

Translated from: Cook, R.J, M. Arango Olaya & B. M. Dickens, "Healthcare Responsibilities and Conscientious Objection" (2009) 104 *International Journal of Gynecology and Obstetrics*, 249-252. © 2009 Federación Internacional de Ginecología y Obstetricia. Publicado por Elsevier Ireland Ltd. Todos Derechos Reservados.

PROBLEMÁTICAS ÉTICAS Y LEGALES EN LA SALUD REPRODUCTIVA

Responsabilidades en los servicios de salud y objeción de conciencia

Rebecca J. Cook- *Facultad de Derecho, Facultad de Medicina y Centro Adjunto de Bioética, Universidad de Toronto, Canadá*

Mónica Arango Olaya- *Abogada para América Latina y el Caribe, Centro para los Derechos Reproductivos, Nueva York, EEUU*

Bernard M. Dickens- *Facultad de Derecho, Facultad de Medicina y Centro Adjunto de Bioética, Universidad de Toronto, Canadá y Autor Corresponsal, bernard.dickens@utoronto.ca, +1 416 9784849; fax +1 416 978 7899*

Información sobre el artículo

Términos claves: servicios de aborto, objeción de conciencia, el deber de remitir, responsabilidades legales de hospitales, límites de la objeción de conciencia, derechos de los pacientes, deberes profesionales

Resumen

La Corte Constitucional Colombiana ha emitido una sentencia de trascendencia internacional que aclara los deberes legales de proveedores, hospitales y sistemas de salud en el caso de objeción de conciencia a la práctica del aborto legal. La decisión establece la obligación en cabeza de los proveedores objetores a remitir pacientes a proveedores que no lo sean. De otra parte, determina que los hospitales, clínicas y otras instituciones no poseen el derecho a la objeción de conciencia. Su deber profesional y legal es el de garantizar que los respectivos servicios a sus pacientes sean provistos de manera oportuna. Los hospitales y otros administradores de salud no tienen la opción de objetar porque no participan en los procedimientos que están en la obligación de facilitar. Los proveedores que sean objetores deben tener conocimiento de proveedores que no lo sean y a quienes puedan remitir sus pacientes. De igual manera, las escuelas de medicina deben capacitar adecuadamente a proveedores no-objetores y las respectivas autoridades veedoras deben autorizarlos. Donde éstos no se encuentran, quizá se puedan capacitar, equipar y autorizar a parteras y enfermeros para prestar este servicio de manera adecuada. La decisión de la Corte tiene una amplia incidencia en la manera como los sistemas de salud deben manejar tanto la objeción de conciencia como los derechos constitucionales y legales de los pacientes.

1. Introducción

A lo largo de las últimas cuatro décadas progresivamente las leyes contra el aborto han ido siendo liberalizadas por diferentes cuerpos legislativos democráticamente responsables y por altas cortes de muchos países, respondiendo a la evolución en la protección legal de

los derechos humanos.¹ Dicho movimiento no es universal. De hecho, muchos cuerpos legislativos y cortes han aprobado medidas más restrictivas del aborto. No obstante, la tendencia general ha sido hacia la atenuación de leyes históricamente proscriptoras. Esta liberalización es especialmente evidente en las democracias de tipo occidental. Sin embargo, paradójicamente, muchos países que han emergido de la dominación colonial a la independencia, logrando la autodeterminación política y económica, conservan las leyes restrictivas al aborto impuestas por los poderes occidentales antiguamente coloniales, quienes desde entonces han liberalizado su propia legislación al respecto, de conformidad con los principios de derechos humanos que respetan el derecho de las mujeres a la vida, la salud y la autodeterminación reproductiva.²

En casi todas las oportunidades la oposición a la liberalización de la legislación referente a la salud reproductiva, presentada ante tribunales nacionales o internacionales por -o auspiciada por- instituciones religiosas conservadoras, ha fracasado. Así, la estrategia reaccionaria se ha dirigido a la resistencia mediante la invocación del derecho humano a la conciencia religiosa. Implementando la Declaración Universal de los Derechos Humanos de 1948, el Pacto Internacional de Derechos Civiles y Políticos de las Naciones Unidas (ICCPR por sus siglas en inglés), que entró en vigencia en 1976, dice en su Artículo 18 (1):

Toda persona tiene derecho a la libertad de pensamiento, de conciencia y de religión... 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.

