

Reconocer las motivaciones de conciencia en la prestación del aborto

Lisa H. Harris, M.D., Ph.D.

N Engl J Med 2012; 367:981-983 Septiembre 13, de 2012

Artículo

La utilización en el campo de la salud, en general, de motivaciones de conciencia se identifica con el rechazo a participar en prestaciones médicas controvertidas, especialmente el aborto. Esta idea desconoce el hecho de que la atención del aborto también se basa en una conducta orientada por la conciencia. La persistente negación de reconocer que esa prestación se realiza “en conciencia”, ha conducido a legislaciones que no protegen a los profesionales que la realizan precisamente por razones de conciencia, contribuye a su continua estigmatización y da lugar a puntos ciegos teóricos y prácticos en bioética respecto de los argumentos positivos por razones de conciencia –o sea, los motivos basados en ella para llevar a cabo la práctica en lugar de rechazarla.

Comparar “conciencia” con el modo de pensar de quienes se oponen al aborto es una consecuencia comprensible de la evolución de la objeción de conciencia en la atención de la salud.

La primera legislación sobre objeción de conciencia, la Enmienda Church de 1973, surgió como consecuencia del caso *Roe vs. Wade*. Establece que no se puede obligar a ningún profesional de la salud a realizar o participar en la prestación del aborto (o de esterilización) si esto contradice “sus [sic] creencias religiosas o convicciones morales”,¹ y prohíbe la discriminación de los profesionales que se nieguen a hacerlo, aduciendo convicciones morales. Prohíbe, también, la discriminación de quienes lleven a cabo “una esterilización o un aborto legal”, pero no reconoce que las convicciones morales puedan motivar tal práctica. De ese modo, la oposición al aborto y al control de la fecundidad, catalizaron el desarrollo de la ley, la teoría y la práctica de la objeción de conciencia en medicina.

Se puede decir, entonces, que los rechazos sustentados en la propia conciencia y la oposición al aborto crecieron de la mano.

En el transcurso de los últimos cuarenta años se ha naturalizado la idea de que la atención de la salud basada en motivaciones de conciencia significa el rechazo a la prestación o derivación para realizar el aborto u otros servicios controvertidos. En el año 2008, el gobierno de Bush extendió las protecciones contempladas en la Enmienda Church a los prestadores que decidieran no participar, incluso indirectamente, en la prestación que violara sus principios morales. El gobierno de Obama revocó esa norma. Los grupos antiaborto que habían respaldado la disposición de Bush criticaron la decisión de Obama, en tanto que los grupos a favor del aborto tuvieron una respuesta opuesta. El resultado es una continua y falsa dicotomía entre aborto y conciencia, en la que parecería que todos los que se oponen al aborto respaldan las protecciones legales al uso de la conciencia, en tanto que todos los que defienden el derecho al aborto se oponen a esas protecciones, con pocos matices en ambas posiciones.

Si la prestación o no del aborto se realiza “en conciencia” depende de lo que es la conciencia. La mayoría de las ideas acerca de ella suponen un subgrupo especial de creencias religiosas o éticas de un agente –las creencias morales “esenciales” propias.² La conclusión acerca de que la prestación del aborto es de hecho una decisión realizada “en conciencia” tiene su mejor respaldo en la socióloga Carole Joffe, quien mostró en *Doctors of conscious* que los principales médicos especializados realizaban abortos seguros y por sensibilidad antes del caso *Roe*.³ Los hacían a pesar de que las consecuencias negativas eran mayores que los beneficios, y exponiéndose a multas, a la cárcel y a la pérdida de la licencia como médicos. Los hacían impulsados por las creencias que más les importaban. Habían visto morir a mujeres como consecuencia de abortos autoinducidos o realizados por personas sin capacitación. Habían comprendido que el aborto seguro salvaba vidas. Estaban convencidos de que la atención del aborto honraba “la dignidad humana” y de que era lo que debía hacerse –incluso lo más justo–. Realizaban abortos “por razones de conciencia”.³

Si bien quienes realizan abortos actualmente están encuadrados en el marco legal, todavía tienen mucho que perder, y se arriesgan a ser estigmatizados, marginados en su profesión, acosados y amenazados a sufrir daños físicos. Sin embargo, los médicos (y, en algunos estados, personal clínico con gran experiencia) continúan realizando esta prestación debido a profundas convicciones éticas. Consideran la autonomía reproductiva de la mujer como la base de su completa calidad de persona y autodeterminación, o entienden que las mujeres tienen una mejor comprensión de los contextos vitales en los que se adoptan las decisiones acerca de la maternidad, o valoran la salud de la mujer más que la vida potencial de un feto, entre otras razones.³ Quienes realizan abortos continúan describiendo su trabajo en términos morales, como “correcto, bueno e importante”, y articulan su concepción de que no hacerlo produce una crisis de conciencia.⁵

La persistente negación de la compatibilidad entre conciencia y prestación de aborto no solo tergiversa su relación sino que tiene consecuencias sobre la ley, la práctica clínica y la bioética. En primer lugar, la legislación federal y estadual de los Estados Unidos sigue protegiendo solo los rechazos basados en cuestiones de conciencia, de prestación o derivación de abortos, y ofrece una mínima protección a la prestación de esa práctica. Por ejemplo, las recientes prohibiciones, en Georgia y Arizona, sobre aborto después de veintidós y veinte semanas de gestación, respectivamente, no consideran que los prestadores basados en razones de conciencia realicen la prestación después de esos límites. Del mismo modo, la “ley mordaza”, que prohíbe al personal de organizaciones apoyadas por la USAID debatir sobre aborto no tiene ninguna excepción de conciencia.

