

ABSTRACTS IBERO–AMERICAN NETWORK IAB

III JORNADAS INTERNACIONALES DE LA RED IBERO–AMERICAN NETWORK INTERNATIONAL ASSOCIATION OF BIOETHICS (IAB). MADRID, ESPAÑA (24–25 DE SEPTIEMBRE DE 2015)

Título: La objeción de conciencia en el mundo: su regulación

Autora: Sonia Ariza Navarrete

Filiación: profesora e investigadora del programa de Justicia Reproductiva de la facultad de Derecho de la Universidad de Palermo, Buenos Aires, Argentina.

Contacto: sonia_ariza@hotmail.com

A partir de la década del setenta las legislaciones nacionales e internacionales empezaron a reconocer y regular la objeción de conciencia en materia sanitaria de manera explícita para algunos supuestos. Sin embargo, la objeción de conciencia en materia sanitaria es sustancialmente diferente a la objeción de conciencia tradicional (servicio militar, pago de impuestos específicos u honrar símbolos patrios). Principalmente por el enorme potencial afectación a los derechos de terceras personas, pero también por el dilema ético que supone en términos del incumplimiento de los deberes éticos y jurídicos de la profesión, sacrificados por el deseo de seguir deberes morales generales. Así como la inequidad laboral y social que puede generar el uso de la objeción de conciencia sanitaria. Especialmente en materia de salud sexual y reproductiva, el uso de la objeción de conciencia puede suponer la limitación o inaccesibilidad para las personas más pobres y con pocas alternativas a servicios necesarios como el aborto, la anticoncepción, tratamientos hormonales, etc. Es por ello, que la doctrina ha reaccionado ante este fenómeno adoptando distintas posiciones sobre la forma de abordaje estatal pertinente, y la normatividad ha reflejado estas posiciones de formas más o menos satisfactorias de las que intentaré dar cuenta en este escrito.

Para ello, en primer lugar, intentaré describir algunas de las *posiciones frente a la objeción de conciencia en mundo*, alternativas que se han adoptado en distintos países frente a la objeción de conciencia en materia sanitaria¹. Dentro de las que, por un lado encontramos países que han negado la posibilidad de ejercer la objeción de conciencia en esta materia, posición que he llamado de inadmisibilidad; por el otro, la posición de admisibilidad protegida, que concibe la objeción de conciencia como un derecho fundamental (absoluto ¿?) y se opone a casi todas sus limitaciones. En el medio encontramos las posturas que han aceptado la objeción de conciencia de manera condicionada, ya que entienden su ejercicio como una forma para garantizar los derechos en tensión, tanto de pacientes como de profesionales.

En seguida anotaré las *principales estrategias de regulación sobre objeción de conciencia*, caracterizándolas de acuerdo con los rasgos comunes de las legislaciones, haciendo referencia a los matices que adquieren en diferentes latitudes. A su vez señalaré las alternativas que considero más acertadas de acuerdo con su eficacia y eficiencia en términos de garantía del acceso a los derechos de las/os pacientes.

¹ La investigación que da origen a esta sección se desarrolló por medio del relevamiento de normativa internacional disponible en bases de datos *on line*. Abarcó una muestra de 50 países, dentro de los cuales 12 no permiten la objeción de conciencia y los 38 restantes regulan de alguna manera la objeción de conciencia. También se toma una muestra de *soft law* compuesta por regulaciones de colegios médicos, farmacéuticos, de enfermería; así como algunos documentos de órganos internacionales sobre el tema. La muestra aunque no pretendió ser sistemática se vio restringida por dos situaciones en el relevamiento: primero el nivel de regulación, en su mayoría administrativa local (no de nivel federal o nacional), lo que impidió el acceso *on line* a estas regulaciones de nivel jerárquico bajo, como circulares u órdenes intrahospitalarias relacionadas con la objeción de conciencia. En segundo lugar, la accesibilidad por idioma, que impidió obtener una muestra más amplia, por lo que algunas de las normativas fueron conocidas por fuentes secundarias en español, inglés, francés, portugués e italiano.

Para terminar, realizaré una breve descripción del mecanismo de implementación de la objeción de conciencia sanitaria del “registro de objetores/as” uno de los más utilizados en el mundo. Resaltando las características más destacadas y los principales problemas, con sus variaciones en algunos contextos en los que fue aplicado.

A modo de cierre intentaré algunas conclusiones, relacionadas con la necesidad de realizar un diagnóstico y evaluación local de los servicios y en particular de los de salud sexual y reproductiva con el fin de desarrollar estrategias de política pública relacionada con la objeción de conciencia sanitaria acordes con la realidad local. Lo anterior por cuanto la mayor conclusión de este estudio, fue la imposibilidad de desarrollar “fórmulas mágicas” aplicables a cualquier país en relación con la objeción de conciencia en sentido amplio, y en particular con la objeción de conciencia sanitaria.

Objeción de conciencia en salud. ¿Cómo superar la lógica de confrontación?

Abordar, desde la bioética, la propuesta de la objeción de conciencia en las profesiones sanitarias nos obligó a despojarnos de nuestros prejuicios e intentar no caer en una posición binaria y reduccionista.

Con la consagración de los derechos de los pacientes y el reconocimiento de su autonomía, al profesional de la salud, que ya no encarna al paternalismo médico, muchas veces se le exige que cumpla con sus obligaciones profesionales excluyendo la objeción de conciencia en el ejercicio de su actividad. Dicho requerimiento adquiere preponderancia cuando están en juego los derechos reproductivos y sexuales de las mujeres.

Plantear la objeción de conciencia como una puja entre dos deberes, el de respetar la decisión del paciente por una parte y el de fidelidad a los valores por parte del profesional por otra, nos conduce al terreno de los derechos y en ese campo prima un orden jerarquizado. Adentrarnos en una perspectiva ética y por ende de varios valores en pugna, nos permitirá no caer en una encerrona trágica. Existe la posibilidad de evaluar la problemática contemplando ambos puntos de vista y encontrar la posición más prudente y razonable.

Alcanzar una definición de objeción de conciencia en el ámbito de la salud que supere posiciones sectarias desde una perspectiva ideológica, religiosa, cultural, es imprescindible. Establecer un marco conceptual de la objeción de conciencia que la limite a la manifestación personal, subjetiva, anticipada y pública se hace necesario. Solo así se podrán desenmascarar falsas o pseudo objeciones cuya finalidad no es la protección de la conciencia e integridad del médico sino ser instrumentos útiles a otros fines. Una posición férreamente abolicionista de la objeción de conciencia puede hacernos caer en una conducta que no tiene en cuenta la pluralidad axiológica y cultural característica de nuestras sociedades.

Por otra parte, la realidad latinoamericana aún bajo regímenes democráticos ha puesto en funcionamiento cuestionables políticas poblacionales que para ser llevadas a la práctica necesitaron leyes que abrogaran la objeción de conciencia, lo cual nos pone en alerta.

Poner el foco en el objetor de conciencia como causante fundamental de la violación de los derechos sexuales y reproductivos, puede ser una trampa para eximir a los estados de sus responsabilidades, las cuales no deben ser solamente declamadas sino que deberán incluir la implementación de políticas públicas que contemplen, entre otras medidas, la formación en ética y en el análisis de los conflictos de valor a los integrantes del equipo de salud.

Nuestra propuesta enfatiza también la necesidad de implementar registros de objetores con el fin de que los estados puedan planificar servicios de salud que aseguren un acceso equitativo y no discriminatorio a toda la población y así proteger, en la práctica, situaciones de vulnerabilidad de los sectores más expuestos. Dicho registro lo entendemos como la última etapa de un proceso que se

inicia con la participación de los profesionales del equipo de salud en un espacio de reflexión y deliberación.

Febrero 2015

Bioeticar. grupobioeticar@gmail.com

María Laura Ferrari – Laura Andrea Massaro – Gricelda Moreira – Adriana Ruffa – Graciela Soifer

Objeción de conciencia frente a los derechos sexuales y reproductivos de las mujeres en Argentina

Soledad Deza²

La objeción de conciencia, como una herramienta disponible para que el personal de salud pueda eximirse de brindar determinados servicios sanitarios amparándose en sus creencias propias, surgió como una forma de protección de minorías. Sin embargo en la actualidad, este noble instituto corre el riesgo de perder su identidad tuitiva o protectora de minorías, para convertirse en un dispositivo usado por mayorías –cualitativas y cuantitativas– que es capaz de tornar indisponible los derechos de terceras personas y hasta de vaciar de contenido a las políticas públicas que se implementan en dirección de la autonomía reproductiva de las mujeres.

Argentina, al igual que Latinoamérica, se nutre de una sociedad conservadora que se identifica en forma mayoritaria con la religión católica. A este contexto, debe adicionarse la falta de laicidad de los Estados. Este dato político y social impacta en el diseño de las políticas sanitarias destinadas a apuntalar el acceso a la salud sexual y reproductiva; y ha encontrado en la objeción de conciencia, una herramienta más para obstaculizar el goce pleno de derechos humanos a las mujeres.

Mi trabajo se dirige a analizar la tensión de libertades que propone el uso de la objeción de conciencia en campo de la atención de salud sexual y reproductiva –libertad de conciencia vs. Libertad reproductiva– para evidenciar que, sin un punto de vista feminista, resulta muy difícil advertir que la desigualdad de poder propia de la relación médico–paciente se profundiza en el caso de las mujeres que buscan asistencia en el ámbito público de la salud y que llegan a la consulta, por sus contextos, en situación de marcada vulnerabilidad.