Fundamentadas en este derecho, se presentan objeciones de conciencia a la participación en procedimientos de aborto que, por ejemplo, algunas confesiones cristianas consideran un pecado mortal, es decir, un pecado que pone en riesgo la vida eterna del alma. No obstante, el derecho a la objeción de conciencia no es absoluto dado que el Pacto lo limita cuando involucra la salud de otros; por ejemplo, cuando se determina un aborto terapéutico. El Artículo 18 (3) agrega:

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.

Las limitaciones al alcance del derecho a la objeción de conciencia fueron tratadas en un caso revisado por la Corte Constitucional colombiana decidido en Febrero de 2008.³ Este caso ha resultado en una sentencia de suma importancia que tiene una trascendencia e instrucción considerable en los niveles nacional, regional e internacional.

2. El caso

¹ Boland R, Katzive L. "Developments in laws on induced abortion: 1998-2007", en *International Family Planning Perspectives*, 2008, 34(3):11020.

² Cook RJ, Dickens BM. "Human rights dynamics of abortion law reform", en *Human Rights Quarterly*, 2003, 25 (1): 159.

³ Corte Constitucional Colombiana, Sentencia T-209 de 2008; 20-21, para. 4.5

Los lamentables hechos del caso son tristemente comunes. Una colombiana de 13 años de edad, víctima de violación, quedó embarazada y, cumpliendo con los requisitos establecidos por la Corte Constitucional en el año 2006 para el aborto legal⁴, solicitó a través de su madre que la institución estatal de salud responsable de su cuidado facilitara el procedimiento. El hospital asignado por dicha entidad se negó a realizar el procedimiento y la niña fue remitida a cuatro diferentes instituciones de salud. Todas se negaron a atenderla argumentando que ninguno de sus ginecólogos practicaría el aborto. Uno de los hospitales donde buscó ayuda agregó que no existía obligación legal alguna ya que la vida de la niña no se encontraba en peligro, pese a que, con el diagnóstico del embarazo y de una infección venérea, ella había intentado suicidarse.

La denegación de servicios de aborto a los que las mujeres tienen derecho, como en México por violación⁵ o en Perú por riesgos a la salud mental –por ejemplo en el caso de una adolescente obligada a llevar a término y lactar un feto anencefálico⁶ –, se está convirtiendo en una tendencia entre los abusos a los derechos de las mujeres en América Latina. Altas cortes en Brasil y Argentina se han pronunciado acerca de los derechos de la mujer a un aborto legal, previo diagnóstico de anencefalia.⁷ En Europa, Polonia fue condenada por la Corte Europea de Derechos Humanos por negar el aborto legal a una madre de varios niños pequeños que fue obligada a dar a luz a pesar de haber sido previsto por su médico que el parto le causaría la pérdida casi absoluta de la visión.⁸ De otra parte, la Corte Suprema de Polonia ordenó a un médico la indemnización a unos padres por haberse negado a emitir un diagnóstico genético prenatal médicamente indicado. De esta omisión resultó el nacimiento de niño predecible y severamente discapacitado, lo que había podido predecirse.⁹

