

Boletín Médico de IPPF

Contenido

Declaración del IMAP sobre esterilización quirúrgica voluntaria	1
Las responsabilidades éticas de la conciencia	
Bernard M. Dickens	3

Declaración del IMAP sobre esterilización quirúrgica voluntaria

Introducción

En algunos países, la esterilización quirúrgica está bien establecida tanto para hombres como mujeres; y, por décadas, la esterilización femenina ha sido el método de planificación familiar más común. En 2005, según estimaciones de las Naciones Unidas, 262 millones de personas en edad reproductiva estaban usando la esterilización como su método de anticoncepción. De estas personas, 225 millones recurrieron a la esterilización femenina y 37 millones a la vasectomía, lo que representa el 34% y el 5.6% del uso total de anticonceptivos,¹ respectivamente. La esterilización es un importante componente en una mezcla equilibrada de métodos anticonceptivos. Ofrece protección altamente efectiva contra el embarazo, a la vez que conlleva un riesgo muy bajo de complicaciones cuando se realiza con apego a estándares médicos aceptados; y elimina la necesidad de suministros anticonceptivos a largo plazo. La esterilización tanto masculina como femenina puede realizarse como procedimiento ambulatorio mediante técnicas seguras y sencillas. Es crucial que la decisión sea informada, debido a que esta forma de anticoncepción tiene la intención de ser permanente.

La esterilización masculina o femenina no protege contra las infecciones de transmisión sexual, incluido el VIH. Para prevenir la transmisión de ITS/VIH, además de cualquier otro método de anticoncepción, siempre debe usarse condones de manera correcta y consistente.

Consejería

Si bien es deseable la participación de ambos miembros de la pareja en la sesión de consejería, esto no debe ser una condición para el servicio de esterilización. Cuando se considera este método, una pareja debe también decidir cuál de sus miembros sería esterilizado. La vasectomía es un método más simple, seguro y probablemente más efectivo que la esterilización femenina; y el integrante masculino de la pareja debe ser informado y alentado a considerar esta opción. La consejería debe permitir al hombre y la mujer tomar decisiones informadas con respecto a su fecundidad y salud sexual y reproductiva, por lo que es importante que se ofrezca también opciones anticonceptivas alternativas.

La consejería debe incluir:

- Información y provisión de métodos anticonceptivos reversibles de larga duración (ARLD)
- Énfasis en la intención de que el procedimiento sea irreversible
- La baja probabilidad de falla del método (menor al 2%)
- La posibilidad de arrepentimiento
- Lo que sucede durante la operación, incluidos los tipos de anestesia local disponible
- La información acerca de que la esterilización no protege contra las ITS/VIH y que, además de otros métodos de anticoncepción que sean seleccionados, los condones deben ser usados correctamente y consistentemente para evitar contraer ITS/VIH.

Para una consideración apropiada, la decisión de optar por la esterilización debe tomarse con suficiente tiempo y no cuando la mujer está bajo tensión emocional, como ocurre en fechas cercanas a un aborto o inmediatamente después del parto. Las clientas en período prenatal pueden ser informadas sobre esta opción y otros métodos anticonceptivos, con el fin de permitir suficiente tiempo para la decisión final después del parto.

Ningún hombre o mujer debe ser forzado a someterse a una esterilización – nunca debe ser, por ejemplo, un prerrequisito para prestar un servicio de aborto. La consejería debe propiciar una decisión informada y voluntaria; y debe obtenerse el consentimiento informado y documentado antes de efectuar el procedimiento. Las y los prestadores de servicios deben estar conscientes de las leyes nacionales sobre esterilización y los requerimientos de consentimiento legal en su país.

La o el cliente tiene el derecho de retractarse del consentimiento en

cualquier momento previo u oportunamente durante el procedimiento. La oportunidad de revisar la decisión y de cambiar de parecer antes de efectuado el procedimiento ayuda a asegurar que la decisión de la o el cliente es voluntaria y reduce la probabilidad de arrepentimiento después de la operación. Cuando sea posible, es recomendable un intervalo de espera de unos cuantos días, aunque esto no debe ser un requisito. Durante este tiempo, debe garantizarse el acceso a la anticoncepción.

