecos de cada persona, los cuáles pueden oponerse a lo que manda la Ley que deba hacerse o no realizarse. Ello no es otra cosa distinta que el reconocimiento expreso del Derecho Fundamental que las personas tienen en todo momento y circunstancia, de atender las voces de su conciencia sobre el juicio que haga acerca de lo correcto o

incorrecto de una acción concreta. Se asume que quien objeta no pretende cambiar la norma sino sólo que se le exima de su cumplimiento por razones de conciencia. Ahora bien, en la esencia de la objeción está, que quien objeta acepta realizar otras prestaciones, como consecuencia de la exención que solicita.

Se han descrito múltiples formas de objeción de conciencia, a manera de ejemplo algunas:

- 1) La objeción a donar sangre: es la de quien rehúsa donar sangre cuando se ha decretado en una ley que debe ser obligatorio. No debe confundirse esta objeción con quienes rechazan para sí la transfusión de sangre, pues con tal conducta no se incumple un deber impuesto por el ordenamiento jurídico.
- 2) La objeción profesional: es la de quien rehúsa tomar parte en la fabricación y el comercio de armas de guerra, o en cualquier investigación científica sobre instrumentos, máquinas o sustancias a los cuales pueda llegar a dársele un uso bélico.
- 3) La objeción médica o sanitaria: es la de quien por ejemplo, rehúsa a intervenir en la interrupción voluntaria del embarazo, o en actos de eutanasia.
- 4) La objeción fiscal: es la de quien rehúsa el pago total o parcial de un impuesto, por considerar moralmente inaceptable su destinación.
- 5) La objeción al juramento: es la de quien rehúsa poner a Dios por testigo o por garante en el marco de actuaciones administrativas.
- 6) La objeción al culto cívico: es la de quien rehúsa participar en ceremonias públicas cuya finalidad sea honrar el Estado y rendir homenaje a sus emblemas.
- 7) La objeción al sufragio: es la de quien rehúsa emitir su voto en elecciones y en cualquier forma de consulta popular en países donde las leyes imponen a la ciudadanía el sufragio obligatorio.
- 8) La objeción al mandato superior: es la de quien rehúsa cumplir una orden impartida por la persona a la cual está jerárquicamente subordinado(a).
- 9) La objeción al servicio militar.

La reflexión que debemos hacer es ¿cómo funcionaría esto en casos de atención en salud? ¿Deberíamos los(as) profesionales de la salud poder objetar conciencia? No hay consenso al respecto pero algunas sociedades han manejado este dilema colocando algunas reglas y limitaciones a la objeción de conciencia médica.

¹ Médico, Ginecólogo, Epidemiólogo, Magíster en Salud Sexual Reproductiva
-Profesor Titular y Director Grupo de investigación en Salud Sexual y Reproductiva, -Universidad Nacional de Colombia
-Asesor Médico Principal IPPF/RHO
-Coordinador Comité de Derechos Sexuales y Reproductivos de la Flásog

Algunas personas definen la objeción de conciencia médica como la negativa del (a) profesional a realizar por motivaciones éticas y/o religiosas, determinados actos ordenados por la Ley y/o tolerados por la autoridad competente en un momento determinado y la consideran “una acción de dignidad moral y ética, siempre que las razones sean serias, sinceras, razonadas, reiteradas y se refieren a situaciones fundamentales y profundas”³.

El (la) objetor(a) debe tener una actitud respetuosa y de profesionalismo con respecto a quien solicita su intervención asistencial, a pesar de su rechazo a esta última. Se debe respetar al mismo tiempo los derechos, en el sentido ético y jurídico de las personas solicitantes del servicio.

Es interesante revisar algunos códigos de ética médica. Dice El Código de Deontología de la Organización Médica Colegial de España, Capítulo VI⁴. De la Reproducción Humana, Artículo 26:

1.- El médico tiene el derecho a negarse por razones de conciencia a aconsejar alguno de los métodos de regulación y de asistencia a la reproducción, a practicar la esterilización o a interrumpir un embarazo. Informará sin demora de su abstención...

