



La objeción de conciencia como herramienta bioética de protección de los usuarios de los sistemas de salud contemporáneos

Federico Ezequiel González Oviedo.

Tesis - Maestría en Bioética - Universidad Nacional de Córdoba. Facultad de Ciencias Médicas.
Secretaría de Graduados en Ciencias de la Salud, 2021.

Aprobada: 17 de febrero de 2022

Este documento está disponible para su consulta y descarga en RDU (Repositorio Digital de la Universidad Nacional de Córdoba). El mismo almacena, organiza, preserva, provee acceso libre y da visibilidad a nivel nacional e internacional a la producción científica, académica y cultural en formato digital, generada por los miembros de la Universidad Nacional de Córdoba. Para más información, visite el sitio <https://rdu.unc.edu.ar/>

Esta iniciativa está a cargo de la OCA (Oficina de Conocimiento Abierto), conjuntamente con la colaboración de la Prosecretaría de Informática de la Universidad Nacional de Córdoba y los Nodos OCA. Para más información, visite el sitio <http://oca.unc.edu.ar/>

Esta obra se encuentra protegida por una Licencia Creative Commons 4.0 Internacional



La objeción de conciencia como herramienta bioética de protección de los usuarios de los sistemas de salud contemporáneos by Federico Ezequiel González Oviedo is licensed under a Creative Commons Reconocimiento-NoComercial 4.0 Internacional License.

Universidad Nacional de Córdoba

Facultad de Ciencias Médicas



Título: La objeción de conciencia como herramienta bioética de protección
de los usuarios de los sistemas de salud contemporáneos.



Florence Nightingale

(1820-1910)

Trabajo de Tesis para optar al Título de Magíster en Bioética

Por Federico Ezequiel González Oviedo

Director: Dr. Diego Hernán Howlin

Córdoba

República Argentina

Año 2021

La Facultad de Ciencias Médicas de la Universidad Nacional de Córdoba, Argentina, no se hace solidaria con las opiniones de esta tesis

“Juro solemnemente ante Dios y en presencia de esta asamblea llevar una vida digna y ejercer mi profesión honradamente. Me abstendré de todo cuanto sea nocivo o dañino, y no tomaré ni suministraré cualquier substancia o producto que sea perjudicial para la salud. Haré todo lo que esté a mi alcance para elevar el nivel de la enfermería y consideraré como confidencial toda información que me sea revelada en el ejercicio de mi profesión, así como todos los asuntos familiares en mis pacientes. Seré una fiel asistente de los médicos y dedicaré mi vida al bienestar de las personas confiadas a mi cuidado.”

Farrand Training School for Nurses en Detroit, Michigan, EE. UU. (1893).

“Desearía haber tenido el coraje de vivir una vida fiel a mí mismo, no a la vida que otros esperaban de mí.

Este fue el arrepentimiento más común de todos.

Cuando las personas se dan cuenta de que su vida está casi terminada y miran hacia atrás claramente, es fácil ver cuántos sueños no se han cumplido. La mayoría de las personas no habían cumplido ni la mitad de sus sueños y tenían que morir sabiendo que se debía a las decisiones que habían tomado o no habían hecho.

Es muy importante tratar de honrar al menos algunos de tus sueños en el camino. Desde el momento en que pierdes tu salud, es demasiado tarde. La salud trae una libertad que muy pocos se dan cuenta, hasta que ya no la tienen.”

Bronnie Ware, escritora australiana (2011).

Dedicatoria

El presente trabajo está dedicado, principalmente, a todas aquellas personas que tuve la estima de poder cuidar, porque es gracias a ellos que pude aprender y comprender cuáles son nuestras verdaderas funciones como enfermeros. Así también, está dedicado a todos aquellos colegas docentes, enfermeros y jefes, que me enseñaron, a lo largo de mi carrera, que mi fin último, como profesional, es el bienestar de las personas bajo el abrigo de mis cuidados. Por último, y de una forma muy particular, este trabajo se lo dedico a Mario, quien me ha sabido ilustrar a lo largo de los años que siempre hay que luchar por lo que uno cree correcto, y hay que hacerlo con pasión, porque solo así se consiguen los cambios que tan necesarios son.

Agradecimientos

Quiero agradecer especialmente a mi director de tesis, el Dr. Diego Hernán Howlin, por la confianza, la dedicación y la guía en este proyecto, ya que sin su sapiencia, humildad y pasión, este trabajo no podría haber sido terminado. A la UNC (Universidad Nacional de Córdoba), de la cual me siento parte y me ha permitido ser el profesional que soy hoy en día. A mi familia, amigos y colegas. A mis compañeros de carrera por compartir su infinita sabiduría. Y en especial a los pacientes que estuvieron en la órbita de mi cuidado y tanto me enseñaron y me permitieron convertirme en lo que tanto anhelé siempre: SER ENFERMERO.