Esterilización masculina

Técnicas quirúrgicas

Vasectomía incisional tradicional (procedimiento estándar) ha sido usada durante medio siglo y es un método que ha demostrado ser simple, de bajo costo y efectivo. A nivel mundial se estima que 31 millones de parejas dependen actualmente de la vasectomía para la anticoncepción. En este simple procedimiento, cada vas deferens ya sea ocluido o cortado, de tal forma que los espermatozoides son excluidos de la eyacuación. Usualmente se realiza utilizando anestesia local. La operación no es efectiva inmediatamente, por lo que otro método anticonceptivo es necesario hasta que el semen esté libre de espermatozoides o, cuando no se dispone del análisis, durante tres meses.

Una modificación ampliamente utilizada de la vasectomía estándar es la **técnica 'sin bisturí'**. Esta técnica evita las incisiones del escroto y la necesidad de puntadas en la piel. Es menos invasiva que el enfoque con incisión porque se evita el traumatismo tisular o la lesión vascular causados por la disección cortante o ciega. Sin embargo, las y los prestadores de servicios, aún aquellos experimentados en la vasectomía estándar, deben recibir capacitación antes de usar la técnica sin bisturí.

Eficacia

La vasectomía es un método de anticoncepción altamente efectivo cuando se realiza correctamente y se evita la relación sexual sin protección durante tres meses después del procedimiento.² Los reportes de tasas de embarazo asociadas con la vasectomía son de 0-2 por cada 100 operaciones; y la mayoría de los estudios reportan tasas de falla de menos del 1%.³ La eficacia de la vasectomía sin bisturí se ha reportado en 98% a los 24 meses posteriores a la operación.⁴ La recanalización espontánea de los vasos deferentes es la causa más común de falla. Usualmente ocurre cuando hay formación de granulomas en el sitio de la vasectomía poco después de la cirugía; y, ocasionalmente, después de varios años. La recanalización temprana se identifica mediante los conteos de espermatozoides post vasectomía. La tasa de embarazo debida a la recanalización tardía es aproximadamente de 1 en 2,000. La mayoría de las fallas ocurre de manera temprana y se debe a una técnica quirúrgica defectuosa o a la práctica de relaciones sexuales sin protección cuando aún hay presencia de espermatozoides en el fluido seminal.

Complicaciones

Las complicaciones post operatorias inmediatas de la vasectomía incluyen sangrado, hematoma (acumulación de sangre por debajo de la piel) e infección. Los hematomas ocurren en aproximadamente 2% de los hombres. Los estudios sugieren consistentemente que la incidencia del hematoma es directamente proporcional a la habilidad quirúrgica y la experiencia con el procedimiento de vasectomía. Las complicaciones más significativas, pero poco frecuentes, son el hematoma escrotal y la infección local, cuya ocurrencia se ha reportado en menos del 2% de los procedimientos.

Hay ciertas complicaciones tardías como la orquitis y los granulomas, que son poco frecuentes. No hay relación entre la vasectomía y el riesgo de desarrollar algún tipo de cáncer urológico. El análisis de la evidencia sugiere que la vasectomía no es un factor de riesgo del cáncer de próstata y no causa el cáncer testicular. No hay evidencia que vincule la vasectomía con un desempeño sexual más bajo.

Criterios de elegibilidad médica

IPPF y otras organizaciones internacionales han colaborado con la Organización Mundial de la Salud (OMS) en el desarrollo de criterios de elegibilidad médica para el uso de métodos anticonceptivos (revisados por última vez en 2008).

No hay alguna condición médica que restrinja de manera absoluta la elegibilidad de una persona para ser esterilizada.