2.- El médico podrá comunicar al Colegio de Médicos su condición de objetor de conciencia a los efectos que considere procedentes, especialmente si dicha condición le produce conflictos de tipo administrativo o en su ejercicio profesional. El Colegio le prestará el asesoramiento y la ayuda necesaria. Dice el Código de Deontología de Cataluña, Capítulo I⁵. Principios Generales, Artículo 6: Ningún médico podrá ser ni discriminado ni rechazado cuando, por fidelidad a su conciencia, se niegue a utilizar o utilice una determinada terapéutica o medio de diagnóstico. Sin embargo, será necesario que el médico, en todos los casos, lo haya advertido antes personalmente al paciente o, cuando se trate de un incapacitado o un menor, a la persona directamente responsable de éste.

BIOÉTICA

El fin último de la medicina, tradicionalmente ha sido el procurar la mejoría de la persona enferma evitando hacer daño, según la máxima dudosamente atribuida a Hipócrates: “*primum non nocere*”³⁴; sin embargo, la Bioética como disciplina no surge hasta la segunda mitad del siglo XX. Se empiezan a cuestionar algunas acciones médicas. Por ejemplo: ¿Por qué un avance médico debería crear una discriminación médica? ¿Cómo y quién elegía a los candidatos? La respuesta a estos interrogantes no recaía sobre los médicos, sino sobre una representación de la comunidad. Después del primer trasplante cardíaco realizado en Ciudad del Cabo, Suráfrica, a finales de los años sesenta del siglo XX, se plantea el dilema de cómo definir la muerte clínica.

El término bioética fue acuñado por el oncólogo norteamericano Potter quien en 1970 publica el artículo “Bioethics, the science of survival”. En Estados Unidos, la bioética se desarrolla muy próxima a la ética médica que estaba más

centrada en el individuo y con relación a la investigación en seres humanos. Históricamente debemos remitirnos a 1947 cuando el Tribunal Militar Norteamericano de Núremberg condena a varios médicos nazis por sus experimentaciones con prisioneros de guerra. El Código de Núremberg⁶ define entonces las condiciones de la experimentación humana en la misma línea que la Declaración Universal de los Derechos Humanos de 1948 al exigir:

1. Consentimiento informado y voluntario
2. Ceñirse al método científico más avanzado
3. Un fin benéfico y evaluación riesgo–beneficio
4. Reversibilidad de los posibles daños

En 1964 la Asociación Médica Mundial integra estos principios en la Declaración de Helsinki⁷, en la que se enfatiza sobre la importancia de la evaluación científica y ética colectiva de la investigación, así como la protección a personas vulnerables. Se reconoce la importancia de la evaluación ético–científica por comités de investigación que aparecen en Estados Unidos desde 1960 (International Review Boards). Se reconocen los derechos de los pacientes, enfatizando en su autonomía y se cuestiona el paternalismo médico que no sólo decidía los tratamientos de los pacientes sino a veces hasta asuntos morales. La Bioética va evolucionando y cada vez más, actores no médicos pueden aportar al tema médico con base en la creciente influencia de éstos para la sociedad y el individuo en particular. Por ende, no es de sorprender que la bioética choque con una concepción más tradicional de la ética médica en la que el médico tenía el poder de decisión.

PRINCIPIOS DE LA BIOÉTICA

En el año 1974, el Congreso de los Estados Unidos creó una comisión para elaborar directrices éticas con el objetivo de proteger y garantizar los derechos de las personas incluidas en estudios de investigación biomédica, ya que ocasionalmente en el “afán experimentador” se llegaba a abusos. Como consecuencia, en 1978 se redactó el Informe Belmont⁸, uno de los primeros documentos escritos sobre bioética. En éste se reconocía la necesidad del respeto a la opinión de las personas enfermas (autonomía), de la práctica profesional beneficente y de la justicia. Un año más tarde, Beauchamp y Childress introducían en la reflexión bioética el concepto de no maleficencia que es aceptado universalmente como cuarto principio.

La bioética extrae mucho de las éticas teóricas y prácticas de la historia de la filosofía. También se ha esforzado en construir su propia teoría; el principialismo⁹ que es un anglicismo que designa un conjunto de principios éticos mínimos universalmente aceptables destinados a guiar la resolución de conflictos que surgen en la práctica biomédica en un medio pluriétnico. El principialismo es un enfoque típicamente norteamericano indisoluble del origen de la bioética hasta finales de los años 1980, cuando fue objeto de críticas crecientes. El contexto de su concepto es la sociedad norteamericana multicultural e individualista, así como una práctica médica cada vez más experimental y con avances importantes en varias áreas (reproducción asistida, trasplante de órganos, etc), y contractualista (la relación médico–paciente constituye un contrato, ya no es más una relación

34 “lo primero es no hacer daño”

desigual en la que el /la paciente se supedita a la decisión del médico quien se supone, sólo quiere y hace lo que es mejor para su paciente), en ruptura con el paternalismo dominante en la ética médica tradicional.

