

**ALEJANDRO MADRAZO  
ESTEFANIA VELA  
CECILIA GARIBI  
(Coordinadores)**

**DISCUSIONES SOBRE  
GÉNERO, SEXUALIDAD  
Y DERECHO  
TALLER 2010**

**Derecho, Salud y Bioética**

# OBJECCIÓN DE CONCIENCIA\*

Bernard M. Dickens  
Canadá

## 1. La protección de la conciencia

El disfrute de la libertad de conciencia es un derecho humano importante. Este derecho está reconocido en la *Declaración Universal de Derechos Humanos* (DUDH) de las Naciones Unidas (ONU) y es vinculante por virtud del *Pacto Internacional de Derechos Civiles y Políticos* (PIDCP). El artículo 18 (1) del PIDCP dispone lo siguiente:

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, así como la libertad de manifestar su religión o sus creencias, individual o colectivamente, tanto en público como en privado, mediante el culto, la celebración de los ritos, las prácticas y la enseñanza.<sup>1</sup>

El lenguaje que se utiliza es significativo en varios sentidos. Para empezar, se redactó utilizando el estilo sexista de la mitad del siglo XX,<sup>2</sup> cuando se aceptaba referirse a las personas con el genérico masculino, esto es, cuando se asumía que la referencia al hombre incluía también a la mujer, a menos que el contexto excluyera a las mujeres, como cuando se hacía referencia al “padre”. Esto, a pesar de las intenciones de

---

\* Traducido por Estefanía Vela y Claudia Torres.

<sup>1</sup> <<http://www2.ohchr.org/spanish/law/ccpr.htm>>.

<sup>2</sup> Nota de edición: En inglés, incluso hoy, el PIDCP habla del derecho del hombre de adoptar la religión o creencia de su elección (*his choice*) y de manifestar su religión o creencia (*his religion or belief*) como él quiera. Aunque en español el artículo habla genéricamente de “la persona”, se tomó la decisión de dejar este párrafo y explicar la referencia.

sus autores, no implicaba una igualdad entre los sexos porque el razonamiento nunca iba en el sentido contrario: cuando se escribía sobre la elección de “ella”, nunca se entendía que incluyera la de “él”. Implicaba una desigualdad porque dependía del principio de que “lo más incluye lo menos”, pero no al revés. Esta forma masculina de redactar se considera ofensiva hoy.\*\*

El lenguaje también es significativo porque protege la “conciencia y [la] religión”. La conciencia puede estar basada en la religión, pero la religión no tiene el monopolio de la conciencia y puede incluir creencias que son ofensivas para la conciencia, como aquellas que subordinan a las mujeres o que las excluyen del mismo estatus o los mismos derechos que gozan los hombres. La conciencia puede estar basada en convicciones seculares que las doctrinas religiosas no reconocen, como la libertad de los individuos de cambiar o abandonar una afiliación religiosa. Las prácticas religiosas no son inmunes al escrutinio de la conciencia y pueden ser condenadas, desde ahí, por no ser éticas, como ocurre en el reclamo hacia los privilegios injustificados de un cierto grupo religioso. Los líderes religiosos pueden ser responsables moralmente porque sus conductas violan estándares humanitarios de compasión, aunque no necesariamente por los excesos que sus seguidores han cometido, y que ellos no provocaron.

El derecho a la conciencia requiere que sea ejercitado de forma que sea consistente con los derechos de los otros. Así, dispone el artículo 18 (3) del PIDCP:

La libertad de manifestar la propia religión o las propias creencias estará sujeta únicamente a las limitaciones prescritas por la ley que sean necesarias para proteger la seguridad, el orden, la salud o la moral públicos, o los derechos y libertades fundamentales de los demás.

Es interesante que, mientras que el artículo 18 (1) protege la “libertad de pensamiento, conciencia y religión”, el deber de proteger “los derechos y libertades fundamentales de los demás” del artículo 18 (3) está dirigido a limitar la manifestación de “la propia religión o las propias creencias”. Nadie puede estar actuando con conciencia si está negando el derecho de conciencia de otros y otras, pero la forma en la que está articulada esta norma puede reflejar la experiencia histórica de la dominación religiosa, las proclamaciones de supremacía y la opresión de los que creen en otras religiones o en ninguna.

## 2. El objeto de protección de la objeción de conciencia

Han surgido nuevos objetos de tutela de la objeción de conciencia con la liberalización de las leyes históricamente conservadoras relativas a la reproducción huma-

---

\*\* Por ende, durante la lectura del texto se sugiere recordar que los genéricos masculinos (*verbigracia*: líderes, médicos, anesthesiólogos, administradores, pacientes, etcétera), se refieren también a *las* líderes, *las* médicas, *las* anesthesiólogas, *las* administradoras, *las* pacientes, etcétera (N. del T.).

na, especialmente con la promoción del concepto de “salud reproductiva”. Este concepto se originó en la Organización Mundial de la Salud (OMS), en donde adquirió un apoyo internacional generalizado a partir de la *Conferencia Internacional sobre la Población y el Desarrollo* de 1994, que tuvo lugar en El Cairo. El concepto obtuvo un respaldo absoluto en 1995, en la *Cuarta Conferencia Mundial sobre la Mujer*, en Beijing. La salud reproductiva implica que las personas, sobre todo las mujeres, deben tener los medios para controlar su fertilidad sin tener que abstenerse de sostener relaciones sexuales, y que pueden decidir si, cuándo y qué tan seguido quieren tener hijos e hijas. Estos medios han sido descritos como “planeación familiar”, con un enfoque en la prevención de embarazos no deseados y en el espaciamiento entre los nacimientos, pero ahora también incluyen la preservación de la fertilidad y la reproducción asistida. Esta última incluye a la inseminación artificial, la donación de gametos y diversas variantes de la fertilización *in vitro*, que permite que una mujer fertilice un embrión con el propósito de entregarle a otra familia el bebé una vez que nazca, conforme a un contrato de “maternidad subrogada”.

Muchos, si no es que todos estos medios han sido condenados y han recibido oposición por parte de autoridades religiosas conservadoras que han iniciado, exhortado y apoyado leyes que criminalizan el conocimiento y uso generalizado de métodos de anticoncepción, esterilización y aborto. También han mostrado oposición a la legalización de la reproducción asistida y, más recientemente, a la investigación con células madre. En el otro lado del espectro de la vida humana, también se oponen a los medios para el cuidado del término de la vida, que privilegian la preservación del confort y la dignidad de pacientes que se acercan a la muerte, que a la preservación de la duración de sus días.