En esta línea, sostengo que un uso desmedido o descontrolado de la objeción de conciencia en manos de la “parte fuerte” de la relación médico–paciente –el personal de la salud– tiene la virtualidad de tornar ilusorios los derechos de las usuarias, de indisponer el acceso a la salud y finalmente, de potenciar de forma violenta las inequidades de género que estructuran jerárquicamente e intersectorialmente nuestras sociedades independientemente de la pertenencia cultural a una etnia determinada.

Por otra parte, la violencia contra las mujeres viola su derecho a la vida, la integridad física y mental y el nivel más alto posible de salud, así como su derecho a no ser torturadas y a ejercer sus derechos sexuales y reproductivos. En esta línea, sostengo que el incremento global de la violencia contra las mujeres, impone analizar hasta qué punto, privilegiar –con errada “neutralidad”– la libertad de conciencia los/as objetores/as por sobre la libertad de conciencia y reproductiva de las mujeres sin

² Abogada argentina. Activista por los derechos de las mujeres. Magister en “Género, Sociedad y Estado” (FLACSO), tema de tesis: “Objeción de Conciencia frente al aborto permitido por la ley: privilegio de mayorías”. Directora del Centro de Estudios de Género de la Universidad San Pablo T (Tucumán-Argentina). Integrante de Católicas por el Derecho a Decidir Argentina. Miembro de la Alianza Nacional de Abogadxs por los DDHH de las Mujeres (Argentina). Docente de la Cátedra “Derecho de Familia y Sucesiones” en la Universidad San Pablo T-Coordinadora Académica de la Plataforma de Género y Salud en la Diversidad y en los Derechos Humanos de la OPS (Organización Panamericana de la Salud)-Nodo Argentina.

asegurar que en esa operación no quedarán en el camino los derechos de estas últimas, no equivale además de una discriminación, a legitimar la violencia contra la libertad reproductiva de las mujeres.

TITULO: Objeción de Conciencia y Bioética en sociedades en riesgo vulnerabilidad.

Nombre y apellidos: Julia E. De la Iglesia

Titulación/es universitaria: Licenciada en Historia (Universidad Nacional del Centro);

Operadora y Técnica Superior en Resolución de Conflictos Organizacionales, con Especialización Empresaria (CEO-CONVENIR); Postgrado en Ciencia Política y Sociología (Facultad Latinoamericana de Estudios Sociales- FLACSO); Postgrado en Tratamiento de Catástrofes en ámbitos Latinoamericanos. Riesgo, vulnerabilidad social e incertidumbre (Facultad Latinoamericana de Estudios Sociales- FLACSO); Postgrado en Bioética, Diploma Superior y Especialización (Facultad Latinoamericana de Estudios Sociales- FLACSO); Tesista de la Maestría en Relaciones Internacionales (Universidad Maimónides); Tesista de la Maestría en Bioética (Facultad Latinoamericana de Estudios Sociales- FLACSO).

Centro de trabajo: Directora y profesora en Instituto Santa Teresita (Arrecifes, Provincia de Buenos Aires, Argentina), profesora en Escuela Normal Superior de Arrecifes.

Email: arcasiglo21@hotmail.com

Tel: 54+02478-15498712

Resumen: En los contextos actuales se asiste a la incidencia creciente de amenazas derivadas de las investigaciones biomédicas contra valores importantes de la humanidad. Estas amenazas se vinculan con la prevalencia de factores científicos y tecnológicos, pero también con condiciones estructurales de extrema vulnerabilidad que impactan en países subdesarrollados y que obligan a repensar concepciones y modelos de abordaje en torno a cuestiones que habilitan el debate con respecto a los aspectos controversiales de la objeción de conciencia. Las investigaciones biomédicas y la práctica médica y sanitaria instalan todo el tiempo debates sobre la licitud y la necesidad.

“En las últimas décadas la ciencia Biomédica ha cambiado de modo vertiginoso.

Este cambio es consecuencia en gran medida de la revolución habida en un amplio número de técnicas que han permitido generar en ocasiones tal cantidad de resultados que la mente humana es incapaz de procesar. Sin embargo, si bien para el progreso es necesario el cambio, no todo cambio es sinónimo de progreso. Y cuando una ciencia directamente vinculada con la vida (como es el caso de la Biomedicina) no se informa y guía por principios antropológicos que tienen como fin último al propio hombre y como límite la dignidad de la vida de toda persona humana, necesariamente se vuelve en contra del propio hombre. Tras lo acontecido en los últimos años en las ciencias biomédicas no es hiperbólico afirmar que lo que más interesa es el dominio sobre la vida, consagrada por los medios de la biología y de la investigación. Lejos este interés de entender la vida como don que debe ser acogido y protegido en sus fases más débiles. Muchos de los resultados de la investigación biomédica tienen implicaciones y consecuencias directas sobre el propio hombre y muchos de estos resultados son extrapolables o ya se están aplicando en la práctica clínica”.

En el presente trabajo se procurará abordar consecuentemente, y a través de casos de análisis, las implicancias tanto del avance de las investigaciones biomédicas como de la llamada “medicalización de la vida” en el conjunto de valores, creencias que contextualizan estas prácticas y a quienes participan de ellas en contextos de vulnerabilidad, provocando a menudo dilemas que interpelan a la conciencia y habilitan el legítimo derecho de su objeción.

Aborto y objeción de conciencia en la perspectiva de los ginecólogos italianos y catalanes, entre derechos de las mujeres y del “feto/paciente” y ética y deberes profesionales

Durante los últimos años, el aborto y la objeción de conciencia han estado al centro de un debate político muy intenso en la Unión Europea. El embrión/feto y sus “derechos” han adquirido una importancia creciente, como ha demostrado la reciente campaña europea “Uno de nosotros”, mientras que los derechos sexuales y reproductivos de las mujeres aun no son reconocidos por todos los Estados miembros, como ha demostrado el debate del año pasado sobre la resolución “Estrela” que no ha sido aprobada por el Parlamento europeo y el debate en España sobre el Proyecto de Ley Gallardón “de Protección de la Vida del Concebido y los Derechos de la embarazada”. Al mismo tiempo, el derecho de los profesionales de salud de rehusar realizar interrupciones de embarazo por razones de conciencia, reconocido por tratados internacionales de derechos humanos, organizaciones y asociaciones médicas, y defendido públicamente por el Vaticano, ha provocado intensos debates políticos y legales a nivel europeo y en aquellos países, como Italia, donde constituye una barrera al acceso al aborto legal para las mujeres en muchas regiones. El Comité para los Derechos Sociales del Consejo de Europa ha declarado en 2014 que la objeción de conciencia no puede ser una barrera al aborto legal y el Estado italiano tiene que organizar sus servicios de salud de manera que las mujeres puedan tener acceso a la interrupción de embarazo legal en todo el territorio nacional. Al mismo tiempo, la FIGO (Internationa Federation of Gynaecology & Obstetrics) ha subrayado que el derecho a la libertad de conciencia es siempre secundario a la obligación de los profesionales de salud de asistir, cuidar y beneficiar el/la paciente.

En este contexto, ¿qué opinan los profesionales de salud italianos, y en particular los/las ginecólogos/as, que deberían proveer este servicio en los hospitales públicos, al respecto de la objeción de conciencia y del derecho de las mujeres a la interrupción de embarazo legal? ¿Por qué hay tasas tan elevadas de objeción de conciencia en Italia?

En esta ponencia, analizaré el debate sobre aborto y objeción de conciencia en Italia a partir de los resultados de la investigación sobre las experiencias y opiniones de los/las ginecólogos/as que he realizado en Milano y en Roma en 2011, cuando era “Marie Curie Fellow” a la Universidad de Goldsmiths–Universidad de Londres (Inglaterra). Compararé las experiencias y opiniones de los/las ginecólogos/as italianos/as con las de los/as ginecólogos/as catalanes/as, que estoy entrevistando en diferentes hospitales y clínicas de Barcelona, donde estoy desarrollando una nueva investigación gracias a una beca postdoctoral “Beatriu de Pinós”. Analizaré en particular cuales de los siguientes factores influyen más profundamente las experiencias y opiniones de los/as ginecólogos/as en los dos países: 1) la religiosidad y moral individual y la ética médica, 2) la formación y la experiencia profesional/clínica; 3) la estigmatización del aborto y la experiencia/miedo de la discriminación; 4) las normas, desigualdades de género.

Dra. Silvia De Zordo

Investigadora Postdoctoral « Beatriu de Pinós »

Universitat de Barcelona

Departamento de Antropología Cultural y de Historia de América y África

Montalegre 6–8, 08001 Barcelona, Spain

Email: silviadezordo@ub.edu

Tel. 0034.693240347 FAX: 9340 377

La Objeción de Conciencia en la Maternidad Subrogada en México

Dra. Mariana Dobernig Gago

mariana.dobernig@ibero.mx

México es una República Federal que cuenta con 32 Estados y un Distrito Federal, de los cuales únicamente 9 tratan el tema de la Reproducción Asistida, y de éstos, 3 autorizan el uso de la Maternidad Subrogada y 3 la prohíben.