Tabla 1. Condiciones médicas que requieren medidas de cautela, retraso o precauciones especiales para realizar la esterilización masculina

Actuar con cautela	Retrasar	Tomar precauciones especiales
Realizar en entorno de rutina con precauciones adicionales	Hasta que la condición sea evaluada y/o corregida	El cliente debe estar informado del aumento de los riesgos.
*Edad temprana	Infección local	Hernia inguinal
Trastornos depresivos	ITS sin tratamiento	Trastornos en la coagulación
Diabetes	Filariasis, elefantiasis	Enfermedad relacionada con el SIDA
Cirugía escrotal previa	Infección sistémica, gastroenteritis	
Varicocele e hidrocele grande	Masa Intraescrotal	
Criptorquidismo		

De los Criterios de Elegibilidad Médica de la OMS⁵

Esterilización femenina

Oportunidad del procedimiento

Una mujer puede decidir ser esterilizada en el término de una semana después del parto o coincidiendo con una sección cesárea (*post parto*), dentro de una semana posterior al aborto (*post aborto*), o en cualquier otro momento (*intervalo*). La esterilización post parto es popular porque puede realizarse durante la hospitalización para parto vaginal o sección cesárea; evita una visita de regreso al hospital, lo cual puede ser inconveniente debido a otros compromisos; y permite un sólo período de recuperación simultánea para el parto y el procedimiento quirúrgico de esterilización. De otra forma, resulta sensato esperar al menos hasta seis semanas posteriores al parto, cuando la involución del útero se ha completado.

Técnicas quirúrgicas para la esterilización femenina

Las dos técnicas quirúrgicas más ampliamente utilizadas para lograr el acceso a las trompas de Falopio son la minilaparotomía y la laparoscopia. Ambas trabajan cortando o bloqueando las trompas de Falopio para impedir que los óvulos liberados desde los ovarios bajen por las trompas y se encuentren con los espermatozoides.

Minilaparotomía

El acceso a las trompas de Falopio se realiza a través de una pequeña incisión abdominal y son jaladas hacia la incisión para ser cortadas o bloqueadas usando cirugía, electrocauterio o técnicas de ligadura. Este es el método utilizado para la esterilización post parto; también es conveniente para esterilización de intervalo o post aborto y apropiado para la mayoría de los programas de planificación familiar.

Laparoscopia

La laparoscopia es un procedimiento menos invasivo, pero requiere de un equipo costoso y capacitación especializada. Usualmente es practicado por una o un obstetra-ginecólogo, en un hospital con equipo y personal especializados. El procedimiento consiste en varias pequeñas incisiones abdominales y el uso de un pequeño tubo delgado con un lente (laparoscopia). El laparoscopia permite al médico ver y bloquear o cortar las trompas de Falopio.

Esterilización transcervical

Este es un método seguro, efectivo pero muy costoso. Se coloca mediante catéteres especiales con fibras inductoras de fibrosis (Ej. Essure, TM) en las trompas de Falopio a la altura del cuerno uterino, bajo visualización directa mediante el uso de un histeroscopia (pequeño tubo delgado con un lente que se coloca a través del cuello del útero para visualizar la cavidad uterina). La colocación se lleva a cabo bajo anestesia local en aproximadamente 20 minutos. Dado que la obstrucción tubaria completa ocurre a lo largo de un período de tiempo variable, se requiere un método anticonceptivo adicional por al menos tres meses posteriores al procedimiento. Se recomienda un histerosalpingograma (HSG) para confirmar la obstrucción de las trompas de Falopio a los tres meses después del procedimiento. Hay estudios en proceso para determinar la necesidad real de un HSG.

Otros métodos

La esterilización vía colpotomía o culdoscopia tiene una tasa de complicaciones importantes (como la infección pélvica) mayor que la esterilización vía las rutas abdominales. Por lo tanto, estos métodos no se recomiendan para uso rutinario en servicios de anticoncepción quirúrgica.

Los métodos no quirúrgicos, como la inserción transcervical de quinacrina, son experimentales y no deben ser utilizados.