Es objeto de controversia, y cada vez también de objeción, el hecho de que, por la historia política de Europa, y de Italia, en específico, el Vaticano, a través de la Santa Sede, goza de una membresía parecida a la de los Estados en la Organización de las Naciones Unidas (ONU). Esto le otorga a la Iglesia católica romana un privilegio único entre las religiones cristianas y no cristianas, ya que tiene una representación, una voz y, muchas veces, un voto en las reuniones de las naciones organizadas por la ONU.

Gracias a ello, el Vaticano envió una delegación a la *Conferencia Internacional sobre la Población y el Desarrollo* de 1994; y a pesar de excluir a las mujeres del orden y, por lo tanto, de la autoridad al interior de la Iglesia, mandó una representación extraordinariamente grande a la *Cuarta Conferencia Mundial sobre la Mujer* en Beijing. Sus delegados se opusieron fervientemente a la aceptación del concepto de “salud reproductiva”, al grado de buscar una alianza con las delegaciones más reaccionarias del Islam y otras naciones. En dos conferencias de la ONU donde se proclamó a la salud reproductiva como una meta legítima de la política de derechos humanos, y se apoyó la liberalización progresiva de las leyes para alcanzar esa meta, el Vaticano promovió la resistencia a los medios para lograrlo; primordialmente, a la anticoncep-

ción, la esterilización y el aborto. Proteger la libertad de conciencia de una persona es valioso en sí mismo, pero la protección sistemática de estos servicios médicos para proteger la objeción de conciencia de sus proveedores sugiere que existe un motivo oculto: que los pacientes que quieren estos servicios, especialmente las mujeres, no pueden acceder a ellos.

### 3. El alcance de la protección de la objeción de conciencia

La objeción de conciencia a los procedimientos de salud debería estar dirigida a los procedimientos en sí mismos, y no al lugar en el que puedan ser realizados. Parece hipócrita, por ejemplo, que los médicos que objetan a participar en procedimientos de aborto a efectuarse en hospitales financiados con recursos públicos, y que están sujetos a un régimen de responsabilidad especial, accedan a efectuarlos en clínicas menos transparentes, en donde, además, se cobra por el servicio. Esto debería provocar la condena en procedimientos disciplinarios públicos y profesionales, aunque es difícil exponer estos actos por el derecho a la confidencialidad de cada paciente. Si los practicante fundamentan su conciencia pública en principios religiosos, con todo, corresponde a sus líderes religiosos exponer y condenar el doble estándar.

Dado que la objeción de conciencia es un derecho humano, forma parte de los derechos de las personas físicas, pero no de las personas morales. Los hospitales, por lo general, disfrutan de personalidad jurídica que, por ejemplo, les permite pactar contratos, poseer edificios y terrenos, así como ser jurídicamente responsables por violaciones a las leyes a las que están sujetos. Esto, sin embargo, no les da derecho a invocar la objeción de conciencia. Ello determinó en la Corte Constitucional de Colombia, en febrero de 2008,<sup>3</sup> cuando se impidió que una joven víctima de violación tuviera acceso al aborto al cual tenía derecho. Una serie de hospitales estatales sostuvieron que tenían el derecho de negarle este procedimiento cuando su personal médico invocara la objeción de conciencia para declinar su participación en el aborto. La Corte Constitucional de Colombia sostuvo que el Estado era responsable por la negativa de sus hospitales de garantizar los derechos de la joven, y determinó que los hospitales, como tales, legalmente no pueden rehusarse a dictaminar el suministro del servicio con el argumento de que su personal invoca la objeción de conciencia para no prestar el servicio. Los hospitales no tienen un derecho a la objeción de conciencia.

La objeción de conciencia, por otro lado, sólo debe respetarse si existe una participación directa en los procedimientos. Esto es, los ginecólogos pueden rehusarse a efectuar o asistir en un aborto quirúrgico, y los médicos pueden rehusarse a recetar medicamentos para abortar. De forma similar, los anestesiólogos pueden rehusarse a

---

<sup>3</sup> Ésta es la sentencia T-209/08 (Acción de tutela interpuesta contra la EPS Coomeva y el Hospital Universitario Erasmo Meoz de Cúcuta), de la magistrada ponente Clara Inés Vargas Hernández, resuelta por la Corte Constitucional de Colombia el 28 de febrero de 2008.

anestesiarse a una paciente para que pueda practicarse un aborto quirúrgico, y la enfermera de quirófano puede elegir no asistir en esa operación e incluso declinar preparar a una paciente para la misma. Sin embargo, no se pueden evadir los deberes generales de enfermería, porque las pacientes buscan realizarse un procedimiento al cual tienen derecho y por el cual están internadas. Los cuidados posteriores a la operación no pueden negarse tampoco con base en la operación a la que se sometieron las pacientes.

En un fallo de la Corte Suprema de Justicia del Reino Unido, se determinó que el derecho a la objeción de conciencia de la secretaria de un médico no abarcaba su negativa a escribir una carta de referencia para servicios de aborto. La Corte distinguió entre la participación directa en los procedimientos médicos y los actos que están relacionados indirectamente con esos procedimientos, y sostuvo que estos últimos no caen dentro del ámbito de protección de la objeción de conciencia. Los tribunales canadienses, por su parte, no permiten la desobediencia civil para casos como los de los opositores y las opositoras al aborto que se rehúsan a pagar su parte de los impuestos con el argumento de que el gobierno le otorga los fondos a los hospitales que prestan el servicio. La participación directa en los procedimientos podría, potencialmente, justificar la objeción de uno de los participantes, pero no así cualquier otro tipo de participación menos directa, como la de referir a una paciente a otro “médico no-objeto”, o proveer el servicio de cuidado y confort general a las mujeres hospitalizadas por procedimientos de aborto.

#### **4. El argumento desde el profesionalismo**

##### ***a) Médicos***

En contra del argumento de los médicos en cuanto a que disfrutan de un derecho absoluto a la objeción de conciencia, está el hecho del monopolio que gozan sobre la prestación de los servicios médicos. Si cada uno de los médicos se rehúsa a prestar el servicio y sus pacientes quedan desprovistos del mismo, existe un abuso del monopolio. Con el monopolio viene el deber ético —que vincula a los gobiernos que crean el monopolio y a la profesión médica misma— de prestar los servicios, incluso con el costo de exigirle a los médicos actuar en contra de sus mismas conciencias. Los médicos que no estén dispuestos a aceptar esta responsabilidad, no son aptos para la práctica profesional de la medicina clínica. La mayoría de los códigos de ética de medicina clínica obligan a los médicos a considerar primero el bienestar de sus pacientes. Si no pueden cumplir con esta obligación en lo individual, el gremio debe asegurarse que se cumpla colectivamente, esto es, en un nivel macroético, si no se puede en el microético.