La maternidad subrogada, es un tema sumamente controversial, debido a que su práctica está prohibida en múltiples países entre ellos España, lo que ha desencadenado un turismo reproductivo, que ha traído como consecuencia problemas de derecho internacional privado.

México no es aún, un paraíso reproductivo como lo es en la actualidad la India, donde parejas viajan de diversas partes del mundo a realizar una técnica de fecundación *in vitro* con la ayuda de una madre subrogada, ya que nuestro vecino del Norte, los Estados Unidos de Norteamérica y en especial el Estado de California cuenta con toda una infraestructura técnica y jurídica que atrae mucho más a las parejas y/o personas que desean un embarazo a través de éstas prácticas. Sin embargo, los altos costos de California han ido reorientando a las parejas y/o personas a realizar estos procedimientos en México.

Tabasco fue el primer Estado en permitir la maternidad subrogada sin una legislación especial, sino incluyendo la práctica dentro de su Código Civil y ahora Sinaloa ha incluido también el uso de ésta práctica con la modalidad de aceptar el pago a la madre que preste su vientre.

Estos dos Estados han comenzado a ser lugares visitados por personas no solo mexicanas sino también extranjeros con la idea de lograr un convenio con alguna clínica que les ayude a localizar a una mujer que acceda ser una madre subrogada.

A través de los medios de comunicación, parejas del extranjero han comenzado a solicitar información sobre la regulación mexicana de la maternidad subrogada, parejas extranjeras, heterosexuales y homosexuales, lo cual ha comenzado a crear una cierta objeción por parte de los médicos, quienes no todos están de acuerdo con la nuevas legislaciones y en algunos otros casos han objetado brindarles el servicio a ciertas personas por su orientación sexual.

Ante el inminente uso científico de la reproducción asistida y de la maternidad subrogada, sin una legislación adecuada y uniforme, nos encontramos en un país latinoamericano donde la Bioética en el ámbito jurídico es aún una ciencia en proceso y dónde un sector médico ha optado por poner en práctica su derecho a la objeción de conciencia negándose a brindar un servicio de salud a parejas que desean convertirse en padres bajo un esquema de subrogación, sin una legislación adecuada y pertinente que proteja en todo momento el derecho al ser por nacer, a la madre que prestara su vientre y a las personas que desean asumir legalmente la filiación.

No podemos olvidar, que ésta falta de legislación, coherente y uniforme también afecta a los médicos y a las clínicas que brindan el servicio pero sin una adecuada protección legal.

Con esto pretendemos poner en la mesa de discusión un tema que tiene que ver, tanto con el derecho interno como con el derecho internacional privado de los niños que nacerán en tierras extranjeras, sin contar con una uniformidad de criterios ni de legislaciones, donde los prestadores de servicios se oponen en base a la objeción de conciencia aplicar la tecnología en sí o en ciertas personas y con todo esto la Bioética debe de dar las pautas o los lineamientos necesarios para brindar a las personas los derechos de salud que se establecen en la Constitución Mexicana.

¿Mi cuerpo sigue siendo mío? Entre Europa del sur y México: un análisis comparativo de los procedimientos que interfieren el derecho a decidir una maternidad responsable y prácticas que lo rescatan.

Emanuela Borzacchiello, Universidad Complutense de Madrid (España) y Centro Interdisciplinario de Ciencias y Humanidades (CEIICH) de la UNAM, Universidad Nacional Autónoma de México. emanuela.borz@gmail.com

Valeria Galanti. Dottorato in Political Systems and Institutional Change, IMT Lucca, Assistente parlamentare nel Senato della Repubblica Italiana (Italia). valegal@gmail.com

En el sur de Europa, nos referiremos en particular a los casos de España e Italia, y en Ciudad de México, al derecho que tienen las mujeres a elegir una maternidad voluntaria³. Hoy en día, se cuenta con un marco normativo, pero al mismo tiempo existe una “paradoja legislativa” (Borzacchiello, Galanti: 2013) porque hay un endurecimiento de los procedimientos que impiden el acceso a los servicios públicos en materia de interrupción del embarazo.

En nuestra ponencia, analizaremos por un lado cómo, en estos contextos diferentes, los procedimientos se endurecen hasta negar el acceso a la interrupción legal del embarazo; y por el otro, describiremos cómo los movimientos de mujeres logran (re)afirmar la dignidad ética de su libre elección respecto de la maternidad.

Para el análisis de los procedimientos, abordaremos tres puntos:

1. Objeción de conciencia. A través de una comparación de datos, haremos evidente cómo la objeción de conciencia se está transformando en una objeción estructural.

2. Certificados de defunción y de muerte fetal. Examinaremos los cambios legislativos que han aprobado la sepultura de los fetos, considerando que todos los que tienen menos de veinte semanas son “productos de la concepción” y están destinados a cementerios. Intentaremos demostrar que en nombre de la piedad por la supuesta criatura no nacida, se muestra la imagen de la sepultura, con un fuerte impacto simbólico. Como escribe la antropóloga Lea Melandri: *“Los funerales son rituales concebidos para ayudar a elaborar el luto a quien sobrevive. Pero estos entierros tienen el efecto contrario: el luto se crea y se carga pesadamente como una cruz, recuerdo de una culpa imperdonable que pesa sobre las espaldas de la mujer.”*²

3. “Homicidio en razón de parentesco” y Resolución Estela. Presentaremos una evaluación de las normas jurídicas que criminalizan *por acción o por omisión* a las mujeres que quieren interrumpir un embarazo. En Europa fue rechazado por el Parlamento Europeo el texto de la socialista portuguesa Edite Estela que pedía una legislación común para todos los estados miembros, la cual hubiera garantizado el derecho de cada persona a vivir su sexualidad con libertad y a decidir interrumpir un embarazo sin ningún riesgo. En México utilizan la tipología penal de “Delito de homicidio en razón de parentesco en agravio de un producto en gestación”, para encarcelar a las mujeres que abortan.

¿Cómo es posible defender un derecho constantemente en peligro, logrando ir más allá del mismo derecho? ¿Cómo se puede afirmar la dignidad ética de elegir una maternidad responsable?

³ En España, Italia y Ciudad de México existe un marco normativo que garantiza a cualquier mujer y bajo cualquier supuesto la posibilidad de pedir la interrupción voluntaria del embarazo en los primeros 90 días de gestación.

En el Distrito federal, 2007, se publica en la Gaceta Oficial del Distrito Federal "Decreto por el que se reforma el Código Penal para el Distrito Federal y se añade la Ley de Salud para el Distrito Federal" con las modificaciones relacionadas con el aborto y los servicios de salud.

La interrupción voluntaria del embarazo en España, o aborto inducido, se regula en el Título II de la Ley Orgánica 2/2010 de salud sexual y reproductiva y de la interrupción voluntaria del embarazo. Dicha ley despenaliza la práctica de la interrupción voluntaria del embarazo durante las primeras 14 semanas del embarazo. La ley entró en vigor el 5 de julio de 2010.

En Italia: Ley 194 “Normas para la tutela de la maternidad y sobre la interrupción del embarazo”. Año: 1978 2 Artículo, *“Se la difesa della vita ha un sentore di necrofilia”*, publicado en *Liberazione*, 9\02\2007.

Describiremos las prácticas que crean y ponen en acto los movimientos de mujeres. Mujeres que en el sur de Europa y en México trabajan en defensa de los derechos sexuales y reproductivos, y para las cuales es urgente establecer la dignidad ética y científica en torno al aborto a través del respeto a la seguridad y la salud de las mujeres y del reconocimiento ético de su capacidad de elección.

Biobibliografía

Emanuela Borzacchiello es investigadora especializada en estudios de género. En la actualidad vive y trabaja entre Ciudad de México –Centro Interdisciplinario de Ciencias y Humanidades de la UNAM– y Madrid –Departamento de Ciencias Políticas, Universidad Complutense–. Los temas principales de su investigación son la violencia feminicida y los derechos sexuales y reproductivos. En 2012 colaboró con el Senado de la República Italiana para construir un marco legislativo respecto del delito de feminicidio: “DDL 3390 recante norme per la promozione della soggettività femminile e il contrasto al femminicidio”. Entre sus últimas publicaciones están:

– Borzacchiello E., “Palabras, escenarios e imágenes: comunicar la violencia de género”, en la revista *GénEros* n.16, Universidad de Colima, México, 2015.