Resumen

La objeción de conciencia como herramienta bioética de protección de los usuarios de los sistemas de salud contemporáneos.

La presente tesis intenta describir las limitaciones que el concepto de objeción de conciencia posee en los profesionales enfermeros y como su aplicación en situaciones dilemáticas y controversiales, permitiría no solo usar esta herramienta como un factor protector para la conciencia del profesional, si no también hacerla extensiva al paciente. Para alcanzar dicha propuesta, se analizará el objeto de estudio de la enfermería, resaltando la importancia de la responsabilidad ética, académica y legal respecto al cuidado del paciente . Luego, el concepto de objeción de conciencia será analizado bajo la ley 24004, de ejercicio profesional de enfermería. El análisis *a priori*, muestra una situación de sumisión de la enfermería respecto a la medicina, siendo visible esto en el hecho de que la primera puede objetar conciencia sobre lo que indica la segunda, pero siempre bajo la obligatoriedad de encontrar un reemplazo que esté dispuesto a realizar dicha prescripción, negando la posibilidad que la prescripción *per se* sea no ética y, por lo tanto, colocando a la profesión médica en una posición ética distinta, y transformando a las enfermeras en simples ejecutoras de órdenes. Esto, a menudo, dejaría a los pacientes indefensos, sin una enfermera que pudiese objetar conciencia ante una prescripción que pudiese violar la máxima de las ciencias de la salud: *primum no nocere*.

Palabras clave

Objeción de Conciencia, Enfermería, Protección del Paciente, Bioética.

Summary

The conscientious objection as a bioethical protective tool of contemporary health service users

The present essay tries to describe the limitations that the conscientious objection concept possess for the nursing personal and how its applications in dilemmatic and controversial situations would allow not only to use the conscientious objection as a protective factor for the professional, but to make it extensive to the patient. To be able to achieve said proposal, the nursing object of study will be analyzed, highlighting the priority of the ethical responsibility, academic and legal about the care of the patient. Then, the concept of conscientious objection will be analyzed under the law 24004, of Nursing Profession Exercise. The a priori analysis grace a submissive character in the nursing professional under the medical professional, adducing that the first can object conscience to what the second prescribes, but always under the obligatoriness of finding a replacement that is willing to pursue said prescription, denying the possibility that the prescription per se is non ethical and, therefore, putting the medical professional in a different ethical position, and transforming the nurse in a simple executor of orders. What also would often leave the patient defenseless under the care of the nurse that object consciousness about a prescription that could violate the maxim of the health sciences: *primum non nocere*.

Keywords

Conscientious objection, Nursing, Patient Protection, Bioethics

Índice

Resumen	vii
Summary	viii
Introducción	1
Capítulo 1	3
1. La Filosofía y la Ética en la Objeción de Conciencia	3
1.1 Filosofía, ética y objeción de conciencia en la Antigüedad	4
1.2 Filosofía, ética y objeción de conciencia en la Edad Media.	10
1.3 Filosofía, ética y objeción de conciencia en la Modernidad	15
1.4 Filosofía, ética y objeción de conciencia en la Posmodernidad	21
Capítulo 2	24
2. Los Derechos Humanos y la Objeción de Conciencia	24
Capítulo 3	33
3. La Bioética y la Objeción de Conciencia	33
3.1 Objeción de conciencia y Principio de Autonomía	34
3.2 Objeción de conciencia y Principio de Beneficencia	36
3.3 Objeción de conciencia y Principio de No Maleficencia	40
3.4 Objeción de conciencia y Principio de Justicia Distributiva	41
Capítulo 4	45
4. Principales Manifestaciones de la Objeción de Conciencia	45
4.1. Objeción de Conciencia Académica	47
4.2. Objeción de Conciencia Científica	49
4.3. Objeción de Conciencia en la Medicina	51
4.4. Objeción de Conciencia Enfermera	54
4.4.1. Enfermería y Paradigmas. Autonomía y Roles	57
Capítulo 5	67
5. El derecho a la Objeción de Conciencia en la Enfermería de la República Argentina y el derecho comparado con Chile, Brasil y Uruguay y los códigos de ética de las organizaciones profesionales internacionales	67
5.1.1 La objeción de Conciencia en la Provincia de Córdoba	69
5.2.1 La objeción de Conciencia en la República Oriental del Uruguay	71
5.2.2 La objeción de Conciencia en la República de Chile.	72
5.2.3 La objeción de Conciencia en la República Federativa del Brasil	74