Los hospitales son creados o se les otorga una licencia por parte de las autoridades públicas, como los gobiernos, primordialmente para el beneficio de futuras pacientes, no para el beneficio de los médicos o los miembros de su equipo. Los médicos que se rehúsan a servir a las necesidades de las pacientes, y las comunidades que dependen de los hospitales para recibir los servicios a los que tienen derecho, deberían perseguir sus intereses profesionales en alguna otra carrera. Los hospitales tienen un interés en minimizar la incomodidad ideológica de sus miembros y pueden buscar reclutar sólo a aquellos que están dispuestos a efectuar los procedimientos a los cuales otros muestran oposición, con tal de asegurar el acceso oportuno a los servicios para sus pacientes. En caso de un conflicto, sin embargo, entre pacientes que tienen que recibir un servicio prescrito por el médico, y el médico mismo que objeta a este servicio, deben prevalecer los intereses de los pacientes, y los médicos deben aceptar que esta resolución es la condición para la práctica clínica de su profesión.

### ***b) Anestesiastas***

Los anestesiastas tienden a estar situados en la misma posición que los médicos. Una diferencia puede ser que cuentan con pocas opciones de participación clínica directa, fuera de la docencia, pero están sujetos al reto profesional de ser los únicos capaces de proveer el servicio al cual sus pacientes tienen derecho. Si los anestesiólogos se rehúsan a anestesiar a las pacientes en casos de aborto u otros específicos, argumentando una objeción de conciencia, y exponen a las pacientes a una cirugía sin anestesia, entonces ellos, sus hospitales, y posiblemente sus gobiernos, enfrentarían un juicio de responsabilidad, simplemente por hacer que sus pacientes sufran un tratamiento inhumano y degradante.

### ***c) Enfermeras***

Las enfermeras despliegan una serie de funciones. Las enfermeras de quirófano podrían objetar a participar directamente en procedimientos que consideran ofensivos; la preparación de pacientes para estos procedimientos parece ser una cuestión lo suficiente cercana como para ser de este tipo de participación. Sin embargo, el cuidado posterior a la operación no puede considerarse como participación directa, por lo que no se les puede negar a las pacientes este cuidado. Limpiar un quirófano después de que se ha realizado un aborto a un embarazo que estaba en el segundo o tercer trimestre puede ser de mal gusto o provocar estrés en muchas enfermeras, pero no queda claro que estén protegidas y puedan objetar, por principio, al procedimiento y que, por lo tanto, puedan sobrecargar a los colegas que no tienen ninguna objeción al procedimiento. El cuidado rutinario no implica una participación directa en los pro-

cedimientos médicos, por lo que las enfermeras no pueden rehusarse a prestar el servicio con base en sus objeciones personales a los procedimientos por los cuales las pacientes se internaron.

#### **d) Farmacéuticos**

Los farmacéuticos que se oponen a dar anticoncepción o drogas para un aborto médico, deben poder ser conciliados en la mayor medida posible. A quienes se oponen, sin embargo, a la anti-concepción, pero no al aborto médico, se les debe decir que la primera no implica un aborto, por lo que no pueden invocar su conciencia para negar el servicio. Más aún, si el número de farmacéuticos a los que la población tiene acceso es limitado, tal vez por encontrarse en un lugar apartado o con una población muy reducida, el Tribunal Europeo de Derechos Humanos determinó, en el 2001,<sup>4</sup> que los primeros deben proveer el servicio y encontrar otras formas de manifestar su oposición, que no impliquen negar el servicio a la población que depende de ellos. Si los farmacéuticos tienen el control de las farmacias en las que laboran —ya sea porque son dueños o gerentes—, deben asegurarse que siempre haya dependientes que no se opongan a la prestación de estos servicios. Esto es, no pueden manejar las farmacias de forma tal que la población quede desprovista del servicio.

#### **e) Administradores de hospitales**

Administrar un hospital no implica la participación directa en la prestación de los servicios. Por esta razón, los administradores no pueden rehusar la realización de procedimientos con base en la objeción de conciencia. La Corte Constitucional de Colombia falló en este sentido en el 2008. Más aún: si quienes van a participar directamente en los procedimientos objetan a los mismos, los administradores deben garantizar que habrá alguien más que los efectúe en sus mismos hospitales o deberán referir a sus pacientes a otros hospitales de forma oportuna, incluso si están de acuerdo con el personal objeto.

#### **f) El resto del personal**

Fuera de los médicos, anestesista y enfermeras, nadie puede involucrarse directamente en el cuidado de pacientes. Los consejeros deben dar a sus pacientes la información de los procedimientos, incluso si los consideran personalmente ofensivos,

---

<sup>4</sup> Éste es el caso de *Pichon and Sajous v. France*, Núm. 49853/99, Tribunal Europeo de Derechos Humanos, 2001.

porque tienen el deber de proveer una consejería imparcial. El personal de ambulancias y paramédicos tampoco pueden seleccionar a quién servir y a quién no, con base en sus conciencias. Trabajen en el sector público o el privado, sus contratos requerirán que presten el servicio desinteresadamente a quienes tengan el derecho a recibirlo, a menos que exista un acuerdo o una legislación que disponga lo contrario. Algunos contratos podrán liberar a los empleados y las empleadas de sus deberes por razones religiosas o de compasión, pero no porque se oponen a los servicios que sus pacientes exigen.

## 5. Responsabilidades de los médicos

En muchas jurisdicciones, los médicos disfrutan de un monopolio sobre la prestación del servicio médico. Por ejemplo, sólo los médicos con licencia pueden operar y prescribir medicinas, a la par de que cuentan con la protección del derecho, gracias a la regulación de la responsabilidad civil y penal. Si todos los médicos, dentro de un área específica, deciden negarse a prestar el servicio al que sus pacientes tienen derecho, existe un abuso del monopolio, el cual implica a la profesión como un todo, desde su autoridad representativa hasta a sus asociaciones informales, quienes deben asegurarse que sus pacientes reciban el servicio que sólo ellos pueden prestar. Si la profesión falla, se debe entrenar, equipar y autorizar legalmente a otros prestadores del servicio. Esto puede incluir, por ejemplo, autorizar a parteras y enfermeras especializadas para realizar abortos y prescribir drogas para abortar, así como referir a pacientes que sufren complicaciones con médicos que están obligados a atenderlos. En las partes del mundo en las que los médicos no estén disponibles, utilizar a un personal menos capacitado que, sin embargo, es adecuado para satisfacer las necesidades específicas de una población es cada vez más común. Los médicos no pueden justificar un monopolio cuando fallan en otorgar el servicio del cual dependen los pacientes.