– Borzacchiello E., “Femminicidio: la potencia de la palabra, de la imagen y de la práctica”, en Regina José Galindo, *Estoy viva*. Diego Sileo y Eugenio Viola coord. Skira editore. Milano. 2014

– Borzacchiello E., Galanti V., “Volver a tejer cuerpos: prácticas feministas contra la normalización de la violencia. Los casos de México y Italia”, en *La Mort sous les yeux? La mort dans tous ses états à la charnière du XX et du XXI siècle*. Sous la direction de Cathy Fourez & Victor Martínez. París: Hermann. 2014. emanuela.borz@gmail.com

Valeria Galanti es doctora en Political Systems and Institutional Change – IMT Institute for Advanced Studies Lucca, Italy. Está especializada en International Human Rights Law. Su tesis doctoral abordó temas relacionados con la violencia contra las mujeres y derecho internacional:

“Conditions for plausibility of Women’s Conventions: Internalising the paradigm shift in the Inter-American System of Human Rights – Analysing a comparable experience for the Istanbul Convention”. En el 2012 colaboró con el Senado de la República Italiana para construir un marco legislativo respecto al delito de feminicidio: “DDL 3390 recante norme per la promozione della soggettività femminile e il contrasto al femminicidio”. En la actualidad trabaja para el Senado de la República italiana como Member of the staff of the Secretariat of the Council of Presidency of the Italian Senate. Entre sus últimas publicaciones están: Galanti V., “Constitutional substance of HR treaties vs. austerity constitutionalization: The case of Italy and the eradication of gender-based violence” *Università Roma Tre, Rivista della Facoltà di Giurisprudenza*, (proceedings, forthcoming 2013). valegal@gmail.com

La objeción de conciencia en la Corte Suprema de la Nación Argentina

Aida Kemelmajer de Carlucci

Eleonora Lamm

Abstract

El 13 de marzo de 2012, en un fallo histórico por su contenido y alcance, la Corte Suprema de Justicia de la Nación zanjó la discusión relativa al inciso 2 del art. 86 del Código Penal estableciendo que comprende a los abortos que se practiquen respecto de todo embarazo que sea consecuencia de una violación, sea o no su víctima carente de discernimiento, avanzando también en otras cuestiones; entre ellas, la objeción de conciencia.

Establece que “deberá disponerse un adecuado sistema que permita al personal sanitario ejercer su derecho de objeción de conciencia sin que ello se traduzca en derivaciones o demoras que

comprometan la atención de la requirente del servicio. A tales efectos, deberá exigirse que la objeción sea manifestada en el momento de la implementación del protocolo o al inicio de las actividades en el establecimiento de salud correspondiente, de forma tal que toda institución que atienda a las situaciones aquí examinadas cuente con recursos humanos suficientes para garantizar, en forma permanente, el ejercicio de los derechos que la ley le confiere a las víctimas de violencia sexual.”

En este trabajo se procurará analizar los avances existentes en cuanto al cumplimiento de lo dispuesto por la sentencia, partiendo de que es obligación de los poderes públicos establecer un sistema que posibilite recibir la prestación sanitaria y, al mismo tiempo, el ejercicio de la libertad de conciencia. Por ello resulta necesario regular el modo en que debe efectuarse una declaración de objeción de conciencia de personal sanitario mediante un documento que recoja de forma explícita a qué prácticas concretas afecta a fin de que el gestor sanitario organice adecuadamente los servicios de atención de los usuarios.

La objeción de conciencia en las profesiones sanitarias: retos y propuestas desde una bioética cívica. La objeción de conciencia en medicina veterinaria

Fabiola Leyton, Ph.D. Observatori de Bioètica i Dret, Universitat de Barcelona.
fabiola.leyton@gmail.com

La medicina veterinaria, como profesión relacionada a la salud animal y humana, es un ámbito donde también es posible encontrar “cuestiones de conciencia” relacionadas a las actuaciones sanitarias que los animales reciben de parte de los médicos veterinarios. En este ámbito sanitario, la relación asistencial del médico–paciente está intermediada por la figura del dueño de los animales, que es quien plantea casos éticamente problemáticos para los médicos veterinarios, como puede ser la petición de sacrificio o eutanasia de animales sanos, la petición de extracción de dispositivos de marcaje electrónico (microchip)⁴ o la desungulación de pequeños felinos, por mencionar sólo algunos ejemplos. Cuando el dueño de los animales solicita estos servicios al médico veterinario, éste puede negarse a ejecutarlos alegando contradicciones morales, sin embargo otros médicos pueden atender esta petición a pesar de los conflictos éticos derivados de ellas.

A mi juicio, la cuestión de la objeción de conciencia en la práctica veterinaria tiene una gran importancia, no solamente en lo tocante la práctica médica en sí, sino también porque su análisis nos permitiría levantar importantes preguntas relacionadas a la moralidad o la legalidad de ciertas actuaciones médicas, los alcances y nuevas configuraciones de la relación humano–animal donde se tomen en cuenta los intereses de los animales como seres sintientes; entre otras cuestiones que nos obligan a situarnos en una bioética ampliamente entendida y con alcances globales.

Del análisis de la relación médico–paciente en veterinaria, la pregunta por sus implicaciones prácticas y su cruce con los valores y principios rectores de la medicina veterinaria, me gustaría abarcar este ámbito poco transitado en la bioética y en el análisis de la práctica sanitaria.

⁴ Práctica que es ilegal en muchos países que imponen el sistema de marcaje electrónico como medida de control de los animales.

Objeción de conciencia como herramienta moral en la toma de decisiones en situaciones de difícil resolución en la práctica clínica–sanitaria.

Dra. Katya Marion Rodríguez. Médica Especialista en Medicina Interna y Preventiva. Postgrado en Bioética/Ética de la Investigación. Docente Universitaria de Postgrado. Quito–Ecuador. katyarodriguez@hotmail.com

La Objeción de Conciencia, toma gran importancia en este contexto cuando nos encontramos ante una situación de difícil resolución, en especial cuando se identifican Conflictos y Dilemas Éticos, en el que cualquiera de las posibilidades de solución, acarrea una consecuencia de acción legal o ética, y el profesional de la salud necesita tomar una decisión que pueda considerarse moralmente justa sin conflicto de conciencia.

En este escenario, se plantea el uso de este recurso, siguiendo un esquema de razonamiento moral, que ayude a clarificar cuando, en qué circunstancias, cómo resolver las confrontaciones sin minimizar los deberes profesionales que pueden verse enfrentados con la obediencia a la Ley, o a su propia conciencia, y a reconocer cuales serían los límites de la objeción de conciencia, y sus implicaciones sociales y políticas, y cómo puede afectar esta herramienta a la prestación de servicios asistenciales.

El planteamiento del esquema de razonamiento moral, sería el camino para resolver las inquietudes anteriores y además determinar la sutil línea de distinción entre objeción de conciencia y desobediencia a la ley, y consiste en recurrir a lo siguiente:

Se consideran pilares de fundamentación Ética a los denominados

- 1./Ley Moral, donde se encuentran los Imperativos categóricos, para el profesional de la Salud, es RECONOCER su DEBER SER, siempre es posible ante una situación de difícil decisión, encontrar dentro de su CONCIENCIA cuál es su DEBER SER
2. /Ética Filosófica, donde se encuentran los valores morales jerarquizados dentro de su propia moralidad/personalidad (su conciencia)
3. /Deontología Profesional, donde se debe considerar, el marco legal vigente y los Códigos de Ética Profesional a los que consciente y voluntariamente haya decidido adherir para su práctica profesional
4. /Norma Social, donde se encuentra el análisis de los llamados extraños morales y amigos morales que son aceptados socialmente en la comunidad de pertenencia.

Se plantea en estos pilares de Fundamentación, dos niveles jerárquicos, así, la Ley Moral y la Ética Filosófica, serían Nivel 1, de mayor “peso moral” y por lo tanto más gravitantes en la toma de decisión, en el Nivel 2 estarían la Deontología y la Norma social.

Una vez confrontado el caso a cada uno de estos fundamentos, se encuentra la concordancia o la discordancia con estos, cuando se presenta esto último, se definiría si es entre Nivel 1 y la Deontología profesional, particularmente con el marco legal vigente, en este caso, se hace necesario acudir a la Objeción de Conciencia

Es importante, sin embargo, hacer un análisis concomitante no solo de la fundamentación, sino también de los Principios de la Bioética, que nos ayudarán a encontrar con mayor precisión, de acuerdo a la concordancia o no con estos Principios, la posible solución del caso, la respuesta correcta, así como también podemos llegar a esto, confrontando la posible solución con un análisis de responsabilidad y consecuencias, completando así el Esquema de Razonamiento Moral, mediante el cual, casi matemáticamente podremos encontrar la respuesta que queremos, así como el Uso debido y racional de esta herramienta llamada la Objeción de Conciencia sin temor a equivocarnos.

Ilegalidad de la objeción de conciencia médica

Stella Maris Manzano

La objeción de conciencia nació como la defensa de grupos pacifistas a participar obligatoriamente en actividades bélicas en la década de 1960.

Grupos conservadores tomaron luego este precepto para imponer su moral en todo lo que tuviera que ver con los derechos no-reproductivos de las mujeres, realizando un sutil corrimiento del argumento hacia actividades voluntarias, no obligatorias y rentadas como la Medicina.

Ningún estado permitió nunca luego de aceptar la objeción de conciencia al servicio militar obligatorio que entraran los pacifistas a la carrera militar, reclamando luego del derecho a que se les pagara el sueldo, sin realizar tareas bélicas. Muchos de nosotros pensamos que es moralmente incorrecto matar seres humanos en las guerras, pero no defenderíamos la objeción de conciencia entre los militares de carrera.

En la mayoría de las constituciones nacionales de los distintos países, se defiende el derecho a la autonomía de las personas para elegir su propio plan de vida sin intromisiones estatales, incluso para tomar conductas nocivas para sí mismas, mientras no vulneren derechos de terceros; sin embargo, sólo en el caso de los derechos de las humanas vemos que se permite a los profesionales del campo de la salud de todo el mundo, salvo Suecia, vulnerar el derecho a la salud, la vida y la autonomía de las mujeres.

En Argentina los profesionales pueden objetar todas las leyes de salud sexual y reproductiva: desde recetar anticonceptivos, a realizar anticoncepción quirúrgica y abortos permitidos por ley.