La sentencia colombiana surge de un procedimiento constitucional para la protección de los derechos fundamentales, la acción de tutela, que en este caso buscaba que se reconociera y ordenara el derecho al acceso a un aborto legal. El juez de primera instancia que revisó el caso, denegó el amparo de los derechos constitucionales de la menor. Éste cuestionó la violación como causal del embarazo, desconociendo el fallo de la Corte Constitucional en el 2006 donde expresamente se había notado la disposición que establece que el embarazo en una niña menor de 14 años se considera una violación.¹⁰ En algunas jurisdicciones donde la ley preceptúa que una niña menor a cierta edad es incapaz de dar consentimiento legal efectivo al acto sexual, dicho acto constituye legalmente una “violación”. Al resolver la apelación, el juez de segunda instancia confirmó la decisión del juez de primera instancia y la niña fue obligada a llevar a término su embarazo. De acuerdo al Artículo 86 de la Constitución, todas decisiones judiciales sobre acciones de

⁴ Corte Constitucional Colombiana, Sentencia C-355 de 2006.

⁵ Comisión Interamericana de Derechos Humanos, Caso 161-02, Paulina del Carmen Ramírez Jacinto v. México, Solución Amistosa.

⁶ Comité de Derechos Humanos, KL v. Perú, 85 Sesión, Caso No.CCPR/C/85/D/1153/2003, Octubre 2003.

⁷ Cook RJ, Erdman JN, Hevia M, Dickens BM, “Prenatal management of anencephaly”, en *International Journal of Gynecology and Obstetrics*, 2008, 102(3):304-8.

⁸ Corte Europea de Derechos Humanos, Tysiac v. Polonia, 45 European Human Rights Reports 42, 2007.

⁹ Bodnar A, “Case –law concerning the availability of services for terminating pregnancy in Poland”, en *Reproductive Rights in Poland. Warsaw: Federation for Women and Family Planning, Nowicka W (ed), 2008, p.45-64.*

¹⁰ Corte Constitucional Colombiana, Sentencia C-355 de 2006, Aclaración de Voto: Manuel José Cepeda Espinosa.

tutela deben ser remitidas automáticamente a la Corte Constitucional, la que decide si ha de revisarlas y confirmar o modificar los fallos de los juzgados de instancia.

3. El fallo de la Corte Constitucional

La Corte Constitucional encontró que los juzgados de instancia habían tomado la decisión incorrecta ya que los derechos fundamentales de la menor sí habían sido violados al serle negado un aborto al que tenía derecho. Adicionalmente, ordenó que la entidad estatal de salud le pagase una indemnización [3]. Al tomar esta determinación, la Corte especificó una serie de puntos que regulan la manera en que los sistemas de salud han de manejar tanto la objeción de conciencia como el derecho del paciente a un cuidado según la ley. Dichos puntos ofrecen en sí mismos una instrucción valiosa y conllevan implicaciones de gran alcance. Las determinaciones principales de la Corte fueron:

- (a) El derecho humano al respeto de la conciencia es un derecho que gozan las personas naturales, no las instituciones como hospitales. La Corte encontró que los hospitales, al permitir que la objeción de conciencia de sus ginecólogos limitase sus servicios, estaban realizando, de manera ilegal, una objeción de conciencia institucional.
- (b) En los hospitales cuyos médicos se niegan a realizar procedimientos, en razón a la objeción de conciencia, se debe tener entre su personal, o por otros medios, médicos no objetores dispuestos a proveer el servicio a los pacientes de manera conveniente y oportuna.
- (c) Los médicos que invocan el derecho a la objeción de conciencia lo pueden hacer fundamentados únicamente en su propia convicción religiosa, la que deben explicar de manera individual y por escrito.
- (d) No puede invocarse la objeción de conciencia cuando el efecto de ello desencadene la violación de los derechos fundamentales de la mujer al cuidado de su salud. Las mujeres a quienes les son negados los servicios de aborto en razón a la objeción de conciencia deben ser remitidas a médicos en disposición de ofrecer dichos servicios. El médico objetor tiene el deber de remitir a la paciente de manera inmediata y las instituciones deben mantener información sobre médicos no objetores a quienes se puedan remitir pacientes con prontitud.
- (e) Todo acogimiento a la objeción de conciencia será revisado por un profesional médico o por un comité designado por el Estado para asegurar que la objeción se encuentra legítimamente fundamentada; por ejemplo, fundamentada en las enseñanzas de una religión reconocida.
- (f) El sistema de salud público está en la obligación de proporcionar una oferta adecuada de proveedores de servicios de aborto.
- (g) La entidad de salud responsable de indemnizar a la perjudicada tiene el derecho a repetir contra los médicos que, al abstenerse de remitir un paciente a otros médicos que sí practicarían el procedimiento, violaron tanto los derechos fundamentales de la paciente como las reglas sobre la objeción de conciencia, delimitados por la Corte [4,11].
- (h) Los jueces de los tribunales de instancia, quienes negaron la tutela de los derechos fundamentales al abstenerse de ordenar el goce del derecho de la solicitante, deben ser investigados disciplinariamente por haber desconocido el Código Penal, la Constitución y el fallo de la Corte Constitucional del 2006.