5.3: La objeción de conciencia según los organismos internacionales de enfermería	75
5.3.1 CREM	76
5.3.2 FEPPEN	79
5.3.3 CIE	83
Capítulo 6	87
6. La Objeción de Conciencia como Protección de los derechos del Paciente	87
6.1. Dilemas bioéticos imperantes en la práctica clínica asistencial	88
6.2. Autonomía enfermera versus autonomía médica	96
Conclusiones	101
Tabla de Ilustraciones	104
Referencias Bibliográficas	105

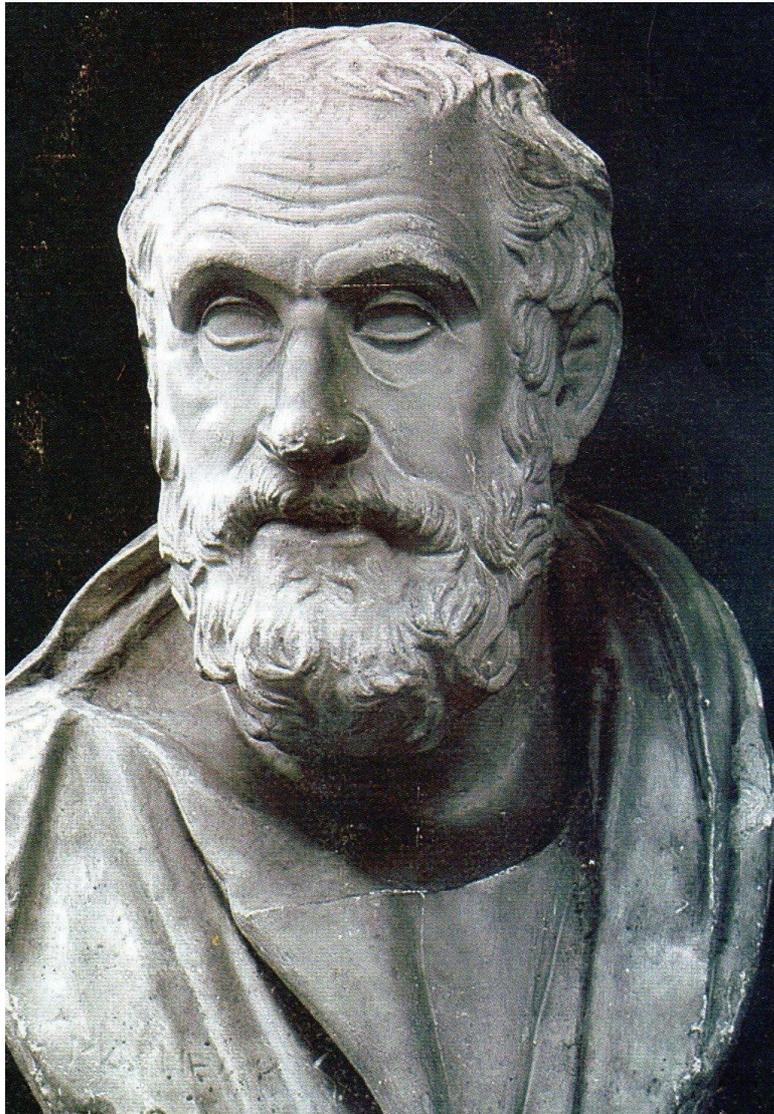


Ilustración 1 - Hipócrates de Cos

Hipócrates de Cos

“Hacer de la salud y de la vida de vuestros enfermos la primera de vuestras preocupaciones... No permitir jamás, que entre el deber y el enfermo se interpongan consideraciones de raza, religión, nacionalidad, de partido o de clase... No utilizar, ni aún bajo amenazas, los conocimientos médicos contra las leyes de la humanidad... Si cumplieréis íntegramente con este Juramento, que podáis gozar de vuestra vida y de vuestro arte y disfrutar de perenne estima entre los hombres. Si lo quebrantáis, que vuestra conciencia y el honor de la profesión médica en la que acabáis de ingresar os lo demanden.” Juramento Hipocrático.

Introducción

La presente investigación busca indagar los fundamentos para considerar la objeción de conciencia como un derecho fundamental; entender los nuevos conceptos y paradigmas de la enfermería moderna, donde se abandona la corriente clásica de auxiliar del médico; y plantear la utilización de la objeción de conciencia por parte del personal de enfermería, como una extensión de protección de los pacientes a su cuidado. Todo esto se logra mediante un exhaustivo relevamiento documental y bibliográfico de los conceptos antes planteados y el análisis en profundidad de las leyes que rigen el ejercicio profesional del enfermero.

En el transcurso de la investigación como un aparato documental, pero también crítico, nos centramos en presentar los planteos tradicionales sin olvidar los aciertos, controversias y problemas de la objeción de conciencia y cómo la misma es considerada una herramienta del derecho iusnaturalista para la defensa de la libertad de conciencia. Además, se presentan junto a las teorías clásicas de la enfermería, y diferentes posicionamientos contemporáneos que permiten ver el crecimiento profesional de la enfermería en las últimas décadas y que pregonan una mayor autonomía y responsabilidad en el cuidado de los pacientes.