Los hospitales existen para atender pacientes. Los códigos de ética médica comienzan afirmando que los y las médicos que son éticos, primero se preocupan por el bienestar de sus pacientes. Si los médicos eligieran esta profesión para utilizar la enfermedad y dependencia de sus pacientes para promover su propio bienestar religioso y salvación espiritual —anteponiendo sus intereses a los de sus pacientes—, tendrían un conflicto de intereses (en específico: un conflicto de interés propio). Esto no es profesional, y en muchos sistemas jurídicos, no es legal. No es que los médicos estén obligados siempre a sacrificar sus propios intereses, pero deben tratar de reconciliarlos con los de sus pacientes, refiriéndoles, al menos, con médicos que sí están dispuestos a otorgar el servicio al cual ellos objetaron. Si no pueden hacer esto, deben anteponer los intereses de sus pacientes a los propios, siguiendo la honorable e histórica tradición del sacrificio propio. Surge una barrera a esta tradición cuando la profe-

sión médica se concibe como una élite social, en la cual que sus pacientes son personas que no son dignas de su dedicación o sacrificio.

Cuando los médicos objetan a participar en ciertos procedimientos o servicios que son una opción médica para los pacientes, de cualquier forma están obligados, ética y —por lo general— legalmente, a proporcionarles información sobre ellos. No pueden negarse a informar sobre la viabilidad de ciertas opciones para sus pacientes so pretexto de que no quieren participar en esos procedimientos por una cuestión de objeción de conciencia. Si realizan un tratamiento sin haberles informado sobre las otras opciones que tenían, puede sostenerse que el primero se realizó sin que sus pacientes contaran con la información adecuada, lo que implica que no existió un consentimiento. Esto expone a los médicos a una responsabilidad legal por negligencia en caso de haber lesiones, y a una responsabilidad penal y civil por agresión.<sup>5</sup> Si los médicos agreden a sus pacientes —incluso sexualmente— no reduce el delito aunque lo hayan hecho cuidadosamente. Los médicos, legalmente, no pueden negarse a informar a las pacientes sobre los procedimientos a los cuales tienen derecho, con base en la objeción de conciencia.

Una forma de negligencia médica es el abandono de pacientes a quienes se ha inducido para confiar en un tratamiento, y se les ha proporcionado toda la información al respecto. Esto refuerza la obligación de referir a los pacientes a médicos que no objetan procedimientos, y que puedan satisfacer sus necesidades y deseos. Aquellos que no refieran de manera oportuna y adecuada enfrentan una responsabilidad legal por negligencia, al dejar a sus pacientes sin atención o por otorgarles un cuidado deficiente. Por ejemplo, los médicos que se rehúsan a tratar a pacientes que sufren de un aborto espontáneo, en el último término del embarazo hasta que el latido del feto no cese, son sujetos de responsabilidad por negligencia; a menos que, en su lugar, consigan otro médico que sí priorice las necesidades de las mujeres y prevengan que sufran una hemorragia interna y, en última instancia, una enfermedad pulmonar.

Las políticas de los hospitales que prohíben la esterilización o el aborto pueden estar sujetas a una excepción en casos de emergencia. La Iglesia católica, por ejemplo, acepta el principio filosófico del *Doble efecto*, por medio del cual se pueden separar los efectos de una intervención del propósito para la cual fue hecha. Por ejemplo, la operación a un hombre con cáncer en los testículos, a pesar de que lo deja estéril, no está considerada como una operación de esterilización. Se concibe como un tratamiento de cáncer que salva la vida y que tiene, como un efecto secundario, no intencionado, la esterilidad. Parte de la educación y práctica de los médicos debería incluir un entendimiento y aplicación adecuada de este principio. Esto es, que encararían un juicio por responsabilidad —particularmente por negligencia— si se rehúsan a cuidar a sus pacientes, argumentando una objeción de conciencia, cuando su religión les permite prestar el servicio. Aunado a ello, los miembros de los comités de ética en los

---

<sup>5</sup> *Assault*, en el original, que en distintas jurisdicciones internacionales constituye un delito (N. del T.).

hospitales, y las autoridades eclesiásticas que apliquen erróneamente este principio, también deberían ser responsables jurídicamente.

Se puede permitir un procedimiento que tenga dos efectos: uno bueno, que es el deseado —y puede preservar la vida o la salud de una paciente—; y otro no intencionado, considerado en sí mismo malo —como la terminación de un embarazo—. Se considera moralmente permisible realizar este procedimiento, siempre que:

1. La intención del acto sea buena;
2. No sea posible alcanzar el resultado deseado de otra forma que no implique provocar el efecto indeseado;
3. Que el efecto indeseado no sea el medio para el efecto deseado; y,
4. Que el efecto deseado sea igual a o mayor que el efecto indeseado.

Esta doctrina no siempre permite la terminación del embarazo. Un caso sería el de una mujer con lupus que desarrolla complicaciones que ponen en peligro su vida y para la cual el aborto sería un medio directo para su sobrevivencia. Sin embargo, si el médico, quizá bajo la guía de una autoridad religiosa, se rehusara a practicar un aborto para salvar la vida de una mujer, razón por la cual ésta resultara muerta, el médico, y posiblemente el religioso, resultarían responsables; el médico por negligencia, y ambos por homicidio involuntario o negligencia que deriva en muerte. Más aún, dado que muchos sistemas jurídicos contemplan la responsabilidad de personas morales, el hospital en el cual el médico trabaja también podría resultar responsable y recibir una multa significativa por ello. Si se establece que existe un patrón sistemático en el que se les pide a las mujeres que enfrenten la muerte, ya que los medios para evitarla están prohibidos por el hospital, también se podría demostrar una responsabilidad, en esta ocasión, por discriminación con base en el sexo.

## 6. Revelar la objeción

Se ha sostenido que los médicos que anteponen sus intereses a los de sus pacientes tienen un conflicto de intereses. Los médicos que se nombran “doctores de los fetos de las mujeres embarazadas que atienden”, y anteponen los intereses de estos por encima de los de aquéllas, tal y como ciertas directrices de las autoridades romano-católicas pueden indicarles, tienen un conflicto de compromiso, que puede acabar en un conflicto de intereses. Las soluciones legales aceptables para estos casos están entre la evasión —esto es, que ni siquiera se comprometan a practicar la medicina— y la revelación debida de la objeción de conciencia.