La primera expresión del principialismo es el Informe Belmont (1978-1979) que sólo considera tres principios (respeto por las personas, beneficencia y Justicia); la formulación clásica es la de Beauchamp y Childress (1979), *Principles of Biomedical Ethics*, con los cuatro principios, autonomía, beneficencia, no maleficencia y justicia.

Principio de la autonomía: se define como la obligación de respetar los valores y opciones personales de cada individuo en aquellas decisiones básicas que le atañen. Presupone incluso el derecho a equivocarse al hacer una elección. Este principio constituye el fundamento para la regla del consentimiento libre e informado en el que se asume al paciente como una persona libre de decidir sobre su propio bien y que éste no le puede ser impuesto en contra de su voluntad por medio de la fuerza o aprovechándose de su ignorancia.

Principio de beneficencia: es la obligación de hacer el bien, como uno de los principios clásicos hipocráticos. En el clásico modelo paternalista el/la profesional podía imponer su propia manera de hacer el bien sin contar con el consentimiento del/a paciente. El actuar ético no postula solamente el respeto de la libertad del/a otro/a: incluye el objetivo del bien. Como las miradas del bien son múltiples, dependen de las personas y las comunidades, este principio debe ser subordinado al de la autonomía. No se puede buscar hacer un bien a costa de hacer un daño: por ejemplo, el experimentar en humanos por el “bien de la humanidad”, no se puede hacer sin contar con el consentimiento de las personas, y menos sometiéndolos a riesgos o causando daño.

Principio de no maleficencia: consiste en el respeto de la integridad del ser humano y se hace cada vez más relevante ante los avances técnico-científicos. El principio de no maleficencia es un aspecto de la ética médica tradicional “*primum non nocere*”³⁵, pero lo relativiza y actualiza: el/la profesional no está obligado/a a seguir la voluntad del/a paciente si la juzga contraria a su propia ética. Generalmente coincide con la buena práctica médica que le exige al/a profesional darle al/a paciente los mejores cuidados prescritos por el estado del arte. No obstante, la posición moral del/a profesional se inspira también en conceptos filosóficos o religiosos que sus pacientes no comparten: si el/la profesional estima contra su conciencia practicar un aborto o una inseminación artificial, este principio lo/la autoriza a oponer un rechazo a esta demanda (objeción de conciencia), pero tiene la obligación moral de referir a otro/a colega no objector/a.

Principio de justicia: consiste en el reparto equitativo de cargas y beneficios en el ámbito del bienestar vital, evitando la discriminación en el acceso a los recursos sanitarios. Este principio impone límites al de autonomía, ya que pretende que la autonomía de cada persona no atente a la vida, libertad

y demás derechos básicos de las otras personas. En este principio se entra en el campo de la filosofía social y política; se trata de regular la distribución o la asignación de los recursos limitados, insuficientes para la satisfacción de todas las necesidades y solicitudes. Estos problemas se plantean por ejemplo en las listas de espera para trasplantes de órganos o en la distribución de presupuestos para políticas de salud. Las críticas al principialismo se basan en su carácter idealista de los principios que serían de poca ayuda para aclarar las decisiones en situaciones concretas. El principialismo asume un /a paciente ideal: consciente, informado/a, libre, educado/a de forma occidental, capaz y deseoso de tomar su destino en las manos y con pocas restricciones contextuales. Pero en la vida cotidiana el/la paciente real presenta limitaciones y dependencias relacionadas con su nivel sociocultural y educativo, así como con su estado psicológico. Un concepto sustancial del principio de autonomía que enuncie no un postulado universal de autonomía de las personas sino un imperativo moral que ordene al/a profesional no sólo respetar la voluntad de su paciente, sino también cultivar y desarrollar su autonomía podría ser moralmente satisfactorio. Pero de esta forma el principio de autonomía solo sería la expresión de un principio de beneficencia determinado que afirma que hacer el bien, actuar moralmente, consiste primero en respetar y cultivar la autonomía de cada persona; es decir, la capacidad de decidir en forma consciente, racional y voluntaria por sí mismo/a, sin someterse a la influencia de los demás y sin tener en cuenta los sentimientos, creencias y temores. Si bien es cierto el principialismo convencional comprende los cuatro principios, mencionados, la bioética ha continuado en su empeño de encontrar otros principios a lo largo de su historia. De acuerdo a Gilbert Hottois¹⁰, profesor belga de Filosofía en la Universidad Libre de Bruselas, cuya especialidad es la Bioética, hoy podemos hablar de los principios de dignidad, de sacralidad de la vida, de cientificidad (“lo que no es científico, no es ético”), de seguridad (ausencia de consecuencias, defectos marginales o de riesgos físicamente dañinos), de proporcionalidad (ventajas, riesgos, costos), de vulnerabilidad (una mayor vulnerabilidad, exige una mayor protección), de precaución, de desarrollo sostenible y de las 3 R (reemplazo, reducción y refinamiento).