La tesis está dividida en una introducción y seis capítulos: en los capítulos uno, dos y tres, se muestra un acercamiento general al concepto de la objeción de conciencia, tanto desde la filosofía como desde la ética, los derechos humanos y la bioética. En el cuarto capítulo, se comienza a analizar la pragmatización del concepto de la objeción de conciencia y su aplicación

específica en el campo de la enfermería. En el capítulo cinco, se analizan las leyes de ejercicio profesional de las principales provincias de la Argentina, como así también de los países limítrofes, para entender el contexto en el cual se está trabajando. En el último capítulo, se evidenciará cómo el concepto de objeción de conciencia en la legislación argentina podría malinterpretarse y, mediante la extensión de los conceptos de cuidado de enfermería, invocar la objeción de conciencia del profesional de enfermería como herramienta de protección de los pacientes a su cuidado.

Queda decir que luego de analizar las leyes de ejercicio profesional del país, y de hacer una lectura del derecho comparado con algunos países de Latinoamérica, se procede a discutir acerca de cómo se considera correcta la aplicación de la objeción de conciencia por parte del personal de enfermería como una herramienta legal para la defensa de sus propias convicciones, pero también en defensa de sus pacientes, especialmente de aquellos que no poseen los recursos o medios para defenderse por sí mismos. De esta forma, se busca plantear la discusión acerca de los alcances del rol de la enfermería, como así también ofrecer una nueva perspectiva de los marcos legales vigentes, vislumbrando una nueva enfermería, más comprometida y con una participación ciudadana más activa en el cuidado de sus pacientes.

Capítulo 1

1. La Filosofía y la Ética en la Objeción de Conciencia



Ilustración 2 - Antígona dando a sepultura a Polinices

Antígona dando sepultura a Polinices. Sébastien Norblin (1825)

ANTÍGONA:

Sí, porque no es Zeus quien ha promulgado para mí esta prohibición, ni tampoco Niké, compañera de los dioses subterráneos, la que ha promulgado semejantes leyes a los hombres; y he creído que tus decretos, como mortal que eres, puedan tener primacía sobre las leyes no escritas, inmutables de los dioses. No son de hoy ni ayer esas leyes; existen desde siempre y nadie sabe a qué tiempos se remontan. No tenía, pues, por qué yo, que no temo la voluntad de ningún hombre, temer que los dioses me castigasen por haber infringido tus órdenes.(p.12) Antígona (2001). Sófocles. Ediciones Pehuén

Para poder comprender de forma, por cierto, siempre inacabada por su complejidad y multiplicidad de posibilidades, la objeción de conciencia, consideramos necesario emprender un análisis histórico desde la filosofía y la

ética. Es necesario recordar que la objeción de conciencia es una preocupación que ha existido desde la antigüedad, y que si bien ha sufrido modificaciones a lo largo del tiempo, siempre ha tenido la misma esencia, que es la de mantener la integridad de la conciencia de la persona oponiéndose a una regla o ley impuesta por un tercero.

1.1 Filosofía, ética y objeción de conciencia en la Antigüedad

En la antigüedad, la cultura de las distintas sociedades sacralizaba el poder que emanaba de las leyes: tal como Vargas Quintero (2011) lo confirma: “considerando a la ley como emanación divina” (p.9). Uno de los primeros ejemplos que podemos encontrar en este sentido y que más alcance ha tenido, es el caso de Antígona, conocida incluso como la primera objetora de conciencia (Vargas Quintero, 2011). Aquí, Vargas Quintero (2011), nos dice que *Antígona*:

Se enmarca en la desobediencia al derecho, es objetora de conciencia, porque su conducta es una expresión individual, funda su desacato en la propia conciencia. No ejerce violencia, no tiene una actitud agresiva, sólo apela a la conciencia, la fidelidad a unos principios culturales, morales y religiosos. Es una actitud privada; ejerce el derecho y se toma la libertad de rechazar una norma jurídica sin cuestionar el orden constitucional donde imperan las leyes divinas que se fortalecen en la conciencia. (p.8)

Personaje de la literatura griega arcaica, portavoz de la tragedia de amor y dolor que encarna al mismo tiempo valores morales, políticos y

jurídicos de plena actualidad. Es bien conocida la trama de *Antígona*, hija de Yocasta y Edipo, en la corte de su tío Creonte que subió al trono tras la desaparición de dos hermanos de ella, Polinices y Eteocles, quienes se dieron muerte luchando por el reino. Creonte decreta bajo pena de muerte no dar sepultura a Polinices, orden legal que Antígona desobedece basada en las leyes divinas que están por encima de las humanas, por razones filiales y el derecho inviolable de la sepultura.