Conforme con ello, los médicos que pretenden negar el servicio al que las pacientes tienen derecho, deben revelar su intención antes de que las pacientes los soliciten. Por ejemplo, los médicos generales que se rehúsan a prescribir anticonceptivos; los médicos de urgencias o de centros de víctimas de violencia sexual que se rehúsan

dar anticonceptivos; y los ginecólogos que se rehúsan a esterilizar o abortar, deberían informarlo así a sus pacientes.

Si las pacientes son asignadas a cuidado médico a través de sistemas hospitalarios, durante el primer contacto debería ser informada sobre la postura médica, puesto que las pacientes pueden elegir la atención de otro médico que no objete los procedimientos que requieren. Si las personas se aproximan a los médicos en calidad de pacientes potenciales, los médicos deberían revelar los servicios a los cual podrían objetar. Deberían referir a los pacientes con médicos que sí estarían dispuestos a practicar el procedimiento; más aún cuando referir no implica una participación directa y no es objeto de la tutela de la objeción de conciencia. Esto es, los médicos que refieren a sus pacientes a otros médicos no reciben un pago por ello —ya que dividir los honorarios lleva a un conflicto de interés— ni tampoco comparten la responsabilidad —civil o penal— por los actos de los nuevos médicos. La referencia no es para que el médico nuevo efectúe el procedimiento al cual el viejo objeta, sino simplemente para que las pacientes cuenten con toda la información respecto de todas las opciones que tienen y a las cuales el médico nuevo no objeta, como lo puede ser la terminación del embarazo.

Las pacientes no tienen por qué lidiar con un médico que se rehúsa a proporcionarles los servicios a los que tienen derecho, por la objeción de conciencia. Dependiendo de cómo los médicos sean remunerados, esto puede llegar a implicar una violación contractual; y, si se dejan solas a las pacientes para que consigan por sí mismas lo que necesitan, negligencia criminal. Por esta razón, está en el interés de los médicos, así como en el de las pacientes, el que quienes atienden revelen de antemano sus objeciones y que quienes son atendidas sepan desde un inicio lo que pueden esperar de sus médicos.

La revelación de la objeción de conciencia no sólo debe realizarse a pacientes —actuales o potenciales—, sino a los administradores de los hospitales. La labor de estos últimos es facilitar el tratamiento oportuno de las pacientes, asegurándose la participación voluntaria y capaz de los médicos u otros miembros del personal —como las enfermeras. Como las pacientes, no deben enfrentarse a una decisión —que debe ser tomada rápidamente, en el momento— porque los médicos, o el personal se rehúsan a atender a las pacientes, por una objeción de conciencia. Ya que las instituciones como los hospitales no pueden alegar una objeción de conciencia —porque no tienen el derecho—, tienen que asegurarse que los médicos, y el personal presten el servicio de forma adecuada. Esto requiere que los administradores sepan de antemano quién objeta, para que pueda garantizar un personal no-objeto. No avisar con tiempo constituye un acto de negligencia y posiblemente una violación contractual.

Por lo general, revelar la objeción de conciencia a las autoridades gubernamentales responsables de emitir licencias médicas y, en su caso, a asociaciones profesionales no es necesario, a menos que estos cuerpos lo requieran en específico. Un punto importante podría ser informar a las autoridades responsables de las licencias cuál es

el volumen de objeciones que las pacientes y los hospitales deben superar. De la misma forma, saber cuántos son objetores de conciencia puede llevar a los hospitales a entrenar a quienes, sin ser médicos, efectúan ciertos procedimientos, como puede ser la terminación del embarazo, para cumplir con las exigencias legítimas de las pacientes que ciertos médicos se rehúsan a satisfacer. La revelación puede permitir que las asociaciones profesionales identifiquen quiénes son no-objetores, para que quienes objetan puedan referir a las pacientes a ellos, o para que las pacientes puedan ir directamente cuando se enteren que sus médicos objetan al procedimiento.

Cuando los médicos acceden a ser parte de un plan de seguro médico, prestando el servicio a pacientes que gozan de ese seguro —ya sea porque lo compraron directamente o es una prestación laboral—, es necesario que revelen a qué servicios objetarían. De nuevo, las pacientes no tienen por qué quedar atados a un servicio que incluye sólo médicos que se rehúsan a realizar el procedimiento al cual tienen derecho, lo que implicaría que tendrían que buscar, por fuera de su seguro médico, quién se los realice. No revelar la objeción de conciencia lleva a una responsabilidad por negligencia y a una violación del contrato, ya que los proveedores del plan no podrían satisfacer los compromisos que adquirieron.

## 7. El deber de referir

Se ha establecido que una forma de resolver el conflicto entre la objeción de conciencia del médico, y el derecho de la paciente a recibir tratamiento es que el primero refiera a la segunda con un médico no-objeto. Quienes invocan la objeción de conciencia para declinar tratar a sus pacientes deben de actuar con conciencia y en buena fe y referirlos a otro médico. Si no tienen una forma práctica de cumplir con este deber, no pueden sacrificar a sus pacientes por sus propias conciencias; deben realizar el procedimiento a pesar de sus objeciones. Esto es conforme al compromiso médico ético de poner el bienestar del paciente en primer lugar.

La experiencia demuestra que muchas veces las pacientes que tienen el derecho a abortar —como las víctimas de una violación— son referidas de un hospital a otro, sin encontrar un médico no-objeto sino hasta que el embarazo está tan avanzado que su terminación no se recomienda. Este tipo de referencias son irrazonables, manipuladoras y violatorias de derechos humanos. Se ha establecido que bajo el PIDCP, la libertad de conciencia y religión no es absoluta, y está sujeta siempre al respeto de los derechos de los otros, incluyendo el derecho a la salud.

En ocasiones, médicos que alegan una objeción de conciencia a participar en ciertos procedimientos —como el aborto—, los efectúan en clínicas privadas. Esto demuestra que sus objeciones no se hacen de buena fe y puede resultar en un procedimiento disciplinario y en responsabilidad jurídica —como negligencia por abandono o criminal—, dependiendo de las consecuencias que sobrevinieron al paciente al cual

le negaron el servicio. Más aún, las pacientes que recibieron el servicio en una clínica privada a cambio de un precio, pero que no lo recibieron en el hospital público podrían tener un caso de fraude y tergiversación.

Se ha sostenido que los médicos con objeción de cuidado, que refieren a sus pacientes a otros médicos que no tienen objeciones, no participan en ninguno de los cuidados que estos últimos proporcionan. Sin embargo, si los segundos prestan un servicio al cual los primeros objetan, se dice que los primeros son cómplices; esto es, que la referencia los hace cómplices en el cuidado de las pacientes. La complicidad o la corresponsabilidad de los actos de otra persona son vistas tan moralmente condenables como si uno mismo hubiera hecho el acto.