Eficacia

Aunque la esterilización tubaria es un método altamente efectivo, las fallas son más comunes de lo que se pensaba anteriormente y pueden ocurrir por al menos 10 años después del procedimiento. A lo largo de 10 años la tasa es aproximadamente de 2 embarazos por 100 mujeres. Si ocurre un embarazo después de la ligadura, hay un mayor riesgo de que sea ectópico, pero la ligadura reduce el riesgo de embarazo, incluyendo embarazo ectópico. Esta posibilidad debe ser descartada para todas las mujeres

que se embarazan después de la esterilización. Los métodos de oclusión tubaria varían en eficacia, pero las tasas de embarazo son bajas para todas las técnicas. La ligadura tubaria post parto ha demostrado ser más efectiva que la esterilización de intervalo.⁶ La minilaparotomía y la técnica Pomeroy (ligadura tubaria y resección) pueden usarse con facilidad en entornos con recursos escasos. Si se cuenta con instalaciones y personal capacitado, pueden utilizarse la laparoscopia y la electrocoagulación bipolar.⁷

Complicaciones

Las complicaciones tempranas tanto para la minilaparotomía como para la laparoscopia incluyen accidentales anestésicos, hematoma, infección de la herida, infección pélvica y hemorragia intraperitoneal. Ocasionalmente, hay traumatismos en las vísceras intra-abdominales o en los vasos sanguíneos. Con la laparoscopia, son complicaciones poco frecuentes las perforaciones de vasos sanguíneos grandes y las quemaduras del intestino durante la electrocoagulación (pero son potencialmente de riesgo de vida). Aunque se ha reportado la aparición de cambios en los patrones menstruales después de la esterilización, no hay evidencia de que la esterilización sea un factor causal. La pérdida total de sangrado menstrual no se ve alterada.

Beneficios no anticonceptivos

La esterilización femenina se ha asociado con un menor riesgo de cáncer ovárico y de enfermedad inflamatoria pélvica.⁸

Criterios de elegibilidad médica

No hay alguna condición médica que restrinja de manera absoluta la elegibilidad de una persona para ser esterilizada.

Situaciones especiales

Sangrado vaginal anormal

Los patrones de sangrado irregular son comunes en las mujeres sanas y no deben constituir una razón para retrasar la esterilización. Sin embargo, si el sangrado vaginal provoca sospecha de embarazo o enfermedad, debe ser investigado a profundidad antes de la cirugía.

Enfermedad maligna del tracto genital

La mayoría de las mujeres con cáncer del tracto genital no necesitan esterilización, debido a que el tratamiento de los tumores malignos usualmente imposibilita embarazos adicionales. Mientras están bajo tratamiento, las mujeres deben analizar la situación de su fecundidad con la o el prestador de servicios y adoptar un método de anticoncepción temporal si se necesita. Las mujeres que se someten a tratamientos exitosos de enfermedades premalignas del cuello uterino, generalmente preservan su fecundidad y pueden recibir el procedimiento de esterilización una vez que el tratamiento haya terminado.

Personas que viven con el VIH

Se debe ofrecer a las personas que viven con el VIH la gama completa de métodos anticonceptivos disponibles localmente. La consejería anticonceptiva debe incluir información sobre el riesgo de transmisión del VIH de madre a hijo, lo cual varía según la disponibilidad local de terapia antirretroviral; esto puede influir en la decisión de la cliente en relación con la esterilización. Para todos los procedimientos de esterilización que se practiquen debe aplicarse las precauciones universales independientemente de la condición del VIH de la persona; y las pruebas de VIH no deben ser un prerrequisito para el procedimiento. No debe negarse el procedimiento a las personas que son VIH-positivas y eligen la esterilización. Cualquiera que sea el método elegido, debe recomendarse el uso consistente de los condones para disminuir la propagación del VIH y reducir la exposición al VIH y otras ITS.

Personas con discapacidades

Para las personas con discapacidades que no pueden tomar una decisión por sí mismas, la o el tutor legal y un equipo de profesionales (Ej. psiquiatras, psicólogos y trabajadores sociales) deben considerar cuidadosamente la posibilidad de esterilización, con la guía de la legislación local y el código profesional médico-legal. Los derechos sexuales y reproductivos de estos clientes deben ser respetados.