Antígona reconoce su “crimen piadoso” y prefiere ahorcarse antes que recibir la condena. En la *Antígona* de Sófocles, se presenta un conflicto trágico entre la ley del Estado y la conciencia; esta sucumbe ante el derecho estatal. Antígona se enmarca en la desobediencia al derecho, es objetora de conciencia, porque su conducta es una expresión individual, funda su desacato en la propia conciencia. No ejerce violencia, no tiene una actitud agresiva, sólo apela a la conciencia, la fidelidad a unos principios culturales, morales y religiosos. Es una actitud privada; ejerce el derecho y se toma la libertad de rechazar una norma jurídica sin cuestionar el orden constitucional donde imperan las leyes divinas que se fortalecen en la conciencia. Antígona se puede considerar como la figura literaria que plasma las características de la desobediencia civil y objetora de conciencia.

Es menester, también, mencionar la postura de Sócrates respecto a la importancia que le da a la conciencia, conciencia que es moral pero por sobre todo ética. El principio inspirador de la ética socrática debe reconocerse como

una herencia de motivos procedentes de la religión órfica¹, con su honda conciencia del pecado y exigencia de purificación, que se habían expresado luego en la escuela pitagórica con el precepto del cotidiano examen de conciencia y con la obligación de avergonzarse por las propias faltas ante sí mismo más aún que ante los demás. La herencia ética del pitagorismo repercute igual y simultáneamente en la doctrina moral en las de socrática.

Sócrates declara en *Hippias Mayor* de Platón (289 BC):

aun cuando sus faltas pudiesen escapar a los demás, jamás escaparían a alguien frente al cuál experimenta mayor vergüenza que frente a cualquier otro; y que ese alguien es él mismo, Sócrates, hijo de Sofronisco. Lo cual corresponde al precepto del oráculo délfico

¹ “La religión órfica aparece en Grecia entre los siglos VI y II a.c., es de influencia oriental, y fue predicada por Orfeo (un músico tracio) este movimiento reivindicó la revelación frente a la razón y fomentó la idea de pecado y culpa. El orfismo es un movimiento de reforma religiosa que se inicia en el seno de la religión de Dionisios. La teología órfica tiene una parte que explica la genealogía de los dioses y los hombres que no se diferencia en lo esencial de la Teogonía de Hesíodo; la parte con más influencia histórica se refiere sin embargo a su doctrina del alma pues presenta con claridad la idea del alma como algo distinto del cuerpo e inmortal, la oposición hostil entre alma y cuerpo y la conciencia de pecado. Su visión pesimista es claramente contraria a la vitalidad griega. Brevemente, el mito básico propuesto por el orfismo dice lo siguiente: Dionisios, de niño, es destrozado y devorado por los Titanes. Atenea sólo salvó su corazón, Zeus se lo traga y después engendra de nuevo a Dionisios. Zeus destruye a los Titanes con el rayo y de sus cenizas surge el género humano. El dualismo antropológico y la propuesta moral que defiende se articula precisamente a partir del mito: el hombre consta de dos elementos, el elemento divino o alma, relacionado con Dionisios, y el elemento titánico o cuerpo relacionado con los Titanes. El primero es el principio del bien, divino e inmortal y que hay que cuidar; el segundo el principio del mal, mortal y que es preciso despreciar. Tras un ciclo de nacimientos y reencarnaciones, el alma vuelve a la divinidad. Su propuesta moral es la liberación en esta vida de la cárcel del cuerpo, de la carne y las pasiones. La palabra “carne” hace referencia al cuerpo humano en oposición al alma; esta palabra la encontraremos después con este mismo uso en San Pablo y la Iglesia Cristiana. Como en el cristianismo, la religión órfica propone sacrificios y plegarias para expiar las culpas de los vivos y de los muertos y así evitar los castigos en el Hades. La vida ascética y de purificación busca liberar lo divino en el hombre y consiste en técnicas que van desde algo inaudito en la vida del pueblo griego como es el vegetarianismo hasta diversas formas de disciplina espiritual. También como el cristianismo, defienden una cierta escatología (profétizan la llegada de un nuevo Dionisios destinado a restaurar la plenitud de los orígenes). El orfismo influyó en los neopitagóricos, Platón y hasta en el cristianismo antiguo”. Olleta, J. (1996). Religión Órfica y Filosofía Griega. En *Torre de Babel*. Recuperado en: <https://cutt.ly/Zh7izFd>

(conócete a ti mismo) al que siempre remite Sócrates, y a la exigencia que él considera fundamental en la vida del hombre: cuidar de su alma para mejorarla. (p.2)

Es en esas palabras en las que vemos la idea que tenía Sócrates respecto al respeto de la conciencia, como forma de protección de la esencia de uno mismo, aduciendo que no habría mayor agravio para el propio ser que hacer algo que fuese contra sí mismo y sus creencias más personales. La realización de esta tarea implica un constante examen de conciencia, *"una vida sin examen no es digna de ser vivida por el hombre"* declarara Sócrates en la *Apología* de Platón.