Este argumento implica, sin embargo, que los obispos que refieren a un sacerdote que ha abusado sexualmente —o de alguna otra forma— de niños de una iglesia a otra, sin tratamiento o sin avisarle a la nueva iglesia del abuso, son cómplices de cualquier otro abuso que el sacerdote cometa en la nueva iglesia. Aunque los obispos que refirieron han sido criticados por encubrir los actos de los que refirieron, y de proteger a los pedófilos, nunca se ha sostenido que ese acto los hacía cómplices del abuso sexual; esto sería negado por las autoridades eclesiásticas. Los párrocos no refieren a los sacerdotes para que cometan un abuso, por supuesto; de la misma forma, los médicos no refieren a sus pacientes con otros médicos necesariamente para que se efectúe un aborto u otro tratamiento objetado. Son referidos para considerar estas opciones. Los obispos que refieren de forma similar, saben —o se podría suponer que saben— que los sacerdotes no corregidos probablemente van a reincidir. Si no se considera cómplices de estas ofensas a los obispos, no se puede sostener que los médicos que refieren son cómplices de las prácticas que efectúan los médicos con sus pacientes.

## **8. La no discriminación**

El principio de que las personas no deben ser discriminadas por sus convicciones religiosas o morales es fundamental para sus derechos humanos a la libertad de pensamiento, conciencia y religión. Este principio también es la razón para exigir una revelación oportuna de los servicios, en los cuales declinarían participar, ya que deben ser libres de revelar su conciencia sin miedo a la represalia, el prejuicio o la discriminación. Este principio, es particularmente importante tratándose de oportunidades de empleo. Y es que, en general, las personas deben poder procurarse sustento y ejercer su profesión, con la confianza de que sus oportunidades no se verán comprometidas, amén de sus convicciones morales, religiosas u otras. El deber de los empleadores potenciales es dar cabida a las convicciones de conciencia de sus empleados, actuales y futuros. En consecuencia, los médicos, los anestesistas, las enfermeras, y demás profesionales de la salud, aun negándose a participar en procedimientos en

particular por motivos de conciencia, deben ser, en lo que hace al reclutamiento de personal, tan elegibles como los que no se oponen.

El mismo principio aplica para aquellos que sienten un compromiso consciente en llevar a cabo ciertos procedimientos médicos, como la esterilización anticonceptiva y el aborto, a los cuales otros médicos objetan. Los empresarios de la salud no pueden limitar la contratación de personal a aquellos con quienes compartan convicciones morales, religiosas o de otro tipo, ya sea porque aceptan o rechazan ciertos procedimientos. Por el contrario, se les podría exigir que equilibren al equipo entre los que se rehúsan a participar en ciertos procedimientos por aquellos o aquellas que lo aceptan, y así poder satisfacer las necesidades de los y las integrantes de las comunidades que dependen de ellos o ellas, con un servicio oportuno, voluntario y sin prejuicios.

Si una institución encuentra que, incluso a pesar de un proceso de contratación no discriminatorio, su equipo está compuesto preponderantemente por prestadores de servicio que objetan a participar en los procedimientos de los cuales la comunidad a la que sirven, su selección tendrá que estar orientada a atraer a personal que restaure el equilibrio y garantice el acceso de los pacientes a la atención médica oportuna. Es decir, la institución tendría que tomar la iniciativa, y hacer de la esterilización anticonceptiva o el aborto una condición de contratación. Esto no implicaría una discriminación para los objetores de conciencia, ya que sería una condición de empleo *bona fide*. Los objetores no serán candidatos o candidatas elegibles durante el reclutamiento, de la misma manera que, por ejemplo, los pediatras no son elegibles para la contratación para puestos como geriatras.

El reto se presenta en el momento en el que los profesionales de la salud que se oponen a la participación en los procedimientos particulares invocan su derecho a recibir un trato no discriminatorio, porque muchos de los procedimientos a los que se oponen están relacionados con la salud reproductiva de las mujeres. Es decir, ellos remarcan y reclaman la existencia de discriminación en su contra, mientras discriminan la participación en servicios de los que dependen las mujeres para el cuidado de su salud. Sus objeciones suelen fundarse en las enseñanzas de algunas órdenes religiosas, cuyos dirigentes no integran, sino que de hecho excluyen a las mujeres. El impacto, desproporcionadamente perjudicial, que sus objeciones tienen sobre las mujeres evidencia el hecho de que sus convicciones religiosas parten de la indiferencia e, incluso, hostilidad hacia los medios de protección de la salud reproductiva de las mujeres. Estos casos explicitan la paradoja: la reivindicación de los derechos de no discriminación con el fin de practicar la discriminación en contra de la salud de la mujer.

## 9. Educación para la atención de la salud

Los médicos son llamados “doctores” a causa de su deber; deber que se remonta al Juramento Hipocrático de enseñar. De la capacidad y la autoridad para enseñar

dependen los resultados del aprendizaje. Un obstáculo se presenta cuando los médicos se niegan a enseñar procedimientos médicos que pueden aplicarse para fines a los que se oponen los doctores por conciencia, y cuando los estudiantes se niegan a aprender por la misma razón. Lo dramático es que un procedimiento médico se puede aplicar tanto para fines censurables como loables. Por ejemplo, la eliminación de un feto del útero puede ser tanto un aborto voluntario, como una muerte espontánea. Un instructor que se niega a enseñar el procedimiento, por considerar que está en abierta oposición a sus convicciones, puede dejar a los estudiantes sin formación para ejecutarlo en caso de muerte espontánea del feto. E igualmente, un estudiante que se niega a ser instruido para responder en la primera circunstancia, no estará preparado para llevar a cabo el procedimiento cuando se presente la segunda.

Las escuelas de medicina deben proporcionar instrucción en los procedimientos en que los estudiantes de medicina deben ser entrenados; y tienen que asegurarse de que, para poder graduarse, los estudiantes de medicina sean capaces de realizar los procedimientos requeridos para la atención de sus pacientes. Los estudiantes pueden recibir una formación diferente, sin embargo, en función de sus intereses más especializados. Aquellos orientados a la obstetricia y ginecología requieren de un entrenamiento diferente de los que se orientan, por ejemplo, a la psiquiatría o la dermatología. Además, aunque los estudiantes de medicina necesitan interactuar con pacientes vivos, algunos procedimientos pueden ser enseñados con modelos anatómicos en vez de pacientes reales. Así, aquellos que se oponen a participar, por ejemplo, en la práctica de un aborto pueden recibir instrucción sobre los procedimientos asociados sin practicar en pacientes vivos, preparándose para ayudar a las pacientes afectadas por la amenaza del aborto involuntario o un intento, mal hecho, de aborto.