Además este “derecho” que no es tal, ha sido consagrado en cada una de estas leyes, menos en el Código Penal vigente desde 1921, que permite el aborto cuando hay riesgo para la salud o la vida de la mujer, o si el embarazo fue producto de una violación. Las leyes de SSyR dicen que en cada servicio de salud se debe garantizar que haya profesionales no objetores a dichas prácticas.

En el caso del aborto, la Corte Suprema de Justicia de la Nación también reconoció el “derecho” a la objeción de conciencia a los profesionales de salud en el fallo FAL del año 2012–

Pongo entre comillas el derecho a la objeción, porque hay que diferenciar entre los que son derechos humanos y los que no lo son. El derecho a la salud, la vida, los derechos la educación, los derechos sexuales y reproductivos, la autonomía personal, son derechos humanos. Imponer la propia moral a otros no lo es. Ser profesional de la salud, no es un derecho humano si no se quiere realizar la tarea en todo lo que ello implique.

En Argentina, cuando se trató la ley de Matrimonio Igualitario, no se permitió incluir una cláusula de objeción de conciencia para quienes no quisieran casar personas del mismo sexo, fundamentando en que esto sería un acto discriminatorio, sin embargo se permitió en las leyes de salud sexual y no-reproductiva.

Estas leyes, al permitir la objeción de conciencia, se transformaron en leyes inocuas, porque es imposible que un director de hospital pueda exigir cumplir a un profesional o grupo de ellos lo que no se les exige a otros; ya que esto sería discriminación laboral. De modo que la objeción de conciencia médica se traduce en la negación del deber estatal de garantizar los derechos no-reproductivos a las mujeres. Si los derechos humanos son exigibles, las mujeres no debieran verse obligadas a deambular hasta encontrar un profesional que quiera respetar sus derechos.

Abortar en mi país es entre 80 y 160 veces menos peligroso que llegar a un parto. En EEUU es 10 veces menos peligroso.

Así consideremos que el feto es una persona, y que tiene derecho a la vida, sabemos también que en ningún país se obliga a nadie a arriesgar la propia vida para salvar la de otro. No se obliga a ninguna persona a donar un riñón, por ejemplo, ni para salvar a un niño moribundo. De la misma manera no

se puede obligar a las mujeres a arriesgar su propia vida para traer una nueva vida al mundo, porque si se lo hace se las deja de considerar un fin en sí mismas y se las está instrumentalizando.

La bioética nos enseña que el principio rector de la práctica médica es el respeto a la autonomía de las personas. Debemos respetarlas hasta cuando toman conductas que a nosotros nos parezcan riesgosas para sí mismas, como no transfundirse, por ejemplo. En el caso de las mujeres, también estamos obligados a respetar tanto su derecho de embarazarse, como de no hacerlo, de llegar a un parto, o de interrumpir antes su embarazo, asumiendo en este caso, que esta última decisión es la menos peligrosa para su salud y su vida y que están ejerciendo su derecho a elegir su propio plan de vida.

Los principios de beneficencia y no maledicencia, nos obligan a ofrecerles los mejores cuidados a la luz del conocimiento médico actual, y no anteponer nuestras creencias personales. No dilatar los tiempos para realizar un aborto, no negar información científica en vez de basada en juicios morales, no negar analgesia para que no sufran innecesariamente.

El principio de justicia obliga a los estados a garantizar el derecho a la salud, la vida, la planificación del número de hijos y el intervalo entre los mismos a todas las mujeres, no sólo a las que puedan pagarlos. Y según la CEDAW, artículo 12, también los obliga a ofrecer igualdad de acceso con respecto a los hombres a los servicios de salud, inclusive los de planificación familiar. Este artículo es imposible de respetar si se permite la objeción de conciencia. Está demostrado en todo el mundo que sólo queda una minoría de médicos disponibles, si se les reconoce el derecho a discriminar.

Desde lo simbólico, el permitir la objeción de conciencia en salud hace que se perpetúe la estigmatización de las prácticas de anticoncepción y aborto. Le dice a la sociedad que son cosas tan malas, que ni siquiera se puede obligar a quienes debieran garantizarlas a hacerlo.

La objeción de conciencia no se debería permitir a ningún profesional que trabaje con las mujeres. Y no ha de verse como autoritarismo, sino como la más efectiva protección estatal a los derechos de las mujeres.

Siendo la medicina una actividad voluntaria y rentada, el médico o partera que quiera trabajar con mujeres, tendrá que garantizar todos sus derechos, tanto los reproductivos, como los no-reproductivos; y si no, dedicarse a otra cosa.

Porque la vida, la salud y la dignidad de las mujeres está en riesgo si esto no se hace.

Objeción de Conciencia. Análisis desde la Bioética de la Objeción de Conciencia: a propósito de la situación en Uruguay con la implementación de la Ley de Interrupción Voluntaria del Embarazo

Mariela Mautone

La objeción de conciencia (OC) es la negativa de una persona a realizar ciertos actos, o a tomar parte en determinadas actividades, que le ordena la ley, basándose en razones de convicción moral. El objetor no pretende cambiar la norma sino sólo que se le exima de su cumplimiento por razones de conciencia. En el ámbito sanitario es la expresión de un dilema entre la autonomía de una persona que se opone a la obligación legal de dar una prestación a los miembros de la sociedad y el derecho de los usuarios a pedirla y recibirla en los plazos adecuados. Al Estado le corresponde examinar las circunstancias de la OC y garantizar la prestación cumpliendo con los principios de Justicia y Equidad.

Uruguay es un país con una sociedad democrática y laica cuyo Parlamento en Octubre de 2012 sancionó la Ley de Interrupción Voluntaria del Embarazo (IVE) que tiene un artículo que contempla la OC. Días después se emitió el decreto reglamentario de la ley que contiene artículos específicos sobre la OC.

Después de sancionada la ley un grupo de ciudadanos propuso una consulta popular para realizar un referéndum obligatorio para derogar la IVE. Sólo el nueve por ciento se manifestó a favor del plebiscito. Se necesitaban un veinticinco por ciento de expresiones de electores habilitados para llamar a plebiscito por lo cual esto quedó sin efecto.

Además se presentaron cien médicos frente al Tribunal de lo Contencioso Administrativo pidiendo que se anularan o modificaran artículos reglamentarios de la OC. El fallo preliminar de dicho tribunal ha suspendido once artículos reglamentarios en relación a la OC en forma transitoria

De lo expuesto en relación a la OC en el Uruguay, se concluye que en tanto la ciudadanía como tal ha respetado la decisión de la mujer con respecto a la interrupción del embarazo ha habido debate en ámbitos académicos, médicos, jurídicos con la autoridad sanitaria sobre cómo reglamentar la OC.

Como bien lo expresa el jurista uruguayo Dr. Fernando Rovira Villademoros

“La OC legitima una hipótesis de desobediencia a la ley y por lo tanto tiene carácter excepcional, es de interpretación estricta y alcance restrictivo. Por el contrario el derecho consagrado en la norma (el que el objetor debería cumplir) es de carácter general, abstracto, universal de signo positivo y de interpretación amplia bajo los principios protectores del Derecho Sanitario”.(1)

Dada la importancia que tiene el debate bioético en las sociedades democráticas y laicas como base para el establecimiento de normas y leyes es preciso en este tema establecer las condiciones del debate. La reflexión honesta de cada miembro de la sociedad es un acto íntimo que lo ayudará a expresar sus argumentos.

La religión, los prejuicios e íntimas convicciones de cada miembro de la sociedad debe enmarcar su decisión pero no lo autoriza a imponer su dogma al resto de los ciudadanos. Este punto es el que en forma recurrente obstaculiza las discusiones e implementación de los programas de educación sexual e implementación de la IVE

En sociedades laicas y plurales actuar con responsabilidad ciudadana exige abstenerse de convertirse en agentes heterónomas de la conciencia colectiva.

Existen además presiones colectivas que dificultan los diálogos honestos entre las personas así como desde el Estado el interés en la implementación de una política pública en el ámbito de la salud puede excederse y limitar derechos individuales.

En materia de salud pública siempre hay una tensión con los derechos individuales y colectivos que se deben exponer para analizar y luego actuar con responsabilidad.

Cuando se reglamentó la OC en Uruguay se pretendió que el objetor diera razones. Este es un punto también de tensión y análisis bioético.

Al objetor no se le puede tratar desde el prejuicio que actúa en nombre de colectivos o corporativismos, sino desde la consideración de su honestidad personal y responsabilidad profesional.

Las razones de conciencia están protegidas por el derecho a la libertad y a la intimidad, la pretensión de exigirle explícite sus razones implica actuar con prejuicio sobre el objetor y además es atribuir a personas, o grupos el deber de juzgarlo. En estas circunstancias se establecería una diferencia entre la igualdad entre personas, atribuyendo a algunos superioridad moral. Este acto niega la autonomía del objetor y le autoriza al estado un trato paternalista con algunos de sus ciudadanos.

Queda sin discusión que el OC debe comunicar al prestador de salud su condición para que este pueda organizar la prestación.

Al Estado le corresponde asegurar el acceso oportuno a la prestación y vigilar la ocurrencia de problemas que pueden ocasionar personas organizadas en corporativismos que quieran desestabilizar el acceso a un derecho legalmente reconocido.