Tabla 2. Condiciones médicas que requieren medidas de cautela, retraso o precauciones especiales para realizar la esterilización femenina

Actuar con cautela	Delay	Special precautions
Realizar en entorno de rutina con precauciones adicionales	Hasta que la condición sea evaluada y/o corregida	La cliente debe estar informada del aumento de los riesgos. Debe realizarse en una instalación bien equipada
*Edad temprana	Embarazo	Ruptura o perforación del útero
Trastornos depresivos	Infección pélvica activa	Trastornos en la coagulación
Diabetes	7 a 42 días post parto	Enfermedad relacionada con el SIDA
Obesidad >30 kg/m ² IMC (Índice de masa corporal)	Infección sistémica, gastroenteritis	Endometriosis
Hipertensión	Anemia grave	Neuropatía diabética
Historia de enfermedad cardíaca isquémica	ITS sin tratamiento	Enfermedad cardíaca valvular complicada
Fibroides uterinos	Actual enfermedad cardíaca isquémica	Lupus eritematoso sistémico con condición positiva o desconocida de anticuerpos antifosfolípidos, trombocitopenia grave o estar bajo tratamiento inmunodepresivo
Apoplejía (historia de accidente cerebrovascular isquémico)	Actual enfermedad sintomática de la vesícula biliar	Tuberculosis pélvica
Enfermedad cardíaca valvular no complicada	Infección local	Hipertiroidismo
Cáncer de mama actual	Hepatitis viral aguda	Cirrosis descompensada grave
Quistosomiasis con fibrosis del hígado	Anemia por deficiencia de hierro con Hb < 7g/dl	Asma crónica, bronquitis, enfisema o infección pulmonar
Hipotiroidismo	Bronquitis o neumonía aguda	Hernia en la pared abdominal o umbilical
Talasemia o enfermedad celular falciforme		
Adenoma hepatocelular o hepatoma		
Lupus eritematoso sistémico sin complicaciones		
Deficiencias nutricionales graves		
Enfermedad renal		
Cirugía abdominal o pélvica previa		

De los Criterios de Elegibilidad Médica de la OMS⁵

Arrepentimiento posterior a la esterilización

Diversos estudios indican que el arrepentimiento es común en mujeres esterilizadas cuando son jóvenes, en las que tienen una baja paridad o quienes experimentan un cambio posterior en la estructura familiar. La consejería para todos los hombres y mujeres que consideran la esterilización debe tratar de reducir la posibilidad de un arrepentimiento posterior, al darles suficiente oportunidad para que analicen el tema.

Reversión

En muchos lugares, la reversión de la esterilización o no está disponible o su precio es prohibitivo. Cuando se intenta la reversión – masculina o femenina – la probabilidad de éxito es baja. Cuando se proporciona consejería a clientes que consideran la esterilización es importante poner énfasis en que el procedimiento tiene la intención de ser permanente.

Los aspectos de la administración del servicio, como las instalaciones y equipo, registros clínicos, capacitación del personal y carga de trabajo se abordan con mayor detalle en las *Pautas Médicas y de Prestación de Servicios de IPPF* (Capítulo 8).

Esta Declaración fue desarrollada por el Panel Asesor Médico Internacional (IMAP) en octubre de 1982 y fue enmendada por el IMAP en enero de 1993, junio de 1999 y mayo de 2009. Esta Declaración es válida para

los métodos de esterilización masculina y femenina descritos en este documento. El IMAP se reserva el derecho de enmendar esta Declaración a la luz de acontecimientos futuros en este campo, cuando esté disponible la información científica suficiente.