- (i) El Ministerio de Salud y el correspondiente ente de vigilancia deben investigar a los hospitales que incumplieron las normas aplicables a la luz de la reglamentación establecida para la interrupción legal del embarazo e imponer sanciones donde ésta fue violada o ignorada.

Estas determinaciones se encuentran cobijadas por el marco general del ordenamiento jurídico nacional. Por ejemplo, el Artículo 2 de la Constitución de 1991 obliga al Estado a garantizar el ejercicio de los derechos allí establecidos. De igual manera, el Artículo 229 asegura la protección judicial de las personas, sus vidas, su salud y sus derechos fundamentales. Un Decreto vigente permite a las personas invocar la objeción de conciencia en los casos en que se tenga participación directa en procedimientos quirúrgicos y de naturaleza muy similar que ofendan sus convicciones religiosas. No obstante, el personal administrativo del sistema de salud, que no participa directamente en procedimientos médicos, no tiene esa posibilidad.¹¹ Si bien la decisión de 2008 aborda los derechos y deberes de los médicos, el Decreto mencionado y el Artículo 18 (1) del ICCPR extienden la objeción de conciencia a enfermeros de la sala de cirugía y, por ejemplo, a anesthesiólogos. Sin embargo, el fallo de 2008, reflejando el Artículo 18(3), reconoce que la objeción de conciencia no es un derecho absoluto y que un médico que se encuentre en una situación donde sea la única persona en capacidad de realizar un procedimiento de interrupción oportuna para proteger la vida o salud de una mujer y que no puede remitirla a otro proveedor, está en la obligación de llevar a cabo dicho procedimiento para proteger los derechos fundamentales de esa mujer a la vida y la salud.

4. Implicaciones – directas

La obligación impuesta por la Corte Constitucional a los hospitales de tener los medios para facilitar el acceso al aborto legal confronta a aquellos hospitales cuyas directivas se adhieren a convicciones religiosas que se oponen al aborto. Éstos pueden objetar en sus vidas privadas o personales, pero no pueden proyectar sus creencias personales al hospital que, al contrario de un ser humano, no puede argumentar la posesión de un alma que haya que mantener intacta contra el pecado mortal. La distinción entre manifestar creencias religiosas propias en el contexto de la vida personal de un individuo y las obligaciones laicas en la vida profesional o comercial fue trazada por la Corte Europea de Derechos Humanos al determinar que los farmacéuticos podían manifestar sus convicciones religiosas en formas que no incluyesen la negación a diligenciar prescripciones para productos anticonceptivos.¹²

La Corte, al establecer que el personal administrativo no está en capacidad de invocar la objeción de conciencia para evitar facilitar el aborto, confirma la ausencia de fundamento legal del argumento que afirma que ello equivale a la complicidad con el aborto. La objeción se admite cuando existe una participación directa -como es practicar una cirugía, diligenciar una prescripción para el aborto mediante medicamentos o prestar servicios de enfermería o servicios de anestesia durante esta cirugía-. No obstante, no se admite para

¹¹ Ministerio de Protección Social de Colombia, Decreto Reglamentario 4444 de 2006, Artículo 5.