1– Rovira Villademoros, Fernando “El ejercicio de la autonomía. Límites a la objeción de conciencia” en Aizemberg, M “Estudios acerca del derecho a la salud”. Facultad de Derecho. UBA. 2014.

¿Objeción de conciencia en el campo de la salud mental?

Dra. Liliana Mondragón Barrios. Instituto Nacional de Psiquiatría Ramón de la Fuente.
lilian@imp.edu.mx

En la literatura sobre la objeción de conciencia en la práctica sanitaria se mencionan los conflictos en el inicio y final de vida, como las condiciones en las que constante se objeta. Asimismo, se enuncian las situaciones en las que se desvirtúa la práctica de la objeción de conciencia, tales como: el rechazo a tratamiento, el incremento de los riesgos, como la negativa de algunos médicos a operar sin sangre a las personas que profesan ser testigos de Jehová, el uso de medios de soporte vital, entre otros. No obstante, en ambos casos parece existir una clara omisión de su asequible aplicación en el ámbito de la salud mental.

Si bien la objeción de conciencia solo puede ostentarse en el seno de sociedades liberales, plurales y democráticas, por ser un ejercicio de oposición y excepción legal al cumplimiento de una Ley, permisible como respeto de las minorías; su fundamento, como siempre ocurre con cualquier ordenamiento legal, es la moral; es este caso, un individuo objetará el cumplimiento de un acto que moralmente considere incorrecto según su conciencia. Siendo de esta forma, ¿por qué no cavilar en que los especialistas en el cuidado de la salud mental también pudieran optar por la objeción de conciencia?

Y es que si concebimos que la conciencia moral a la que alude la objeción está relacionada con aquella que interpreta, pondera y emite un juicio en consonancia con los valores e identidad personal, acciones y consecuencias para el sujeto mismo como para los otros que no comparten sus expresiones morales, entonces se podría pensar que en diversas manifestaciones de la atención en salud mental se pone en juego esta conciencia moral, ejemplo de ello es el tratamiento de la conducta suicida, particularmente, del intento de suicidio. La tesis de este trabajo es cuestionarse si la situación en la que el médico que presenta un conflicto interno por atender a pacientes que ha intento de quitarse la vida puede ejercer objeción de conciencia.

En una investigación cualitativa que se realizó en la Ciudad de México, con el objetivo de identificar los significados que los participantes otorgaron a los principios bioéticos, se entrevistaron a tres psiquiatras tratantes de pacientes con intento de suicidio. A través de un análisis de discurso argumentado se mostró como estos médicos se convierten en una especie de juez moral que “debe” dejar claro que ellos y la sociedad que representa desapueba comportamientos como el intento de suicidio. Una de las psiquiatras, reconoció que el intento de suicidio provoca “coraje” pues lo considera como “rendirse antes de luchar” como un acto cobarde o una rendición. También reconoció que el enojo que se siente por el intento proviene de la parte moral, ética y psicológica de los médicos, de la cual no pueden desprenderse y les genera mucha impotencia.

El maltrato hacia los pacientes con intento de suicidio, nos remite a evidenciar una locura que oscila entre la moral y la patología. Moralmente, el suicidio continúa siendo considerado tanto un acto motivado e intencionado, como un “arrebato de locura”. Además, como lo expresaron los propios psiquiatras, el intento es visto y tratado, como algo nervioso, en su sentido subjetivo, ya que no es un mal que aparezca en las radiografías o en los resultados de laboratorio. Por ello, para estos médicos lo que sigue después del intento “no se trata de medicinas, sino de echarle ganas”; para qué las medicinas sino se está enfermo, es cuestión de fuerza de voluntad.

El paciente que ha intentado quitarse la vida puede ser estigmatizado al considerarlo como loco; de esta manera, el actuar del psiquiatra será tomar el control del paciente y atenderlo incluso contra su voluntad. En estos casos, aun cuando el médico tiene derecho a declinar la atención de algún paciente, de lo que se trata es que su conciencia moral ante el suicidio representa un conflicto que lo lleva a lesionar psicológicamente a su paciente, quien se encuentre en riesgo de consumir el suicidio.

Por lo anterior, vale la pena continuar el cuestionamiento sobre la posible acción objetora en el campo de la salud mental, específicamente en la atención del intento suicida; tal vez sería de gran responsabilidad ética. Por un lado, porque ejerce un bien moral y jurídico relacionado con la identidad moral de las personas; es decir, con este ejercicio, los médicos podrían “resolver el conflicto interno” lo que significa para ellos el suicidio, remitiendo al paciente que presenta dicho acto. Por otro, es un acto de prudencia que evita lesionar la integridad axiológica del propio médico y, a su vez, aquélla de los pacientes.

Ética cívica y su relación con la objeción de conciencia de los profesionales en la atención sanitaria

Autora: Adela Montero Vega. Médico Gineco Obstetra. Magíster en Bioética. Profesor Asociado.

Centro de Medicina Reproductiva y Desarrollo Integral de la Adolescencia. Facultad de Medicina.

Centro de Estudios de Ética Aplicada. Facultad de Filosofía y Humanidades. UNIVERSIDAD DE CHILE. CHILE. amontero@med.uchile.cl

La Objeción de Conciencia (OC), ha estado presente desde la Antigüedad, constituyendo un tema ético sensible y complejo, al aludir a lo más íntimo del ser humano, como es la dignidad basada en los dictámenes de su conciencia, planteándose como un derecho fundamental de las personas.

Básicamente comprendería una forma de incumplimiento de obligaciones legales y/o administrativas, basado en argumentos éticos, morales, religiosos, entre otros, cuyo acatamiento produciría un grave conflicto de conciencia en el objetor. En salud, es posible considerarla como aquella situación individual, de negativa o rechazo, ante un mandato legal o administrativo, para practicar una acción o procedimiento directo y específico, por razones de índole ético, moral, religioso u otras, por parte del profesional, del paciente e incluso de sus propios familiares.

En el ámbito sanitario, adquiere especial relevancia, al confrontarse el derecho del profesional objetor a la libertad de conciencia y el derecho de las personas a la atención en salud, ameritando un análisis en profundidad. Cuando estos derechos y libertades se contraponen, generarían importantes repercusiones bioéticas, pudiendo evidenciarse 3 niveles de complejidad. Un primer nivel constituido por la directa relación profesional/paciente; un nivel intermedio representado por la relación entre el objetor y el equipo de salud e instituciones donde está inserto y un tercer nivel, que trasciende e involucra a la sociedad y las decisiones políticas sobre la regulación de la OC, para la toma de decisiones vinculadas con la atención sanitaria.

La ética cívica al ser planteada como respuesta a la complejidad del establecimiento de normas éticas en las sociedades contemporáneas, frente a la urgencia para dar respuesta y/o solución a los problemas morales, surgidos como consecuencia del avance de la ciencia y la tecnología, del capitalismo, de la crisis medio ambiental entre otros, podría proporcionar las herramientas para superar las repercusiones bioéticas de la OC, mediante la necesaria consideración de los mínimos y máximos morales. La OC sanitaria, al ser invocada como una convicción por el profesional objetor, como algo imposible de renunciar para el logro de su vida buena, estaría representada como una máxima moral, que debiera ser ofrecida como un modelo a seguir, sin imposiciones de ninguna índole. El nivel de mínimos, traducido en aquellos valores que determinan un mínimo ético irrenunciable, exigibles moralmente a la totalidad de la población, estaría representado por la necesidad de normar, de establecer una adecuada regulación de la OC en este ámbito.

Como sociedad, debemos ser capaces de dialogar y deliberar abierta y activamente sobre temas sensibles, asumiendo el respeto cuando se contraponen nuestras propias ideas, creencias y valores con las de otros. Sin embargo, como profesionales sanitarios, debemos considerar un deber de conciencia, respetar el derecho de las personas a la atención en salud según los estándares de calidad

establecidos por el Estado. Una OC mal entendida, sin la regulación requerida, puede generar un grave abuso hacia los derechos fundamentales de las personas, con el consiguiente menoscabo en la salud de la población, particularmente de los más vulnerables.

Título: Objeción de Conciencia y Democracia

Autores: Cándido Pérez Hernández y Adrián Rodríguez Alcocer

cperez@earlyinstitute.org, arodriguez@earlyinstitute.org

Filiación: Early Institute, México

Problemática

La objeción de conciencia permite proteger los derechos más íntimos del individuo frente al poder del Estado, así como los derechos de las minorías ante las decisiones de la mayoría que pudieran entrar en conflicto con sus libertades esenciales. Es un mecanismo de *último recurso*, lo cual tiene sentido en un Estado de Derecho que pone a disposición de sus ciudadanos una serie de instrumentos para combatir aquellas disposiciones que consideren injustas o invasivas. Sin embargo, la objeción tiene dos aristas: por un lado puede ser considerada el último recurso de defensa democrática frente a decisiones tomadas en contra de la voluntad de los ciudadanos y, a la vez, puede tener el efecto de negar el acceso a ciertos servicios.

Preguntas de análisis

¿Qué pasa cuando la objeción de conciencia se convierte en un recurso generalizado para oponerse a alguna norma u orden de la autoridad, al grado de impedir la provisión de un servicio?

¿Puede la objeción de conciencia convertirse en la última defensa contra la imposición de normas contrarias al sentir y pensar de la sociedad, ya sea por parte de congresos no representativos o de autoridades judiciales?