Referencias

1. United Nations. World contraceptive use 2005. New York: United Nations Department of Economic and Social Affairs, 2005.
2. World Health Organization. Selected practice recommendations for contraceptive use. Second edition. Geneva: World Health Organization, 2004.
3. Royal College of Obstetricians and Gynaecologists. Male and female sterilization: evidence-based guideline No. 4. London: RCOG Press, 2004.
4. Xiaozhang L. Scalpel versus no-scalpel incision for vasectomy: RHL commentary (last revised: 27 July 2009). WHO Reproductive Health Library; Geneva: World Health Organization, 2009.
5. World Health Organization. Medical Eligibility Criteria for contraceptive use, fourth edition. Geneva: World Health Organization, 2009.
6. World Health Organization. Global handbook of family planning 2007; Page 167; Baltimore, MD: Johns Hopkins University, WHO, 2007.
7. Mittal S. Techniques for the interruption of tubal patency for female sterilization: RHL commentary (last revised: 21 June 2003). WHO Reproductive Health Library; Geneva: World Health Organization, 2003.
8. *Lancet* 2001; **357**: 1467-70.

Las responsabilidades éticas de la conciencia

Bernard M. Dickens

La protección de la conciencia

La Declaración Universal de los Derechos Humanos de 1948 establece que las personas tienen derecho de actuar y de abstenerse de actuar de acuerdo con su conciencia personal. Se otorga validez jurídica a este derecho a través del Pacto Internacional sobre Derechos Civiles y Políticos de las Naciones Unidas, cuyo artículo 18(1) estipula que:

Toda persona tiene derecho a la libertad de pensamiento, de conciencia y de religión; este derecho incluye la libertad de tener o de adoptar la religión o las creencias de su elección, 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.

La libertad expresa de “conciencia y religión” confirma que la conciencia no depende de las creencias religiosas, sino que existe como una convicción moral que puede o no coincidir con una fe religiosa. La religión no tiene el monopolio sobre la conciencia o inmunidad para evitar se sujeta a rendición de cuentas éticas por prácticas como la marginación común de las mujeres y su exclusión de posiciones de autoridad.

El Pacto deja en claro que la protección de la conciencia de una persona no es absoluta, sino que su ejercicio tiene que respetar la conciencia de otros. Por consiguiente, el Artículo 18(3) estipula que:

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.

Esta disposición requiere que, al igual que las y los prestadores de servicios de salud esperan respeto por su propio derecho de conciencia, así mismo ellos deben demostrar igual respeto por el derecho de conciencia de sus pacientes.

Ética profesional y conciencia

Las y los prestadores de servicios de salud asumen responsabilidades éticas ante las personas y comunidades a las que ofrecen sus servicios. Con frecuencia, esto se expresa en la forma de un pacto o convenio más que de un contrato, aunque en muchos entornos los contratos legales pueden sustentar esas relaciones profesionales, como las que se dan entre prestadores de servicios y pacientes; prestadores de servicios e instalaciones de salud, incluidos los hospitales y las clínicas; y entre prestadores de servicios y las personas o entidades que financian los servicios de salud, en los sectores privado y/o público. Las y los prestadores de servicios entablan relaciones mediante convenios y contratos con base en su capacitación y cualificaciones profesionales, así como en sus compromisos con la ética o códigos de conducta de las autoridades que emiten sus credenciales, como son los órganos gubernamentales de licenciamiento y las asociaciones profesionales. El ejercicio ético de la profesión usualmente incluye el compromiso de la o el prestador de servicios con el imperativo de no abandonar a sus pacientes, quienes han sido inducidos a confiar en su atención profesional.

Un reto ético para las y los prestadores de servicios es el equilibrio entre las responsabilidades profesionales con sus pacientes y sus convicciones personales de conciencia. Este reto se ha llegado a enfocar en temas como la anticoncepción, la esterilización anticonceptiva, el aborto y algunos actos relacionados con la atención al final de la vida. Dado que algunos líderes de jerarquías religiosas han condenado la participación de los trabajadores de la salud en esos servicios, el reto al profesionalismo no es solamente la objeción de conciencia a participar, sino también el hecho de estar comprometido conscientemente a asumir esa participación. Por ejemplo, un prestador de servicios puede considerar que es apropiado actuar de conformidad con la solicitud de una paciente para obtener anticoncepción, esterilización o un aborto en el mejor interés de la paciente; y, al mismo tiempo, ejercer en un hospital cuya afiliación religiosa sea hostil a la prestación de ese servicio.¹

El estándar legal de atención conforme al cual los profesionales de la salud se sujetan a las leyes contractuales y de negligencia, se basa en la práctica habitual entre pares profesionales sin comprometer las creencias personales. Sin embargo, con base en el derecho humano a la conciencia, a los prestadores de servicios que tengan objeciones de conciencia para participar en procedimientos lícitos que sus pacientes requieran, lo que incluye dar información a pacientes sobre procedimientos indicados médicamente, se les permitirá no participar en tales procedimientos siempre y cuando lo hagan de manera profesional, refiriendo a sus pacientes a otros prestadores de servicios que no tengan dicha objeción.