Las autoridades encargadas de dar las licencias médicas deben asegurarse que sólo aquellos que han tenido éxito en su formación estén autorizados a prestar servicios, pues la responsabilidad de las autoridades es proteger al público contra practicantes no calificados o calificadas, y contra aquellos u aquellas cuya formación no les ha equipado para llevar a cabo servicios para los que el público, razonablemente, recurre a ellos. Los especialistas de la salud conocen tanto su área de especialización, que incluso son capaces de canalizar a posibles pacientes a algunos servicios fuera de ésta. Y el mismo acto de prudente renuncia debe poderse observar en el personal no calificado, que carece de los conocimientos para prestar los servicios que se encuentran dentro de su especialidad, pero para los cuales no están capacitados o que se rehúsan a hacer. En consecuencia, las posibles pacientes podrían buscar atención en otros sitios, sabiendo por qué los médicos los refieren a otros profesionales.

Los médicos que realizan procedimientos para los cuales no están preparados corren el riesgo de enfrentar responsabilidad legal, generalmente por negligencia, y faltas a la disciplina profesional. Se exceptúa de este escenario, al médico que se ve obligado a prestar servicios en situaciones de emergencia, en tanto la acción o no acción del médico no haya causado o contribuido a poner en peligro la salud o la vida

del paciente. Si, al decidir respecto de procedimientos para los que se supone no estaba preparado, la falla del médico pone en riesgo la salud de la paciente, se podría originar responsabilidad por negligencia, no solamente por tratarse de un servicio de calidad inferior, sino también por una omisión del médico para dar a conocer la situación al paciente.

Los hospitales y centros de salud, por su parte, están obligados a proveer un servicio a cargo de un personal capacitado adecuadamente, y son responsables por el retraso en la atención, producto de la falta de personal capacitado y dispuesto a ofrecer esa atención. Queda la duda, sin embargo, relativa a si los tribunales condenarían a las autoridades encargadas de otorgar las licencias médicas, por las lesiones que un o una médico con licencia, pero incapacitado, provocó en un paciente. El vínculo de causalidad puede ser muy remoto, o se puede estimar que la culpa es, más bien, de los hospitales que contrataron al personal no capacitado, o a los mismos médicos. Estas culpas pueden romper la cadena de causalidad entre la concesión de las licencias y las lesiones de las pacientes.

Las autoridades otorgantes podrían conceder licencias a los médicos calificados, dependiendo de la minuciosidad de su formación. Por ejemplo, los gineco-obstetras que se oponen a realizar ciertos procedimientos por razones de conciencia podrían tomar una clase I y recibir una licencia tipo A; y los dispuestos a realizar todos los procedimientos, una clase II y licencia tipo B. Por supuesto, los establecimientos de salud que ofrecen atención al público tendrían que garantizar un número adecuado de titulares de la licencia B, para satisfacer las necesidades de las pacientes.

## **10. Las responsabilidades gubernamentales**

El Pacto Internacional de Derechos Económicos, Sociales y Culturales expresa el derecho humano de toda persona al más alto nivel posible de salud física y mental. La referencia al “grado máximo de salud” se entiende, generalmente, que es específica a cada persona, de acuerdo con factores propios como la herencia genética, y no con sus circunstancias socioeconómicas. A menudo hay variaciones en el acceso que las personas tienen a los servicios de salud, lo que obliga a distinguir, por ejemplo, entre los residentes de zonas urbanas, rurales y remotas, pero, al considerar los recursos relativos de los países, se espera que los residentes de ciertas áreas tengan un acceso a servicios de salud de un estándar mínimo. Se espera, pues, que los gobiernos proporcionen o aseguren el acceso de las personas a un nivel básico de servicios de salud, a través, en última instancia, de la atención de emergencia del gobierno.

Las convenciones internacionales de derechos humanos comúnmente fijan funciones para proporcionar seguridad durante el embarazo y el parto, y, desde mediados de los 90, establecen obligaciones para proporcionar servicios de salud reproductiva. Esto ha sido combatido por las instituciones religiosas más conservadoras,

en particular la Iglesia católica romana, porque el concepto permite a las personas planificar sus familias, con ayuda de medios artificiales de anticoncepción, y espaciar los nacimientos en consonancia con los intereses de las mujeres. Cuando el acceso a servicios de salud reproductiva se ve afectado por la objeción de conciencia de los profesionales de la salud, los gobiernos tienen la responsabilidad de proteger tanto los derechos a los servicios de los pacientes, como los de los proveedores y las proveedoras a la libertad de conciencia. Sin embargo, ya que las pacientes no tienen más medios para preservar su vida y su salud que la atención en instituciones de salud, y los proveedores de servicios de salud cuentan con un amplio espectro para manifestar sus convicciones religiosas y morales, cualquier conflicto entre ambos derechos se debería resolver en favor de la vida de los pacientes y su salud.

Las responsabilidades gubernamentales para asegurar a las pacientes el acceso oportuno a los servicios de la salud incluyen la garantía de la capacidad de los proveedores de servicios, y la suficiencia, disponibilidad y accesibilidad de los centros de salud. Esto implica generalmente el otorgamiento de licencias o certificados a los prestadores de servicios, y el control de calidad de las clínicas privadas para conceder el uso de sus instalaciones. Cuando los hospitales están afiliados a instituciones religiosas, los gobiernos son responsables de asegurar que sus directivos religiosos no impidan el acceso de los pacientes a una atención oportuna. Esto es particularmente importante para el cuidado de la salud reproductiva de las mujeres, en donde el liderazgo religioso —predominantemente masculino— tiene una larga historia de intervención regulatoria.

Surge un poder y responsabilidad especial para el gobierno cuando los médicos no están disponibles para ofrecer los servicios necesarios, porque son inaccesibles, están incapacitados o se rehúsan a prestar el servicio por una objeción de conciencia. Los médicos no pueden mantener el monopolio legal, creado por las restricciones de licencia, sobre los servicios que se niegan o no pueden entregar. Donde las necesidades de los pacientes no son atendidas por médicos, los parteros, los enfermeros y el resto del personal deben estar equipados y autorizados para prescribir, por ejemplo, el uso de anticonceptivos, la esterilización y los abortos tempranos, como el procedimiento de aspiración al vacío. En las etapas tempranas del embarazo, se puede obtener el mismo resultado que este último procedimiento, realizando procedimientos para regular la menstruación, siempre que se cuente con evidencia de un retraso menstrual sin necesariamente haber determinado un embarazo. Esto es consistente con lo que ha ocurrido en muchas áreas del cuidado médico, en donde el “intercambio de tareas”<sup>6</sup> es una estrategia para brindar atención médica cuando, por diversas razones, los médicos competentes no están disponibles para satisfacer las necesidades de la población en cuanto a servicios de salud se refiere.