Elementos de análisis y discusión

La objeción de conciencia es, por su propia naturaleza, un recurso individual –aunque las personas colectivas, como las empresas o las asociaciones civiles, pueden ejercerla en algunos países–, y sólo es legítimo recurrir a ella cuando una disposición violenta creencias o convicciones profundas, y bajo ciertas reglas. En la mayoría de los países estas reglas incluyen: a) que la condición de objetor sea manifestada con anterioridad al acto, b) que esté basada en convicciones profundas, coherentes y preexistentes; y, c) en casos de salud, se pide que el paciente sea referido a un médico o proveedor del servicio no objetor. Así planteada, la objeción de conciencia parece un mecanismo apropiado para garantizar que el Estado se abstenga de invadir la esfera de derechos de las personas, especialmente en lo que se refiere a la libertad religiosa (que incluye tanto la libertad de creer, no creer o cambiar de creencia, como de vivir conforme a dichas creencias o convicciones), y se antoja especialmente útil en los casos en los que dichas creencias son minoritarias.

Sin embargo, el uso generalizado de la objeción de conciencia (por ejemplo, en el casos recientes protagonizados por médicos objetores en Colombia o Uruguay) ha causado preocupación en varios sectores, en el sentido de que la objeción de conciencia, por su propia naturaleza individual, pareciera estar ejerciéndose de manera colectiva y como una herramienta de presión política, más que de salvaguarda a los derechos. Sin embargo, otra postura sostiene que, en casos como esos, la objeción puede convertirse una herramienta para salvaguardar no sólo las convicciones del objetor, sino la misma representatividad democrática ante autoridades que actúan en contra de los intereses o el modo de pensar de sus ciudadanos; así, pareciera que aquello que fue plantado como una salvaguarda contra su poder, se convierte ahora en único baluarte de la mayoría democrática despojada de su legítimo derecho.

A objeção de consciência frente à obrigatoriedade de vacinar

Remondi Introcaso Paschoal, Sandra Regina (sandra.remondi@unifenas.br)⁵

Oliveira Pereira, Ivânia Goretti (ivania.pereira@unifenas.br)⁶

É característica do Estado Democrático de Direito a garantia das diversidades sociais e culturais. O direito do Estado não alcança o foro íntimo, a privacidade pessoal. A objeção de consciência é a recusa ao cumprimento dos deveres incompatíveis com as convicções morais, políticas e filosóficas. Segundo John Rawls, objeção de consciência é o não cumprimento de um preceito legal ou administrativo mais ou menos categórico. Assim, a objeção de consciência tem caráter personalíssimo, pauta-se na liberdade de consciência que reflete a liberdade de crença e de pensamento e se confunde com o livre arbítrio sobre questões relativas ao próprio corpo, incluindo aí vacinar-se ou não. Ao lado das melhorias sanitárias obtidas com o tratamento de água e esgoto, tem-se que as vacinas trouxeram grandes benefícios à saúde humana e conseqüentemente contribuíram para o aumento da expectativa de vida das pessoas. Apesar disso, há muitos que são contra, seja por crença religiosa ou filosófica ou informações equivocadas sobre o assunto. Embora haja possibilidade de efeitos colaterais, a imunização em massa tem conseguido extirpar doenças que causaram a morte de milhões de pessoas. Como não há um parâmetro para a objeção de consciência é extremamente importante o debate sobre este tema. O presente estudo pretende discutir as seguintes questões: Existe limite para a objeção de consciência? Que implicações sociais e políticas tem a recusa de se vacinar? Quais os aspectos legais e éticos no Brasil e em outros países, envolvendo a recusa à vacinação? Qual seria um caminho para a minimização do problema? Há pais que não levam seus filhos para vacinar por displicência e então podem responder por isto, mas há casos em que os motivos são religiosos. O Reverendo Edmund Mossey, teólogo inglês, pregava que as doenças são enviadas por Deus para punir pecados, e qualquer tentativa de prevenir varíola por inoculação era uma operação diabólica. No Brasil, o maior protesto foi em 1904, no Rio de Janeiro, no movimento denominado Revolta da Vacina. O Dr. Robert Sear defendia que a imunidade natural produzida pela doença é superior àquela produzida pela vacina e que a grande quantidade de vacina imposta pelos esquemas de vacinação, pode ocasionar uma sobrecarga imunológica. Há países que têm leis que tornam obrigatória as vacinas indicadas pelo Ministério da Saúde, em alguns são apenas recomendadas e outros são omissos sobre a matéria. Há algumas controvérsias quanto a algumas vacinas, tais como a vacina tríplice viral (como causadora de autismo), a vacina contra a hepatite B (pode causar esclerose múltipla) e a vacina contra a influenza H1N1 (como causadora da síndrome de Guillaen-Barré). O número de mortes ou sequelas em caso de crianças em que os pais proíbem de vacinar é muito grande, além do que a existência de grupos não vacinados traz riscos não apenas individual, mas também coletivo. A decisão de não vacinar de alguns pode representar um sério risco para a saúde de outros. Não seria o caso do bem-estar da comunidade sobrepor-se à objeção de consciência? Sendo a imunização um direito da criança, não é dever dos pais vaciná-las, sendo obrigatória a intervenção da justiça frente um comportamento dos pais prejudicial aos filhos? Partindo do pressuposto que é mais eficaz a informação e o esclarecimento do que a obrigatoriedade de uma conduta entende-se que é necessário que as autoridades sanitárias bem como as organizações profissionais se unam para prestar esclarecimentos científicos, em linguagem acessível a todos, sobre os resultados benéficos e possíveis efeitos adversos da vacina, possibilitando que realmente as pessoas estejam habilitadas a se posicionar diante da situação.

⁵ Professora da UNIFENAS-Alfenas-Minas Gerais-Brasil, mestre em Direito Empresarial pela UNIFRAN- Franca-SP (Brasil), doutora em Ciências Jurídicas e Sociais pela UMSA-Buenos Aires(Argentina) e pesquisadora acreditada do Observatorio sobre Derechos Humanos, Bioética, Salud , Medio Ambiente- Salerno (Itália).

⁶ Professora da UNIFENAS-Alfenas-Minas Gerais-Brasil, especialista em Direito Processual pela UNIFENAS e mestre em Direito UNIFRAN- Franca-SP (Brasil).

La psicología y la objeción de conciencia por creencias religiosas para la atención de personas de condición sexual diversa en Colombia

Yeimi Paola Sánchez López

Psicóloga, Universidad Nacional de Colombia

Mtr. (c) Bioética y Derecho, Universitat de Barcelona

Existen casos en los cuales profesionales en psicología se han enfrentado a atender personas homosexuales considerando que ello atenta sus creencias religiosas. Uno de ellos se dio en el Reino Unido por la negativa de un psicólogo de prestar atención a un paciente homosexual. En el otro continente, en Estados Unidos una estudiante de un máster en psicología fue expulsada por negarse a atender una persona de condición homosexual debido a su convicción religiosa. Pese a que en el último caso se favoreció la objeción de conciencia, quedan algunos interrogantes frente a ello.

Dado lo anterior, quisiera abordar cómo desde la Ley 1090 de 2006 por la cual se reglamenta el ejercicio de la profesión de Psicología, se dicta el Código Deontológico y Bioético y otras disposiciones en Colombia, se podría solventar estas situaciones en caso hipotético que se presentaran en nuestro país tanto en el campo laboral como de formación profesional.

El debate incluye los elementos de la objeción de conciencia en Colombia, las disposiciones y precedentes legales para el ejercicio de la Psicología en el país, todo ello enmarcado en las personas que laboran en esta área y tienen creencias religiosas que pueden inmiscuirse en su decisión de atender personas de condición sexual diversa⁷.

Surgen allí diferentes preguntas: si se aboga por los derechos del profesional ¿Dónde quedan los derechos del paciente/consultante?, por el contrario, si se defienden los derechos del paciente/consultante ¿Cómo se defienden los derechos del profesional?

Es necesario no sólo evaluar el ámbito normativo sino conducir el debate por opciones que favorezcan la atención íntegra de estas personas de acuerdo con las alternativas de la deontología en Colombia.

La definición de la objeción de conciencia sanitaria: concepto y ámbito

José Antonio Seoane. Profesor Titular de Filosofía del Derecho. Universidade da Coruña. jaseoane@udc.es

Azucena Couceiro. Profesora honorífica del Departamento de Especialidades médico–quirúrgicas. Universidad del País Vasco

Las modernas sociedades plurales deben garantizar la objeción de conciencia de los profesionales sanitarios. No obstante, la falta de claridad en torno a su concepto y a su fundamentación genera malentendidos, conflictos y la proliferación de falsas objeciones de conciencia que pueden ocasionar desprotección de la conciencia de los profesionales y falta de garantía de los derechos de los usuarios.

El objetivo principal de esta ponencia es definir el concepto y el ámbito propio de la objeción de conciencia sanitaria, identificando sus escenarios clínicos.

A partir de un marco ético, jurídico y político de protección bilateral y en el contexto de la relación clínica se afirma que el ejercicio responsable de la objeción de conciencia sanitaria exige ponderar la conciencia del profesional con otros bienes y valores, y asumir que aquélla no siempre prevalece.

⁷ En Colombia se suele utilizar la denominación “Condición sexual diversa” o “población LGBTI” -Lesbianas, Gays, Bisexuales, Transexuales, Intersexuales.