PAPEL DE PROFESIONALES DE LA MEDICINA

Los y las profesionales de la medicina y particularmente especialistas en Ginecología y Obstetricia debemos procurar el acceso equitativo a los servicios de salud de la mujer independientemente de edad, raza, estado civil, socioeconómico o religioso. Los derechos sexuales y derechos reproductivos hacen parte integral de los derechos humanos. Los seres humanos tenemos derecho al más alto nivel de atención en salud sexual y reproductiva, así como el derecho a decidir tener o no relaciones sexuales sin coacción, discriminación o violencia, a tener acceso a anticonceptivos seguros, eficaces, accesibles y de su elección. De igual forma, derecho a la integridad de su cuerpo, la mutilación asociada al sexo de una persona o a sus funciones sexuales es éticamente inaceptable. En la salud sexual y reproductiva existen diversos dilemas éticos que tienen que ver con todos los episodios más significativos de la vida (nacimiento, reproducción y envejecimiento). Los dilemas morales van desde las necesidades básicas en salud y derechos humanos

hasta las consecuencias del creciente conocimiento científico y uso del genoma humano. Es así como la Federación Internacional de Ginecología y Obstetricia en 1985 crea el Comité para el Estudio de la Ética en la Reproducción Humana y en la Salud de la Mujer. Tenemos el deber ético de defender el cuidado de la salud de la mujer, teniendo en cuenta la vulnerabilidad de las mismas, la discriminación y la violencia de género. Es nuestro deber informar a la comunidad y opinión pública sobre temas de salud sexual y salud reproductiva así como promover debates que influyeran en la legislación en salud. La mujer tiende a ser vulnerable por motivos sociales económicos y culturales. El principio de autonomía enfatiza el rol preponderante de la mujer en la toma de decisiones sobre su atención en salud. Ella debe contar con toda la información disponible. Sobre los diferentes tratamientos, incluyendo riesgos y beneficios para que tome una verdadera elección informada y luego dar su consentimiento. Históricamente en nuestra profesión, el/la médico/a se ha sentido obligado/a a conservar el secreto profesional. La confidencialidad y la privacidad son dos conceptos que van de la mano, teniendo ésta última un marco conceptual más amplio que comprende aspectos de las decisiones, del examen físico y de la información. La privacidad de las decisiones tiene que ver con el derecho humano a elegir en especial en lo referente a tratamientos médicos, acorde con la autonomía personal sin la intervención de terceros.

La privacidad en el examen físico hace referencia al derecho de dar o no permiso para su reconocimiento físico y si el permiso se concede se requiere ser muy cuidadosos en la exposición del cuerpo. La privacidad de información tiene que ver con la confidencialidad del tratamiento médico, siendo lo más importante de estas obligaciones éticas y en especial donde pueda haber acceso informático al alcance de terceros. Hoy se reconocen los principios de protección de los datos personales que deben:

- Ser precisos y estar al día, ser adecuados, pertinentes y escuetos, ser mostrados al paciente para que verifique su veracidad, no ser almacenados por más tiempo que el que requieren los intereses del paciente, ser protegidos contra el debido acceso, haya seguridad contra pérdida o destrucción accidentales, y ser de rápido acceso.