Incluso, derivado de los pensamientos de Sócrates, Platón (citado en Mondolfo, 1954), en *El Menexeno*, dice:

El hombre que solo pone en sí mismo lo que lleva a la felicidad o cerca de ella, y no permanece en dependencia de la condición de los demás, de modo que su situación se vea obligada a oscilar según la buena o mala situación de aquellos, es el que se halla preparado para la vida óptima, es el sabio, el valeroso y prudente. (p.7)

Es aquí donde se establecería una máxima del pensamiento Socrático, evidenciada por Platón, donde se prioriza la conciencia de uno, la autonomía de la conciencia que muchos años después desarrolla Kant, por sobre la heteronomía², siendo la primera esencial para la conservación del yo personal.

² “Comúnmente considerada como la ausencia de autonomía, la heteronomía designa a un origen de la ley que rige el comportamiento en tanto exterior a la voluntad del sujeto (por su etimología, en griego heteron refiere al “otro” y nomos a la ley). Para su definición, que resuelven por la vía negativa, los diccionarios de filosofía remiten al vocablo “autonomía”, que

Platón, como discípulo de Sócrates, continúa, en su obra, desarrollando la misma línea de pensamiento que su mentor durante su época de juventud hasta los diálogos de la madurez, profundizando aún más en la importancia del respeto de la conciencia propia, funcionando esta también como jueza constante y presente en la vida del hombre:

Para “mantenernos siempre en el camino que lleva hacia arriba” necesitamos evidentemente poseer una conciencia vigilante de nuestra responsabilidad y practicar un constante examen interior; de modo que el destino del hombre en la vida moral presente y en la futura eterna consiste, para Platón, en una creación continua de su conciencia moral. (Mondolfo, 1954, p.16)

Es nuestra conciencia, según Platón, quien se ocupa de dirigir nuestras acciones y hacernos responsables de las mismas. Aristóteles, como discípulo de Platón, continuará trabajando en esta línea de pensamiento, haciendo especial hincapié en la idea de las virtudes y la voluntad de bien que tienen las personas, “fuente tanto del mérito, como de la culpa” (Mondolfo, 1954, p. 20).

*a partir de Kant se define como la voluntad que se da a sí misma la ley moral acorde a la razón. Para el filósofo de Königsberg, todo otro origen de la ley moral cuestiona la libertad de la voluntad y por lo tanto los actos que produce no son auténticamente morales. Este concepto de autonomía, relativo al orden político y social, había sido concebido antes por Rousseau en el Contrato Social y se relaciona con la voluntad individual y general. Actualmente remite a sociedades o comunidades que se rigen por su propia normatividad, aun cuando ésta contradice ciertas leyes del estado nacional. Con Emmanuel Levinas la heteronomía pierde su definición por la vía negativa –que la reduce a la antítesis de la autonomía o simplemente a su carencia-, y se define como el sustento del concepto de “sujeto”. Literalmente, para el filósofo lituano, sujeto es aquel que se encuentra sujetado a una relación con el otro. Así, el nomos por el que se rige el yo tiene origen en el heteron.”. Rabinovich, S. (2016). Heteronomía. En *Heteronomías de la justicia: nomadismo y hospitalidad en el lenguaje*. Facultad de Ciencias Políticas y Sociales, Universidad Nacional Autónoma de México. México, D.F. Recuperado en: <https://bit.ly/2LMCwQF>*

Mondolfo (1954), en su trabajo, resalta de las ideas de Aristóteles que “la virtud es un hábito de elección (...), y en toda elección interviene una valoración de las distintas posibilidades y una decisión de la voluntad, en tanto libre y, por ello, responsable” (pp. 20-21). Sería esta capacidad de discernimiento, de elección, de análisis de las distintas variables, lo que diferencia al hombre de los demás seres: el hombre puede actuar, o no, puede decidir hacer el bien o el mal, y esto va a depender exclusivamente de su conciencia y el respeto que le tenga a la misma.