---

<sup>6</sup> *Task shifting*, en el original (N. del T.).

La evidencia muestra que las intervenciones médicas se llevan a cabo más eficazmente y con mayor seguridad por los proveedores especializados, que actúan a menudo y de manera rutinaria dentro de un estrecho campo de la práctica. Dichos proveedores no tienen que ser médicos calificados; pueden tener calificaciones menores, pero intensivas, en la realización de, por ejemplo, ligadura de trompas o abortos inducidos por prostaglandinas. Estos procedimientos pueden ser iniciados y gestionados por el personal de enfermería con la autorización de los médicos, a lo largo de líneas extendidas de delegación de autoridad. Los médicos podrían insertar catéteres para la administración de fármacos, y las enfermeras, administrar los medicamentos y tratar la expulsión del contenido del útero, requiriendo a los médicos sólo en caso de complicaciones inesperadas. La inserción del catéter, podría, incluso, ser realizado por personal de enfermería aprobado por el gobierno. Con todo, las complicaciones serían referidas a los médicos, ya que incluso aquellos que se oponen por motivos de conciencia a la iniciación y realización de procedimientos particulares no podrían oponerse a la intervención en casos de emergencia, en que peligre la vida o la salud de la paciente.

Como parte de su responsabilidad global en el cuidado de la salud, los gobiernos deben monitorear la satisfacción de la paciente. Esto debe incluir un análisis de la satisfacción de las pacientes por el trato y el respeto que reciban, su respuesta ante humillaciones que les sean impuestas, y las quejas de abusos de los proveedores sujetos a objeciones de conciencia. En este último rubro, se encontrarían la negativa de atención médica de los profesionales de la salud que no dieron aviso a las pacientes de su intención de renunciar a brindar atención, y la expresión de juicios de valor degradantes a las pacientes que solicitan atención de las formas moralmente objetadas por los proveedores. El uso de las solicitudes de las pacientes como ocasión para hacer proselitismo moral o religioso constituye una falta de ética profesional; es una falta de respeto de los derechos de libertad de conciencia y agencia moral de las pacientes, y además de violar el principio de asesoría sin prejuicios.

## **11. El papel de las asociaciones profesionales**

Varias asociaciones locales, nacionales e internacionales de médicos en general y gineco-obstetras se han ocupado de resolver lo relativo al derecho a la objeción de conciencia de los médicos. Las asociaciones locales pueden ser valiosas para los médicos, ya que los ayudarían a cumplir con su obligación de referir a las pacientes con un médico no-objeto en caso de que se rehúsen a participar en un procedimiento. También pueden ayudar a las pacientes a encontrar médicos no-objetores.

Mediante dichos servicios, las asociaciones profesionales, locales y nacionales, pueden mantener el compromiso que comúnmente adquieren, de servir a las pacientes para quienes sus miembros dispusieron su formación, habilidades, buena volun-

tad y carreras. La tradición de auto-sacrificio, profundamente arraigada en la profesión médica, y que se remonta a tratar a las pacientes en el momento de la plaga con el riesgo de contraer y sucumbir a sus infecciones, no ha cambiado en tiempos modernos. Para muestra, el médico que detectó por primera vez y nombró a la nueva infección viral Síndrome Respiratorio Agudo Severo (SARS), el doctor Carlo Urbani, murió a causa de la misma en marzo de 2003.

¿Qué tanto están comprometidas las asociaciones profesionales médicas, verdaderamente con los intereses de los y las pacientes? Ello requiere un análisis y un auto-análisis escrupuloso, especialmente cuando, como en México, la estratificación socioeconómica separa a los pobres de los más ricos. Los médicos tienden a identificarse con el liderazgo de su sociedad, al nivel de los funcionarios políticos, administrativos y religiosos. En materia de salud reproductiva, la relación con los ministros y funcionarios de la religión católico-romana es a menudo más activa y abierta que con otros titulares de cargos públicos, lo que implica que aquellos pueden ejercer más influencia sobre los líderes de las asociaciones médicas. Esto puede inducir a compartir, en vez de resistir, el conservadurismo religioso, y al desconocimiento o la indiferencia aparente frente al impacto de las doctrinas religiosas en la salud de las mujeres, entendida por la OMS como el estado de bienestar físico, mental y social, y no sólo la ausencia de enfermedad. Es decir, las asociaciones profesionales médicas pueden mostrar mayor interés en complacer a los líderes religiosos conservadores que a las pacientes, especialmente de estrato socioeconómico bajo.

Las asociaciones internacionales de médicos, especialmente de ginecólogos-obstetras, tienen más experiencia del poder político institucional, administrativo y religioso, y de sus abusos, y sobre tal experiencia pueden basar sus normas éticas. La Federación Internacional de Ginecología y Obstetricia (FIGO), por ejemplo, ha adoptado directrices éticas sobre la objeción de conciencia que inician sosteniendo las máximas que dicen que el principal compromiso de los profesionales es servir a la salud reproductiva de la mujer y al bienestar, y que los médicos que por su conciencia no pueden brindar la atención médica indicada para las pacientes, de todas maneras tienen responsabilidades éticas con ellos. Sobre esta base, las directrices abordan lo relativo a la obligación de revelar la objeción de conciencia, informar a las pacientes sobre todas las opciones disponibles y a referirles a médicos no-objetores. Para los profesionales, las directrices hacen énfasis en que tienen el derecho de que se les respeten sus convicciones tanto para efectuar o para declinarse a realizar los procedimientos, y no sufrir una discriminación por ello.

Las directrices refuerzan el profesionalismo médico y el derecho de las pacientes de recibir información y cuidado de acuerdo con los estándares profesionales, sin importar las doctrinas personales —y quizá religiosas— de los médicos. Las directrices establecen, por ejemplo, que los médicos deben apegarse a definiciones científicas y profesionales de los servicios de salud reproductiva, y que deben actuar con diligencia e integridad para no falsear o deformar el diagnóstico sobre la base de sus creen-

cias personales. Por ejemplo, los profesionales pueden referir a las víctimas de violación con otros médicos que están dispuestos a darles anticoncepción de emergencia, pero no pueden contradecir el hecho —basado en la evidencia científica— de que ese procedimiento previene el embarazo, pero no provoca un aborto.