¹² Corte Europea de Derechos Humanos, Pichon and Sajous v. Francia, App. No.49853/99,2001.

realizar actos más remotos de administración o para brindar servicios como los de cuidado postoperatorio. Algunos cuerpos legislativos estadounidenses han establecido márgenes amplios de inmunidad para aquellos que abogan oposición al aborto. Por ejemplo, para el personal de admisiones en hospitales u operadores de ambulancia, pero dichas leyes, diseñadas para prevenir el aborto, abusan de la defensa de la religión con el fin de restringir el derecho humano a servicios de salud, particularmente para las mujeres.¹³

La regla ética estandarizada, para médicos que invocan la objeción de conciencia, de remitir sus pacientes inmediatamente a un proveedor del servicio no objetor¹⁴ cobra fuerza legal con esta decisión y aplica de manera similar a los hospitales. Éstos están en la obligación de mantener, como parte de su personal o a través de proveedores externos, médicos no objetores. En el segundo caso, el hospital debe tener conocimiento de médicos preparados para ofrecer los servicios legales a los que otros objetan. La ejecución del deber de remitir de buena fe no se puede negar legalmente bajo el argumento de complicidad. El deber de los médicos y hospitales de ofrecer acceso oportuno a proveedores del servicio de aborto no objetores exige que dichos proveedores sean capacitados y licenciados.

Las escuelas de medicina, al igual que los hospitales, no están en capacidad de invocar una objeción de conciencia institucional con el fin de negarse a ofrecer instrucción sobre procedimientos de aborto seguros. Así como ofrecen capacitación en otros procedimientos ginecológicos y obstétricos -como es el retiro de un feto muerto- deben ofrecer una instrucción cuidadosa en procedimientos de aborto legal. De igual forma, las autoridades que emiten licencias médicas deben asegurar que los médicos con licencia estén capacitados adecuadamente. Para acomodar a aquellos que declaran objeción a ser capacitados y a participar en el aborto, dichas autoridades pueden emitir licencias especializadas. Por ejemplo, pueden emitir licencias de categoría A para aquellos que no estén capacitados en procedimientos de aborto y de categoría B para aquellos capacitados en la realización de estos procedimientos y en el manejo de asesoría pre y pos operatoria, incluyendo el otorgar consentimiento informado y consciente y todo requerimiento de registro y confidencialidad. Los hospitales podrían constatar la contratación de un número adecuado de médicos con ésta última licencia.

Incluso sin un sistema diferenciado de licencias, los proveedores que objetan a la realización de procedimientos asociados con su especialidad, en particular ginecólogos obstetras, deben informar de ello a sus potenciales pacientes y a los administradores de instituciones que han de contratar sus servicios. Esto evita a las pacientes el inconveniente y la demora de solicitar servicios que les van a ser negados. Igualmente, evita a los proveedores recibir solicitudes que les resultan ofensivas y le permite a los hospitales y clínicas -y entidades comparables- asegurarse de tener una oferta adecuada de proveedores de servicios.

¹³ Dickens BM, "Conscientious objection: a shield or as word?", en *First do no harm: law, ethics and healthcare*, McLean SAM (ed), Aldershot, UK, Ashgate, 2006, p.327-51.

¹⁴ International Federation of Gynecology and Obstetrics. Professional and Ethical Responsibilities Concerning Sexual and Reproductive Rights. Disponible en: [http:// www.go.org/Codeofethics.asp](http://www.go.org/Codeofethics.asp), Visitada el 6 de Octubre de 2008.