Sin embargo, los conceptos más importantes que estableció Aristóteles respecto a la conciencia los plasmó en su obra *Ética a Nicómaco*, donde hace mención al carácter imperativo de la conciencia moral, siendo esta el resultado de la interiorización de la ley moral en la conciencia, proceso que se realiza de forma progresiva, mediante la educación de las personas. Es, nuevamente, el paso de la heteronomía a la autonomía. Cuando se alcanza ese punto máximo, “el hombre está en situación de ser él mismo ley para sí mismo” (*Ética a Nicómaco*, citado en Mondolfo, 1954, p.24). Otra línea de pensamiento presentada por Aristóteles, que es una continuación de los lineamientos de Sócrates y Platón, es la idea de la injusticia y el vicio que implica en la persona que comete injusticias, contra la falta de vicios o males en la persona receptora de dicha injusticia (Clusa Capell, 2015). Bajo esta premisa, se entiende a aquel que comete la injusticia como persona que obra en contra de la conciencia moral, y en favor de una conciencia viciada por factores inferiores.

La cultura pagana —tanto la oriental como la grecorromana— sacralizó el poder considerando la ley como emanación divina, dejando un ajustado

lugar para la conciencia del individuo. En esta estructura irrumpirá el cristianismo antiguo con un mensaje que, si bien reivindica firmemente la autonomía de la conciencia del hombre respecto al poder político, someterá esa autonomía a un tribunal suprasensible constituido por la Santísima Trinidad y los evangelios primero y la figura de la Iglesia siglos más tarde.

La nueva religión afirmará la existencia de una divinidad que trasciende los límites de la polis sensible y planteará que el hombre se compone de un cuerpo pero también de un alma a la cual, en el futuro del cristianismo medieval por sobre todo, se le deberá prestar muchísima más atención, y si bien el cuerpo está necesariamente sometido a la autoridad temporal, el alma depende sólo de Dios, pero eternamente.

El ciudadano estará en la encrucijada de dos vasallajes posibles: uno, el de la autoridad civil; y otro, el de la autoridad religiosa o directamente Dios: “Dad al César lo que es del César y a Dios lo que es de Dios”. Es más justo obedecer a Dios que a los hombres; de allí que los primeros objetores de conciencia, en sentido amplio, fueran los cristianos al rehusar el culto a los ídolos como cualquier acto no acorde con los principios religiosos. Tales son el juramento al emperador, y la prestación del servicio militar.

1.2 Filosofía, ética y objeción de conciencia en la Edad Media.

Con el surgimiento del cristianismo antiguo primero (Patrística) y moderno después (Escolástica), se empezará a agrietar el esquema entre la obediencia de vida al soberano y la justicia divina, con la creación de una figura divina y superior al poder del hombre, con la iglesia como imagen y

semejanza, que guía pero que también oprime. Es en la conciencia de las personas donde empezarán a producirse las primeras disputas entre la ley del hombre y la conciencia que mora en los creyentes.

El período de la historia de la filosofía que abarca desde el siglo VIII hasta el siglo XIV fue considerado Edad Media; límites temporales un tanto convencionales pero con algunas imprecisiones epocales impuestas por la misma historia de los sistemas de pensamiento. Los siglos inmediatamente anteriores al IX pueden designarse más propiamente como los de la Patrística. Los siglos inmediatamente posteriores al IX se consideran como pertenecientes a la filosofía Escolástica.

En el tiempo histórico de la Patrística coexistieron los últimos brotes de la filosofía antigua (platonismo y neoplatonismo) y la primera andadura filosófica practicada por pensadores cristianos. La denominación del período ha tenido su origen en la historiografía cristiana, y se basa en el hecho de que muchos de los escritores cristianos de ese tiempo han recibido el título de Padres de la Iglesia. Entre ellos se destacará Agustín de Hipona (354-430).

El pensamiento medieval cristiano estuvo centrado evidentemente en torno al cristianismo. Las aportaciones del pensamiento judeocristiano con el pensamiento griego se conjugaron propiciando los siguientes lineamientos generales, que fueron rectores de un sinnúmero de concepciones después: la concepción lineal del tiempo, frente a la concepción circular del tiempo griega, que toma por modelo del devenir el tiempo cíclico de la naturaleza observable. La concepción lineal tiene por trasfondo el acontecer histórico del hombre,

donde nada se repite. El mundo tiene un punto inicial absoluto (la creación), un trazado, que es el suceder de las generaciones jugándose su destino, y un punto y se acabó, que es el juicio final. Esta concepción se refleja en el papel del Dios cristiano. Mientras que los griegos habían puesto a los dioses en relación con la naturaleza (ya sea como inteligencia ordenadora en Anaxágoras y Platón o un motor inmóvil en Aristóteles), el cristianismo pone a Dios en relación con el acontecer humano. Dios se ocupa directamente de los asuntos humanos a través de la iglesia como su ejecutora. Mientras que el filósofo griego poseía una verdad que había obtenido con el esfuerzo de su inteligencia (una verdad siempre relativa), el hombre cristiano se presentaba en posesión de la verdad definitiva y absoluta, a la que consideraba una gracia de Dios y a la que se adhería por la fe.