Se recomienda que: Los/las pacientes tengan derecho prioritario al control de la confidencialidad de sus datos; los/las médicos/as y entidades clínicas garanticen que los datos que conserven de los pacientes sean exactos, completos y escuetos, para su almacenamiento; los pacientes competentes tengan derecho a acceder a su historial médico, a la interpretación del mismo y a objetar a que se incluyan en este, informaciones concretas. Todo médico/a tenga el deber de respetar y salvaguardar los derechos particulares de sus pacientes a la privacidad y confidencialidad de su información clínica en todo escenario, incluidos los no oficiales (por ejemplo conversaciones en vestíbulos, ascensores, reuniones sociales, publicaciones y conversaciones). La seguridad de la información clínica, especialmente cuando se retransmite entre instituciones o a pacientes que poseen medios de correo electrónico, requiere estricta adhesión a los protocolos de seguridad y a los de protección de datos.

Además el/la médico/a deberá defender la continua mejora de la seguridad de los sistemas electrónicos de grabación. No todos los componentes de un equipo médico tengan derecho al acceso a la información de los pacientes; no obstante, una vez conocida, cabe a todos ellos la misma obligación de confidencialidad. Cuando la salud de un/a paciente tenga consecuencias nocivas para otros, el /la médico /a tenga la obligación de consultar con la persona y obtener su consentimiento para que la información pueda comunicarse a quienes sea menester. En caso de amenaza directa e inmediatamente identificable contra la vida de una persona concreta, el/la profesional tendrá derecho a informar de los riesgos a quienes corresponda. Generalmente, los/las pacientes tengan derecho a ser informados sobre la salud de los menores que dependan de ellos y participar en la toma de decisiones. Sin embargo, el desarrollo de la capacidad de los menores para tomar decisiones sanitarias se encuentra en continua evolución, y en los casos en que el menor entienda las cuestiones médicas, el/la profesional quedará justificado para vedar información a la familia del menor. Esto también corresponderá cuando la revelación de la información pueda conducir a perjudicar directa o gravemente al menor. No se comunicará información alguna sobre el paciente a compañías de seguros ni a sus representantes médicos, ni tampoco a otras entidades, si no se cuenta para esto con el consentimiento expreso y bien informado de la persona de que se trate. Debe hacerse el máximo esfuerzo para que se garantice la confidencialidad de la historia clínica cuando su vulneración pueda repercutir sobre la seguridad personal de una mujer o sobre su acceso a tratamiento médico. Esto podría necesitar que se mantengan registros por separado o códigos de separación relativos a aspectos sensibles, garantía de la privacidad y particularidad de conversaciones con el personal médico y claros mecanismos para la comunicación de resultados o pruebas, que deberán convenirse con cada mujer. La separación de historiales y mediante códigos podría comprometer al régimen sanitario de la persona, pero esta posibilidad deberá debatirse con ella. La información sanitaria se deberá facilitar para investigaciones médicas y la mejora de los sistemas sanitarios, siempre y cuando que se mantenga anónima. Muchas de las circunstancias que rodean a los encuentros médicos de otro modo confidenciales, podrían poner en peligro la confidencialidad. La identidad de una clínica, el membrete en la carta de un paciente, el color de los comprimidos anticonceptivos y otros particulares podrían identificar información clínica que hubiera debido ser confidencial. Hay que atender a estas pistas secundarias que rodean a los encuentros médicos para conservar la confidencialidad y son parte esencial de garantizar al paciente su confidencialidad en los tratamientos clínicos. Incluso cuando un/a médico/a no tenga relación con un/a paciente, toda información clínica que reciba sobre él/ella, deberá mantenerse en régimen de estricta confianza.

CONCEPTOS CLAVE

La falta de claridad en la objeción de conciencia y de reglas claras ha permitido por ejemplo¹¹: -La firma de un tratado En Eslovaquia con el Vaticano mediante el cual se garantiza el ejercicio absoluto e ilimitado de la objeción de conciencia de funcionarios públicos, pero sólo de acuerdo con la moral católica. -En Mississippi, un(a) portero(a) puede impedir la

entrada de una mujer a una clínica, cuando ella expresa que viene a practicarse un aborto. -En Wisconsin, un farmacéuta puede negarse a vender anticonceptivos a una mujer aunque tenga la receta médica, no está obligado a referirla a otra farmacia y además le puede retener la receta.