Los hospitales, clínicas y entidades similares no pueden discriminar contra potenciales contrataciones de médicos y enfermeros con base en sus convicciones religiosas u otras ya que esto violaría principios de derechos humanos. No obstante, cuando las objeciones de proveedores existentes resultan en una carencia o demora de servicios de aborto para las pacientes, la no objeción a prestar dichos servicios sería una condición positiva para la contratación, y no discriminatoria. Los contratos de aquellos empleados para participar en procedimientos relacionados con el aborto, que posteriormente argumentasen objeción de conciencia, podrían ser terminados, bien sea por falsa motivación o por haber frustrado sus obligaciones contractuales, dada una subsiguiente conversión a creencias que les imposibilita satisfacer sus contratos.

El requerimiento, por parte de la Corte Constitucional, de que aquellos proveedores que invocan la objeción de conciencia lo hagan por escrito y sean sujetos a evaluación, exige a los funcionarios de agencias gubernamentales o las autoridades profesionales que emiten licencias la creación de procedimientos de revisión. No sería necesario aplicarlos en toda instancia, pero pueden ser aplicados, por ejemplo, mediante un muestreo seleccionado al azar. Dicha evaluación se concentraría en determinar si la objeción se encontraba legítimamente fundamentada en la observancia de las enseñanzas de una religión reconocida y no en una discriminación selectiva del paciente –de origen étnico, racial, estado civil o socioeconómico. Los objetores serían evaluados para determinar si sus objeciones se dan, por ejemplo, en hospitales públicos y no clínicas u oficinas privadas, si son inconsistentes a través del tiempo o quizás no en sus relaciones personales o familiares, aunque este último nivel de investigación puede llegar a ser excesivo.

La disposición, por parte de objetores de conciencia al aborto, a interrumpir embarazos cuando su continuación pone en riesgo la vida de una mujer no necesariamente es inconsistente con una objeción sincera. Por ejemplo, según el concepto filosófico del “doble efecto”, incorporado a la doctrina de la Iglesia Católica Romana¹⁵, la interrupción se considera un procedimiento justificable cuando se realiza para conservar la vida de una mujer¹⁶, y es discernible de cualquier intención de terminar la vida de un feto.¹⁷

5. Implicaciones – indirectas

El requisito de que los hospitales tengan registros de nombres de médicos dispuestos a realizar abortos puede ser difícil de cumplir en donde existe un fuerte sentimiento religioso y las razones legales para practicarse un aborto son amplias. Esto plantea inquietudes acerca de la autorización a prestar servicios de aborto a proveedores que no sean médicos. Por ejemplo, en Suráfrica a las parteras registradas la ley les permite realizar procedimientos de aborto en el primer trimestre¹⁸ cuando han sido adecuadamente capacitadas. En casos de un simple procedimiento de aspiración en la etapa inicial del embarazo, donde se ha saltado un periodo menstrual y no se ha

¹⁵ Boyle J, Toward understanding the principle of double effect. *Ethics* 1980; 90:527-38.

¹⁶ Cataldo PJ, Moraczewski AS. *Catholic health care ethics; a manual for ethics committees*, Boston, National Catholic Bioethics Center, 2002.

¹⁷ Foot P, *The problem of abortion and the doctrine of double effect*, Oxford, Blackwell, 1985.

¹⁸ Choice on Termination of Pregnancy Act 1996, section 2(b).

diagnosticado el embarazo y cuando una víctima de violación recibe atención, puede ser adecuado que profesionales de enfermería realicen una extracción menstrual, terminando, de existir, embarazos tempranos. Tanto las parteras como enfermeros podrían recibir autorización para prescribir medicamentos para terminar embarazos tempranos previa capacitación apropiada y bajo la responsabilidad de estar equipados para llevar a cabo el seguimiento necesario.