En segundo lugar, la identificación de actuar según la conciencia con la oposición a realizar abortos contribuye a la estigmatización de sus prestadores. Si los médicos que realizan esta prestación no están calificados legítimamente para actuar con “buena conciencia”, como sus colegas que se oponen al aborto, se deduce que actúan con “mala conciencia” o sin ella por completo. Esta concepción refuerza la imagen de los prestadores de aborto como

moralmente desacreditados. Estos estereotipos pueden tener un efecto disuasivo sobre los médicos que realizan la prestación, y conducir, de ese modo, al déficit de profesionales en este servicio. Más importante aún, los sociólogos sostienen que el acoso y la violencia son generalizaciones extremas de la estigmatización.

Por último, los especialistas en bioética se han focalizado en definir las condiciones bajo las cuales son aceptables los rechazos por motivaciones de conciencia, pero con raras excepciones, omitieron los argumentos morales para proteger la prestación por cuestiones de conciencia. De hecho, hay una simetría real entre los deberes negativos (no hacer algo) y los deberes positivos (hacer algo) y, del mismo modo, entre los argumentos negativos y positivos por razones de conciencia. Las violaciones de los argumentos negativos son consideradas moralmente peores que la violación de los positivos.² Sin embargo, como sostiene el especialista en bioética, Mark Wicclair, la tesis de asimetría moral no proporciona una justificación ética aceptable para la actual ley respecto de la conciencia, que se limita a proteger los rechazos basados en ella.² La integridad moral puede ser dañada tanto por no llevar a cabo una acción requerida por nuestras convicciones esenciales, como por realizar una acción que las contradice.²

Los contornos morales de los argumentos positivos de conciencia requieren mayor elaboración, dado que tienen implicancias para muchos otros campos de la atención de salud e investigación, donde los que intervienen pueden ser impulsados por razones de conciencia a hacer algo –por ejemplo, suicidio asistido o la investigación de células madre–. *Hacer* algo refleja un compromiso de conciencia, como dirían los académicos jurídicos Bernard Dickens y Rebecca Cook, y es un gesto moral, replicando términos de la especialista en bioética Laurie Zoloth. La erudición bioética, sin embargo, está dominada por consideraciones de negativas basadas en razones de conciencia, y no por la prestación en conciencia.

Los que se oponen al aborto pueden argumentar que los motivos de los prestadores de abortos no obedecen a principios de la conciencia sino

absolutamente a convicciones políticas. Si bien no estoy de acuerdo, esta crítica incrementa la importancia de distinguir entre razones de conciencia y otro tipo de justificaciones. Sin duda, si los argumentos de los prestadores de aborto basados en motivaciones de conciencia requieren un análisis profundo, lo mismo ocurre con los rechazos cuya fundamentación también obedece a planteos similares, para asegurar que el motivo de estos se limita a la conciencia y no a convicciones políticas, estigma, hábito, comprensión errónea de la evidencia médica, o a otros factores.

A pesar de haber transcurrido casi cuatro décadas de debate acerca de los rechazos por razones de conciencia, no hay aún un camino claro para abordarlos –ninguna currícula estándar para enseñarles a los profesionales de la salud cómo objetar humanamente y en conciencia, y ningún estándar clínico para los rechazos por motivaciones de conciencia–, aunque probablemente hay formas buenas y malas, aptas y contingentes, seguras e inseguras de llevarlas a cabo. Dada la necesidad tanto de una currícula como de prestaciones estándar, tal vez sea prematuro introducir una nueva serie de argumentos fundamentados en razones de conciencia. De todas formas, los términos usados en el debate actual son inadecuados e inexactos.

Reconocer solo los argumentos de rechazo que se ajustan a la propia conciencia respecto del aborto –o de cualquier prestación– es un tipo de heminegligencia. Todos los prestadores en el campo de la salud con perspectivas conflictivas sobre procedimientos controvertidos pueden actuar “en conciencia”, aun cuando sus convicciones esenciales sean diferentes. No reconocer que también la conciencia puede impulsar a la provisión del aborto, del mismo modo que mueve a oponerse a realizar esa prestación, la convierte en un concepto vacío y nos deja sin ninguna base moral (elevada o baja) sobre la cual situarnos.

Los formularios de divulgación entregados por el autor están disponibles con el texto completo de este artículo en NEJL.org.

Del Departamento de Obstetricia y Ginecología, el Departamento de Estudios de la Mujer, el Centro para Bioética y Ciencias Sociales en Medicina, y el Programa para los Derechos Sexuales y la Justicia Reproductiva, Universidad de Michigan, Ann Arbor.

<http://www.nejm.org/doi/full/10.1056/NEJMp1206253?query=TOC&&>

1. Health Programs Extension Act de 1973 (Enmienda Church) Pub. L. No. 93-45, § 401, 87 jStat. 91, 95.
2. Wicclair MR. Conscientious objection in health care. Cambridge University Press, 2011.
3. Joffe CE. Doctors of conscience: the struggle to provide abortion before and after Roe v. Wade. Boston Press, 1995.
4. Poppema SP. Why I am an abortion doctor. Amherst, NY: Prometheus Books, 1996.
5. Parker W. A perspective on later abortion ... from someone who does them. Conscience 2012;33:17-9.

DOI: 10.1056/NEJmP1206253

Copyright © 2012 Massachusetts Medical Society.