Aspectos básicos sobre la objeción de conciencia ¹²:

- Hay que hacer claridad en que la objeción de conciencia como derivada de una libertad ideológica, es un derecho individual que **no** puede ser ejercido por una institución (Hospital, centro de salud, etc.), sobre todo si es pública o con financiación pública. Las instituciones no pueden invocar un ideario propio como un derecho a ponderar los derechos constitucionalmente tutelados y están obligadas a proporcionar los servicios y las prestaciones reconocidas por el sistema de salud. La objeción es en todo caso una decisión individual y no institucional, que aplica exclusivamente a prestadores directos y no a personal administrativo.

- No se puede negar u ocultar información sobre los derechos de la gestante en materia de Interrupción Legal del Embarazo ni coartar la voluntad de la gestante para persuadirla de su decisión.

- Se debe brindar la orientación necesaria y referirla inmediatamente a un/a prestador/a no objetor/a entrenado/a y dispuesto/a dentro de la misma institución u otra de fácil acceso que garantice la atención.

- Cuando el (la) objetor(a) es el(la) único(a) profesional con capacidad de brindar el servicio y/o no sea posible la referencia oportuna a un(a) prestador(a) no objetor(a), o cuando la mujer requiera atención de urgencia, debe realizarlo en cumplimiento de la obligación última del prestador de proteger la vida o la salud de la mujer.

- La objeción de conciencia, la no objeción de conciencia o el antecedente de haber practicado o realizado una ILE, no podrá constituir una circunstancia de discriminación para la gestante, profesionales de la salud ni prestadores (as) de servicios de salud.

EL COMPROMISO DE CONCIENCIA¹³

La Declaración Universal de los Derechos Humanos de 1948 señala que las personas tenemos el derecho de actuar y de abstenernos de actuar de conformidad con nuestra conciencia personal. Se da fuerza legal a este derecho a través del Pacto Internacional de Derechos Civiles y Políticos que en su artículo 18 dispone que: «Toda persona tiene derecho a la libertad de pensamiento, de conciencia y de religión. Este derecho incluye la libertad de tener o de adoptar la religión o las creencias de su elección, y la libertad, ya sea de forma individual o colectiva, de manifestar su religión o creencias en el culto, la observancia, la práctica y la enseñanza». La expresión libertad de la «conciencia y de religión», confirma que la religión no tiene el monopolio de la conciencia.

El Pacto establece claramente que la protección de la conciencia individual no es absoluta, si no que su ejercicio debe respetar la conciencia de los demás y el mismo artículo dispone que la libertad de manifestar su religión o creencias estará sujeta únicamente a las limitaciones prescritas por la ley que sean necesarias para proteger la seguridad, el

orden, la salud o los derechos y libertades fundamentales de los demás. Esta disposición requiere que al igual que el equipo sanitario anticipa el respeto de su propio derecho de conciencia, demuestre igual respeto por el derecho de conciencia de sus pacientes.

El equipo de salud asume responsabilidades éticas de las personas y comunidades que sirve. La práctica ética por lo general incluye un compromiso profesional a la obligación de no abandonar a las y los pacientes que les han confiado su cuidado.

Es un desafío ético para el equipo sanitario equilibrar las responsabilidades con sus pacientes y las convicciones de su conciencia personal. El desafío ha llegado a centrarse en temas como la anticoncepción, la esterilización, el aborto, y algunos actos de atención al final de la vida. Debido a que varias personas que lideran jerarquías

religiosas han condenado la participación del equipo de salud en este tipo de servicios, el reto de los/as profesionales no es sólo la objeción de conciencia a la participación, si no también tener un compromiso consciente con su participación. Por ejemplo, el cumplimiento de la petición de un/a paciente para la anticoncepción, la esterilización o el aborto, de acuerdo con sus intereses, en un hospital cuya filiación religiosa hace que sea hostil a la entrega de dichos servicios.

El colectivo médico, más que cualquier otro, debe encarnar el valor incondicional de la conciencia social. La médica y el médico deben ser sujetos éticos independientes con autonomía de conciencia. Lamentablemente este gremio en lugar de reafirmarse como una corporación libre con ética elevada, se ha dejado convertir en el decir de Hans Thomas en «meros mercaderes de servicios biotécnicos a la carta». La ética hipocrática rezaba: «No dispensaré a nadie un tóxico mortal activo, incluso aunque me sea solicitado por el paciente, tampoco daré a una mujer un medio abortivo», lo que de hecho en nuestros días sería una prohibición a la eutanasia y a la interrupción voluntaria del embarazo. **La ética médica actual debe basarse en el compromiso de conciencia.**

La postura de la objeción de conciencia puede limitar el acceso a la anticoncepción, la esterilización, el aborto, el acceso a tecnologías reproductivas y a la eutanasia, entre otras, y se puede acomodar adecuadamente a la legislación y la ética siempre que quien objeta refiera a sus pacientes a personal adecuado y accesible que no se oponga a estas prácticas.