En dichos casos, puede persistir la necesidad de cuidado médico después del procedimiento por parte de un ginecólogo u otro médico con una especialidad específica. Esto plantea la inquietud sobre si un médico objetor al aborto se encuentra en la obligación legal y/o ética de tratar a una mujer que requiere de dichos cuidados. Si una mujer en tal situación ya está bajo el cuidado de un médico, como el médico familiar, existe el deber de ofrecerle el cuidado médico indicado o remitirla a un especialista, como sería el caso si llegara a sufrir un accidente o un aborto ilegal. Aun cuando no exista una relación profesional precedente, los médicos están en la obligación de ofrecer los cuidados indicados. Esto no los implicaría en ninguna intervención que haya ocurrido antes de que la mujer acudiese a ellos, por ejemplo en el área de urgencias de un hospital.

En el contexto de los hospitales, los médicos pueden estar obligados por deberes legales a ofrecer cuidados a las mujeres que acudan a ellos, e incluso sin la obligación legal pueden tener deberes éticos profesionales. La guía ética de la Asociación Médica Británica afirma que los médicos que objetan practicar un aborto siguen teniendo el deber de atender, “lo que los obliga a ofrecer el tratamiento necesario en una emergencia cuando peligra la vida de una mujer”¹⁹. Cualquier ausencia de empatía personal entre una mujer que busca cuidados pos aborto y los médicos responsables de atenderla no debe afectar la calidad del cuidado que se le brinda. Por ejemplo, bajo el Convenio de Ginebra relativo al trato debido a los prisioneros de guerra, a los combatientes enemigos capturados se les debe ofrecer atención médica adecuada. El Artículo 15 afirma que “La Potencia detenedora de los prisioneros de guerra está obligada a... proporcionarles gratuitamente la asistencia médica que su estado de salud requiera.”²⁰ Por antagónico que un proveedor sea al aborto, parece que está en la obligación de tratar mujeres que requieran de los cuidados que siguen a dicho procedimiento sin disminuir su atención.

La sentencia de la Corte Constitucional niega a hospitales, clínicas e instituciones comparables la posibilidad de presentar objeciones de conciencia y les obliga a contar con las facilidades adecuadas para la remisión de pacientes por parte de médicos objetores a proveedores dispuestos a proveer el servicio. Es decir, la institución debe respetar tanto los derechos del proveedor a la objeción de conciencia como al compromiso de conciencia de ofrecer tratamiento para la interrupción del embarazo²¹. Sin embargo, en muchos países los hospitales y otras instituciones de la salud están fundados por inspiración, patrocinio y autoridad religiosa. En los países occidentales, muchos llevan el nombre de santos cristianos. Aquellos que se encargan de la administración de hospitales dedicados a una misión religiosa hostil al aborto pueden negarse a hacerlo bajo un régimen legal que

¹⁹ British Medical Association, *Medical ethics today: its practice and philosophy*, London, BMA, 1993, p.107.

²⁰ Convención de Ginebra Relativa al Trato Debido a los Prisioneros de Guerra, 1949, Artículo 15.

²¹ Dickens B, *Conscientious commitment*, *Lancet*, 2008, 371 (9620):1240-1.

obliga a acomodar este procedimiento. Donde estos hospitales son las únicas instalaciones accesibles a poblaciones locales, surge la problemática de si éstas deben ser asumidas por las autoridades laicas del Estado, a manera de nacionalización, o por ejemplo por las autoridades gubernamentales regionales o municipales.

6. El contexto ético

La sentencia colombiana refleja un pronunciamiento de autoridad dictado por el Papa Juan Pablo II en 1991 sobre la conciencia, que abordaba las condiciones para la conservación de la paz en una sociedad.²² Éste observó que:

La libertad de la conciencia no confiere un derecho indiscriminado a la objeción de conciencia. Cuando una libertad afirmada torna licencia o se convierte en una excusa para limitar los derechos de otros, el Estado se ve en la obligación de proteger, también por medios legales, los derechos inalienables de sus ciudadanos contra tales abusos.