Conflicto de intereses

Las y los prestadores de servicios que prefieren servir a sus propios intereses espirituales al objetar su participación en servicios médicos indicados profesionalmente por los requerimientos de salud de sus pacientes, enfrentan un conflicto de interés. Esto no representa una falta de ética si los prestadores de servicios responden apropiadamente: por elusión (no participar en medicina clínica o consejería), o por debida divulgación (las y los pacientes saben de antemano cuáles servicios no les serán ofrecidos por un prestador de servicios).

Usualmente, las y los médicos y otros prestadores de servicios de salud tienen libertad de declinar la aceptación de personas que solicitan ser atendidas como sus pacientes; esto, en términos no discriminatorios y sin asumir alguna obligación ética o legal de referirlas. Sin embargo, una vez que la relación prestador-paciente es un hecho, el prestador de servicios no puede abstenerse de manera ética de dar la atención legal que el paciente esté buscando; sino que tiene que referir a ese paciente, con buena fe y oportunidad, a otro prestador de servicios que sea capaz y tenga la voluntad de proporcionar la atención indicada. El deber de realizar la referencia apropiada satisface tanto el derecho de objeción de conciencia del prestador de servicios como el derecho del paciente de un acceso oportuno a la atención requerida dentro del marco de la ley.

El deber ético de revelar el conflicto de intereses que resulta de la objeción de conciencia de un prestador de servicios a participar en procedimientos dentro del ámbito del ejercicio de sus pares profesionales, es un deber no solamente ante los pacientes existentes y potenciales, sino también ante las instituciones como los hospitales y clínicas en donde el prestador de servicios propone establecer una relación profesional. Tales instituciones no pueden declinar el reclutar a un solicitante, que de otra forma sería adecuado para ser reclutado, sobre la base de las creencias de conciencia del solicitante. Eso violaría los principios de antidiscriminación que protegen la libertad de conciencia y religión. Sin embargo, tomando en cuenta que las responsabilidades primarias de las instituciones de salud son con la población para cuyo servicio existen, deben asegurar la existencia de personal suficiente para cumplir con este mandato. Para garantizar el relevo oportuno de sus responsabilidades, las instituciones deben establecer como condición de reclutamiento la voluntad de participar en procedimientos específicos. Por ejemplo, en un centro de atención a víctimas de violación tiene que haber personal que tendrá la voluntad de proporcionar servicios de anticoncepción de emergencia. Los prestadores que objetaran este procedimiento no serían elegibles para ser reclutados en ese centro.

El alcance de la conciencia

El derecho a la objeción de conciencia es un derecho humano importante. Como tal, está al servicio de la dignidad humana. Sin embargo, no está disponible para agencias que no son personas físicas, como las corporaciones u organismos similares, lo que incluye a las instituciones de salud. Esto lo puso de relieve en 2008 la Corte Constitucional de Colombia, al determinar que los funcionarios directivos de un hospital del gobierno que se había rehusado, con base en las objeciones de conciencia de miembros de su personal, a proporcionar un aborto a una mujer embarazada víctima de violación, servicio al cual ella tenía derecho, en realidad estaban alegando el derecho de su institución a la objeción de conciencia. La Corte Constitucional dictaminó que ni el hospital, ni ellos en su calidad de funcionarios administrativos, podían presentar legalmente ese reclamo y ordenó el pago de una compensación a la mujer.²

De manera consistente con las cortes superiores en otros países y con los tribunales internacionales de derechos humanos, la Corte dictaminó que la protección de conciencia estaba a disposición de los prestadores de servicios que, de otra manera, hubieran estado obligados a participar directamente en procedimientos que objetaban, pero no para los actores periféricos. En el contexto del aborto, por ejemplo, la objeción está disponible fundamentalmente para los ginecólogos, anestesiólogos y personal de enfermería de quirófano, debido a que su participación en los procedimientos sería inmediata; y también para médicos generales que objetan la expedición de recetas para abortos con medicamentos. No está disponible, sin embargo, para enfermeras generales que se encargan de la atención preoperatoria de las pacientes y de la recuperación postoperatoria.