Sin embargo, el ejercicio de la conciencia no es solo rehusarse a brindar ciertos servicios sino que contrariamente por razones de conciencia es posible proveerlos. La provisión del aborto por razones de conciencia la describe muy bien el sociólogo Carole Joffe, quien se refiere a la experiencia de profesionales que han brindado abortos seguros con poco que ganar y mucho que perder, frente a multas, encarcelamientos, y pérdidas de su licencia médica. Lo hicieron al ver mujeres morir por abortos autoinducidos y abortos realizados por

personas no calificadas, y al hacerlos, honraron «la dignidad de la humanidad», por razones de conciencia.

La historia nos muestra cómo personas pertenecientes o no al área de salud, impulsadas por su compromiso de conciencia, han desafiado las leyes, la oposición religiosa y hasta el propio gremio médico, para atender poblaciones vulnerables. Por ejemplo, las personas pioneras de la anticoncepción se opusieron a entes médicos, estatales y religiosos. Ya en 1797, Jeremy Bentham abogaba por medios de control de la natalidad y en el siguiente siglo, John Stuart Mill fue encarcelado por distribuir volantes con información anticonceptiva. Charles Bradlaugh y Annie Besant sufrieron persecuciones en 1877 por la venta de folletos sobre control de natalidad.

En 1915, Margaret Sanger, una enfermera estadounidense que trabajó en los guetos de Nueva York y abogaba por el control de la natalidad, huyó a Reino Unido, donde conoció y motivó a la botánica inglesa Marie Stopes. Fueron valientes pioneras que desafiaron inicialmente al gremio médico, al poder de la religión organizada, a la convención conservadora y vieron recompensado su compromiso de conciencia con la aceptación popular y política de la planificación familiar.

Un evento histórico sucedió en el Reino Unido en el año de 1938, después que el Ministerio de Salud y el Ministerio del Interior crearan el Comité Interdepartamental (Birkett) sobre aborto para la «reducción de la mortalidad y la morbilidad maternas por esta causa». En ese entonces un obstetra del St. Mary Hospital de Londres, Aleck Bourne, interrumpió el embarazo de una víctima de violación de 14 años de edad, e informó al Comité Birkett de las realidades del aborto por conciencia. Posteriormente, fue procesado por aborto criminal en el Tribunal Penal Central de Londres, el juicio resultó en su absolución y creó jurisprudencia cuando se estableció la legalidad del aborto terapéutico.

Henry Morgentaler en Montreal, hablaba en contra de la ley restrictiva de aborto en Canadá y se sentía obligado de conciencia para ayudar a las mujeres desesperadas y desfavorecidas que entonces acudían a él en busca de tratamiento. Fue perseguido desde 1973 y encarcelado varias veces. Trasladó su clínica a Ontario y en 1984 fue procesado por conspiración por llevar a cabo abortos ilegales. El jurado lo absolvió y cuando la Corte de Apelación de Ontario ordenó su nuevo juicio, apeló a la Corte Suprema de Canadá. La invocación de las disposiciones de la Carta Canadiense de Derechos y Libertades de 1982, hizo que Tribunal Supremo aceptara su afirmación de que las restricciones al aborto del Código Penal violaban los derechos humanos de las mujeres, y las declaró inconstitucionales y nulas.

El Presidente del tribunal supremo de Canadá dictaminó que intimidar a una mujer mediante la amenaza de sanción penal para llevar a término un embarazo por encima de sus propias prioridades y aspiraciones, es una profunda interferencia en su cuerpo y por lo tanto una violación de su seguridad.

Es de conocimiento público el caso del Dr. Jack Kevorkian, patólogo armenio-estadounidense que ocasionó controversia

por la aplicación de la eutanasia a 130 pacientes. Su lema era «morir no es un crimen». En 1999 fue sentenciado a una pena de 10 a 25 años de prisión por homicidio.