Asimismo, se enuncian y analizan los rasgos de sus dos clases y las razones éticas y jurídicas para su reconocimiento y protección. De una parte, la objeción de conciencia sanitaria negativa, referida a mandatos de hacer, que consiste en la abstención de realizar la acción ordenada por la norma que lesiona la conciencia. De otra, la objeción de conciencia sanitaria positiva, referida a prohibiciones o mandatos de no hacer, que consiste en la prestación de tratamientos o productos sanitarios requeridos por el paciente pero prohibidos por la norma jurídica.

Título: ¿Es necesario el reconocimiento normativo de la objeción de conciencia? Un acercamiento a la categorización jurídica de la objeción de conciencia

Comunicante: Salvador Tarodo Soria, Universidad de León. salvador.tarodo@unileon.es

Resumen: La doctrina se debate entre la necesidad de la existencia de reconocimiento normativo de la objeción de conciencia y la posibilidad de su aplicación directa en cuanto contenido esencial de un derecho fundamental que no necesitaría intermediación del legislador.

La comunicación propone un análisis de las bases constitucionales, normativas y jurisprudenciales de la objeción de conciencia en España, centrandose fundamentalmente en las cuestiones relacionadas con la bioética.

El análisis permitirá extraer algunas conclusiones que puedan servir de base para la adecuada delimitación del concepto. La objeción de conciencia en sí misma no es un derecho fundamental de aplicación directa, lo contrario significaría legitimar la desobediencia al derecho y negar una de sus características esenciales el obligado cumplimiento de las normas imperativas. Sin embargo, un estudio de la doctrina de nuestro Tribunal Constitucional y de los Tribunales que cumplen las mismas funciones en otros países, permite afirmar que existen supuestos en los que es posible el reconocimiento judicial de la objeción de conciencia, aunque no exista una previsión normativa al respecto.

La tesis del trabajo será que aunque no es necesario el reconocimiento explícito de la norma, la objeción tiene que tener cierto reconocimiento jurídico, es decir, debe cumplir unas condiciones jurídicas que la conviertan en una reivindicación legítima desde el punto de vista jurídico. Trataremos de elaborar una tipología de supuestos, determinar cuáles son estos condicionantes y colaborar al esclarecimiento de la difícil cuestión sobre el fundamento y límites de la objeción de conciencia.

El tema de la objeción de conciencia y la manifestación del consentimiento en el caso de aborto.

Por Vitulia Ivone*

La interrupción del embarazo y los problemas relacionados con ella son objeto de un intenso debate político y legal en varios países y los tribunales a menudo son llamados para resolver los problemas relacionados con ella.

En muchos Países de América Latina, en los últimos años, algunos Gobiernos han presentado proyectos de ley de aborto, que son reformas emblemáticas en los contenidos. En Chile, que es uno de los pocos países del mundo donde la interrupción del embarazo es perseguido en todas sus causales, el Gobierno ha firmado la iniciativa que deberá ser discutida desde marzo en el Parlamento y que lo pretende despenalizar en tres supuestos: riesgo vital de la madre, embrión o feto incompatible con la vida y violación.

En Argentina, la objeción de conciencia es tratada como un derecho humano universal que procura garantizar el pleno ejercicio de las libertades de pensamiento y religión, y como tal, se encuentra

garantizado por los tratados internacionales de derechos humanos, normas nacionales, como por ejemplo la ley nacional N° 25.673 de salud sexual y procreación responsable y normas provinciales.

Luego de la sentencia de la Corte Suprema argentina del año 2012 sobre aborto, el Ministerio de Salud de la Nación estableció la "Guía Técnica para la Atención de Abortos No Punibles", la cual fue adoptada también por numerosas provincias. En esa Guía se regula la objeción de conciencia. Es necesario comprender y tratar la condición actual de este presidio de derecho en Argentina.

En este mes de marzo, la Marcha por la Vida, la Mujer y la Maternidad ha pedido en Madrid a los magistrados del Tribunal Constitucional que dicten una sentencia que derogue la Ley del Aborto, apelando a su sentido de la "responsabilidad", y a los diputados 'populares' que rechacen su iniciativa presentada en la Cámara Baja. Esta situación nace de una Ley muy restrictiva

En el resto del mundo, por ejemplo en Australia, el Tribunal Administrativo del Estado de Australia Occidental ha decidido una instancia en la manifestación urgente del consentimiento para la interrupción del embarazo por un joven de diecinueve años con esquizofrenia y a la decimosexta semana de embarazo. La demanda se relacionaba con la designación de un tutor para que podría manifestar el consentimiento al aborto. La relevancia de este caso se refiere al hecho de que, mientras ella no comunicaba verbalmente, había "claramente y repetidamente" dado muestra a los médicos de querer de interrumpir el embarazo. Así se presentó demanda para el nombramiento de un tutor para dar el consentimiento de manera expresa. Sin embargo, el tribunal rechazó de nombrar a un tutor para consentir al aborto del incapaz debido a que el tutor no puede manifestar un "consentimiento informado" en nombre de la persona asistida y por lo tanto no es legalmente autorizado para tal procedimiento.

En los Estados Unidos, la cuestión relacionada con la interrupción voluntaria del embarazo es siempre en el centro de la atención del público y el debate pro-life vs. pro-choice es muy activo tanto en los tribunales federales como el de los tribunales estatales. En el primer caso, el Tribunal de Apelaciones del Cuarto Circuito confirmó una apelación en contra de la legislación de Carolina del Norte: tal norma requeriría que ante del procedimiento de aborto a la mujer se realizaba una visualización ecográfica y descripción del feto.

En el Reino Unido, la Supreme Court of United Kingdom ha decidido un caso relativo a la objeción de conciencia, como establecido en el Abortion Act del 1967, como expresión del derecho a manifestar la libertad religiosa. El Tribunal se ocupó de señalar cuáles son los roles que los solicitantes, parteras de origen católico, pueden ocupar en el desempeño de sus funciones hospitalarias como ser delegadas, cuidar y vigilar de otros miembros del personal que practican procedimientos de aborto dentro de su papel como responsable de compitos de enfermería hospitalaria del Hospital en el cual están empleadas. La decisión es importante porque profundiza los principios establecidos por el Tribunal de Estrasburgo con la causa Eweida sobre la libertad religiosa en el lugar de trabajo y el principio de no discriminación, también porque se refiere al concepto de "razonabilidad" aplicable a este tipo de situaciones.

* Prof. Vitulia IVONE

Department of Legal Sciences (School of Law)

University of Salerno

Via Giovanni Paolo II, n. 132

84084 Fisciano (Sa) – Italy

Email: vituliaivone@unisa.it

<http://www.unisa.it/docenti/vituliaivone/index>

Prof. Vitulia Ivone is Associate Professor of Private law, Faculty of Law, University of Salerno; Lecturer of Civil law at the Specialization School for Legal Professions; Chairman of the Scientific Committee of the *Fondazione Scuola Medica Salernitana*; Member of the academic board and

professor in the Ph.D. Programme on “Legal Sciences”, University of Salerno; Member of the Patent Commission of the University of Salerno; Member of the Scientific Committee of the *Observatory on Human Rights: Bioethics, Health, Environment*; Member of the Scientific Board of the journals *Biodiritto* (Aracne Rome) and *Cuadernos de Bioética* (UMSA, Buenos Aires); Recipient of a scholarship for the international mobility of researchers granted by the Province and the University of Salerno; Co-director of the International Summer School on Law, Bioethics and Health 2015, School of Law, University of Salerno.

Prof. Ivone was visiting researcher at the “Institut für ausländisches und internationales Privat- und Wirtschaftsrecht”, Heidelberg Universität (April–October 2008); Visiting researcher at the “Institut für Deutsches, Europäisches und Internationales Medizinrecht, Gesundheitsrecht und Bioethik, Universität Mannheim–Heidelberg” (September 2011 and October 2012); Conference speaker at the Universities of Monte Scopus, Zefat College and Bar–Ilan University (Israel, April 2010); Conference speaker at the Universidade do Vale do Rio dos Sinos and at the Escola de Saúde Pública in Porto Alegre (Brazil, May 2010); Conference speaker and visiting professor at the Universities of Buenos Aires UBA, UMSA and FLACSO (2014); Visiting professor and researcher at the Ph.D. Courses in “Bioética” and in “Ciencias Jurídicas y Sociales”, Universidad del Museo Social Argentino, Buenos Aires (since 2012).

Prof. Ivone’s scientific interests are especially focused on bioethical and biolegal subjects concerning the right to health and the beginning and end of life (informed consent, medically assisted procreation, pre-implantation genetic tests, advance directives and living wills, palliative care, dignity and human rights at the end of life, medical responsibility). Besides the classical topics of private law, her interests also include gender, intellectual property, freedom of scientific research, protection of cultural property, and biotechnologies.

She is the principal investigator of national and international research projects funded by the University of Salerno, including “Beginning and end of life: the consent paradigm” (FARB 2014) and a member of the research group of the Italo–German Vigoni Project 2011–2012 on “*Legal and ethical questions raised by end-of-life decision-making in Germany and Italy: a comparative and international law perspective*”, co-directed by Professors Jochen Taupitz and Stefania Negri, as well as a member of the research group of the international research project funded by the University of Salerno on “Bioethics and international law in the relationship between life, death and human dignity”, directed by Prof. Stefania Negri (FARB 2010).