La Corte Europea de Derechos Humanos dictaminó que los farmacéuticos no podrían invocar su conciencia para rehusarse a surtir las recetas de anticonceptivos cuando fueran los únicos proveedores de los medicamentos recetados para una población remota en Francia.³ Se les prohibió aprovechar su monopolio en el surtimiento de recetas para negar productos legales a quienes dependieran de ellos para obtener los medicamentos necesarios. De manera similar, los médicos no pueden aprovechar su monopolio legal en la prestación de servicios si esto resulta en que la atención deje de estar disponible. Los médicos, farmacéuticos y otros prestadores en una posición similar, como los anestesiólogos, pueden protegerse de la participación directa en procedimientos que ofendan su conciencia solamente cuando, de buena fe, puedan referir a quienes dependen de ellos a otros prestadores de servicios que tengan la disponibilidad y voluntad para prestar los servicios apropiados; o bien, a agencias que proporcionen servicios de referencia.⁴

El abuso de la conciencia

Varios estados en los EE.UU. han promulgado leyes que otorgan a una amplia gama de empleados de salud y personal relacionado, incluidos los encargados de ambulancias, personal administrativo y secretarial de hospitales y clínicas, así como estudiantes de medicina y enfermería, el derecho de no participación en cualquier atención o tratamiento que proporcionen los prestadores o instituciones de salud para los cuales aleguen una objeción de conciencia, misma que pueden invocar sin perjuicio, discriminación o desventaja.⁵ El último día de su mandato, el 20 de enero de 2009, la administración Bush en los EE.UU. puso en vigor inmunitades similares para las y los prestadores de servicios de salud, mismas que todos los recipientes de fondos del Departamento de Salud y Servicios Humanos están obligados a otorgar. Estas disposiciones federales regulan el desempeño, participación, referencia, aprendizaje, enseñanza o administración de procedimientos de aborto, esterilización y anticoncepción, así como algunas formas de atención a personas desahuciadas.

Bajo la apariencia de proteger de la discriminación a las y los prestadores de servicios de salud, estas disposiciones estuvieron aparentemente motivadas y apoyadas con el fin de evitar que tales servicios legales estuvieran disponibles para pacientes que dependen de ellos. Un efecto de esto es que pacientes cuya atención no es controversial desde el punto de vista religioso o moral, como la remoción segura de fetos muertos o de órganos reproductivos cancerosos, puedan tener acceso solamente a profesionales de la salud que no estén capacitados para realizar o participar en los procedimientos necesarios, debido a que ellos o sus instructores objetan algunos de los usos en los que pueda aplicarse la capacitación. Tales disposiciones ponen de manifiesto la paradoja del inconsciente abuso de la conciencia.

Bernard M. Dickens es Profesor Emérito de Legislación y Políticas de Salud en la Universidad de Toronto

Referencias

- Dickens BM. The art of medicine: conscientious commitment. *Lancet* 2008; **371**: 1240-41.
- Cook RJ, Arango Olaya M, Dickens BM. Healthcare responsibilities and conscientious objection. *Int J Gynecol Obstet* 2009; **104**: 249-52.
- Pichon and Sajous v. France (2001). European Court of Human Rights.
- Lynch HF. Conflicts of conscience in health care: an institutional compromise. Cambridge, MA: MIT Press, 2008.
- Dickens BM. Legal protection and limits of conscientious objection: when conscientious objection is unethical. *Medicine and Law* 2009; **28**: 337-47.