En Colombia el médico Gustavo Quintana, a sus 66 años, ha practicado más de 100 eutanasias en el país. Sus pacientes han sido enfermos terminales incluyendo un pequeño bebé de once meses que nació con un defecto congénito que generaba un daño cerebral degenerativo. Dice el Dr. Quintana: «siempre he creído que acompañar a morir a un paciente es un deber ético de un médico, a pesar de que los médicos cristianos creen que soy un asesino o un criminal, ¿cómo no entender el dolor de una personas a la cual ni la morfina ni los analgésicos le funcionan?» «La muerte no es lo contrario de la vida, solo es la parte final de la vida y la vida en mi opinión no es de Dios, no es de la familia, es de cada quien. De ahí nace el derecho de que cada quien disponga el momento final de su vida»

También en Colombia, el doctor Jorge Villarreal Mejía en 1977 crea la Fundación Oriéntame, quien decidió, ante la grave problemática del aborto inseguro en el país, brindar servicios de aborto, lo que le costó por muchos años la antipatía de instancias académicas y gremiales médicas, pero su compromiso de conciencia lo llevó a luchar contra viento y marea con la idea de que las mujeres no tenían que morir por un aborto. Decía el Dr. Villarreal: «El intercambio con profesionales de la salud en los múltiples *aspectos del aborto, me ha fortalecido en esta convicción: la única manera de modificar la indiferencia, inercia y apatía en relación con el tema es haciendo conscientes los aspectos NO* médicos del aborto y luchando por desenmascarar el embarazo no deseado, no solo como origen sino como el aspecto más grave e importante del aborto»

Y es necesario mencionar en Uruguay el exitoso modelo de iniciativas sanitarias contra el aborto provocado en condiciones de riesgo que logró erradicar la mortalidad por aborto con el razonamiento de que «la mujer, como ser humano consciente es la más capaz de tomar las mejores resoluciones sobre su vida y su salud»

El compromiso de conciencia a la práctica ética y el bienestar de los y las pacientes siguen inspirando a médicas y médicos para no cumplir con prácticas religiosas requeridas por algunos hospitales. En el decir del Dr. Bernard Dickens de la Universidad de Toronto y Presidente del Comité de Ética de la FIGO «profesionales con compromiso de conciencia a menudo necesitan coraje para *actuar en contra de la Ortodoxia legal, religiosa y médica imperante, siguiendo la honorable ética médica de colocar los intereses de los pacientes por encima de los suyos*»

REFERENCIAS

1. Giscard V. El Poder y la Vida. Ed: El País Aguilar Madrid, 1988
2. Gómez P.I. Principios básicos de Bioética. Revista Peruana de Obstetricia y Ginecología, 2009; 55(4): 230-233
3. Rodríguez JM .Manual de Ética y Deontología. Ed: Organización Médica Colegial de España. 2010
4. Consejo General De Colegios Oficiales De Médicos. Código de Deontología Médica. 2011
5. Código de Deontología del Col·legi Oficial de Detectius Privats de Catalunya. 1992
6. The Nuremberg Code 1947. En: Mitscherlich A, Mielke F. Doctors of infamy: the story of the Nazi medical crimes. New York: Schuman, 1949
7. Manzini J. Declaración de Helsinki: Principios Éticos para la Investigación Médica sobre Sujetos Humanos. Acta Bioethica 2000; 6(2):320-334
8. The National Commission for the Protection of Human Subjects of Biomedical and Behavioral Research. Ethical Principles and Guidelines for the Protection of Human Subjects of Research. The Belmont Report, 1979
9. Requena, P. Sobre la aplicabilidad del principialismo norteamericano, en Cuadernos de Bioética XIX , 2008; 26.
10. Hottos G. Qu'est-ce que la bioéthique? Paris, Vrin (Chemins philosophiques), 2004
11. Roa Mónica. La objeción de conciencia en el aborto, escudo, no espada. <http://razonpublica.com/index.php/econom-ysociedad-temas-29/1451-la-objecion-de-conciencia-en-el-aborto-escudo-no-espada.html>. Consultado en febrero 13 de 2016
12. FIGO Committee for the study of ethical aspects of human reproduction and women's health. Ethical issues in obstetrics and gynecology. 2009. Disponible en: <http://www.figo.org/files/figo-corp/Ethical%20Issues%20-%20English.pdf>. Consultado en febrero 14 de 2016
13. Objeción de Conciencia Un Debate sobre la Libertad y los Derechos. Edición Cotidiano Mujer. ISBN: 978-9974-8451-2-1. Abril, 2014