La Corte Constitucional actuó como instrumento del Estado para brindar esta protección. El pronunciamiento papal no contradice la expectativa de que los miembros de la iglesia se nieguen a participar en el aborto dentro de sus capacidades personales, sino que incorpora la expectativa de que muestren el mismo respeto por la conciencia de otros que el que exigen por la conciencia propia. Su religión no posee el monopolio sobre la conciencia. El pronunciamiento de 1991 comienza notando que “las personas no deben intentar imponer su propia ‘verdad’ sobre los demás”²³ y requiere que las diferencias se resuelvan de manera pacífica, no por medio de la violencia, fuerza u obligación, con excepción del cumplimiento necesario de la ley justa.

Desafortunadamente, la historia muestra que los opositores a los derechos al aborto han recurrido a la fuerza, la violencia y hasta al asesinato²⁴, lo que presenta preocupaciones éticas sobre lo públicamente identificables que estarían dispuestos a ser los proveedores que accedan a servir dichos derechos. La sentencia de la Corte le exige a hospitales e instituciones similares mantener registros de proveedores a quienes se pueden remitir pacientes para practicar abortos a cuya realización objeten otros proveedores. Igualmente, le exige a los médicos individuales objetores a remitir sus pacientes a proveedores no objetores. Esta información debe ser manejada de manera confidencial, análoga a la naturaleza confidencial de la información sobre pacientes relativa al secreto profesional. De igual manera, a los pacientes se les debe solicitar la misma confidencialidad que ellos exigen para sí mismos acerca de las identidades de sus proveedores.

Los médicos no tienen el mismo deber ético de remitir a aquellos que no son sus pacientes que el que tienen con aquellos que lo son. Pueden abstenerse de establecer una relación

²² Intervención del Papa Juan Pablo II, Si quieren la paz, respeten la conciencia de cada persona, Vaticano, 1991, Mensaje para el 24 Día Mundial de la Paz, 1991, para.24.

²³ Intervención del Papa Juan Pablo II, Si quieren la paz, respeten la conciencia de cada persona, Vaticano, 1991, Mensaje para el 24 Día Mundial de la Paz, 1991, para.24.

²⁴ CBC (Canadian Broadcasting Corporation) News website. Anti-abortion sniper gets maximum for murder, 18 de Marzo de 2003.

profesional con nuevos solicitantes de su servicio sin remitirlos a otros proveedores.²⁵ Donde las poblaciones dependen de los hospitales para su cuidado, sea para urgencias o para áreas especializadas, éstos tienen efectivamente el deber de proporcionar personal capaz y dispuesto a prestar los servicios requeridos por sus pacientes. Como aclaró la Corte Constitucional, no pueden argumentar que la objeción de conciencia de individuos absuelve a los hospitales de cumplir con su deber, corroborado como un deber legal y ético por la misma Corte. Queda igualmente claro el deber del médico de remitir, independientemente de que trabaje con un sistema hospitalario o como independiente.²⁶

El caso que resultó en la trascendental sentencia de la Corte Constitucional colombiana demuestra el poder que tienen los administradores de instituciones de la salud y los médicos. Éstos gozan de un monopolio del servicio y pueden violar sus deberes éticos abusando de pacientes vulnerables y dependientes al negarles sus derechos. Este caso, y los casos comparables en México [5], Perú [6] y Polonia [8], por ejemplo, muestran la paradoja que constituye la utilización inescrupulosa de la conciencia y la injusticia de su exceso, que además, al contrario de estos casos, con frecuencia se queda sin solución.

²⁵ Lynch HF, *Conflicts of conscience in healthcare: an institutional compromise*, Cambridge MA, MIT Press, 2008, p. 235.

²⁶ FIGO Committee for the Ethical Aspects of Human Reproduction and Women's Health, "Ethical guidelines on conscientious objection", en *International Journal of Gynecology and Obstetrics*, 2006, 92(3):333-4.