La idea cristiana del hombre lo presentaba como hecho a imagen y semejanza de Dios, con un alma inmortal (doctrina presente ya en Platón y en otros pensadores griegos). También las nociones de culpa y pecado estuvieron presentes, pero ya desde la religión órfica se heredaron estas reminiscencias de castigo divino. La concepción cristiana de la vida humana traía también una importante novedad en el ámbito de la doctrina moral. La moral cristiana no es intelectualista, a diferencia de la filosofía griega. En el intelectualismo, el mal moral no es sino ignorancia, clamor socrático por excelencia en cambio en el cristianismo el mal moral no es ignorancia, sino pecado, y el pecado es el resultado de dos factores: la maldad humana que inclina al mismo, y la libertad humana, que cede a tal inclinación.

El periodo Escolástico se entiende, en sentido estricto, como aquel donde la especulación filosófico-teológica se cultivó y desarrolló en las escuelas del propio medioevo, es decir, desde Carlomagno hasta el Renacimiento, tal y como ha quedado consignada, sobre todo en la literatura de Sumas y Quaestiones. Originariamente, dichas escuelas fueron las de las catedrales y conventos, más tarde las universidades. En un sentido más amplio se designa también como escolástica el movimiento doctrinal de ese ámbito histórico que, aun sin emplear un método rigurosamente escolar, racional-conceptual, se mueve en el mismo mundo metafísico y religioso, como por ejemplo la mística.

Durante los siglos XI-XIII, las principales controversias que vertebraron el pensamiento medieval fueron las relaciones entre razón y fe, así como el problema de los universales. La fe, que suministra las creencias a las que no se puede renunciar, tratará de entrar en diálogo con la razón. La inicial sumisión de la razón exigida por la fe, dejará paso a una mayor autonomía propugnada, entre otros, por Tomás de Aquino, que conducirá, tras la crisis de la Escolástica, a la reclamación de la independencia de la razón con la que se iniciará la filosofía moderna.

Ahora entonces, tomando las palabras de Lucak de Stier (2007), podemos mencionar que dos de los grandes precursores de la filosofía medieval que examinan esta temática, son Agustín de Hipona y Tomás de Aquino. El primero no contempla la posibilidad de la objeción de conciencia, pero no porque la misma no fuese válida en sí misma, sino porque no concebía la existencia de una ley que no fuese justa.

En cambio, Tomás de Aquino considera la objeción de conciencia como una opción posible ante la existencia de leyes injustas, pero solo le da una verdadera entidad cuando esa ley va contra los preceptos de la iglesia (Lucak de Stier, 2007). Según la doctrina tomista de la ley, al hombre se le presentan las siguientes posibilidades: a) frente a leyes justas, obediencia indiscutible; b) frente a leyes injustas en cuanto opuestas al bien humano, posibilidad de desobediencia condicionada a la no producción de desorden; c) frente a leyes injustas en cuanto se oponen a la ley divina, obligación de desobediencia. Un estudio reciente sobre *Santo Tomás de Aquino en la filosofía del derecho* de Ruiz Rodríguez (2016) plantea de forma práctica la resolución de la dualidad entre ley soberana y ley divina:

¿debe ser obedecida la ley humana, también cuando se halle en contradicción con la ley eterna o la ley natural? Esto es, ¿hasta qué punto debe el ciudadano obedecer las leyes del Estado? Según la doctrina tomista, la *lex humana* debe ser obedecida aun cuando no sea del todo conforme con el bien común, es decir, aunque constituya un daño, por razón de la conservación del orden; pero no debe en cambio, ser obedecida, cuando implique una violación de la *lex divina*. Tal sería, por ejemplo, una ley que impusiere un culto falso [...] Respecto a lo anterior, muchos siglos antes, San Agustín de Hipona, en "De libero arbitrio" había escrito: *non videtur esse lex quae iusta non fuerit*, esto es, "la ley que no es justa no parece que sea ley". Respecto de lo cual dirá Santo Tomás, que la justicia de la ley está en proporción con su conformidad a la norma de la razón;

siendo la primera la ley natural. En consecuencia, toda ley humana tendrá carácter de ley en la medida en que se derive de la ley de la naturaleza; y si se aparta en un punto de la ley natural, ya no será ley, sino corrupción de la ley. (párr. 41)

Cabe destacar que Agustín de Hipona fue un gran seguidor de Platón y Aristóteles, y que aplicó muchos de los postulados de estos en su propia doctrina, aunque le realizó las adaptaciones derivadas de su influencia cristiana (Giacomone, 2013). Tanto Agustín de Hipona como Tomás de Aquino bautizaron las teorías platónicas y aristotélicas convirtiéndolas al cristianismo secular.

1.3 Filosofía, ética y objeción de conciencia en la Modernidad

Para hablar de la objeción de conciencia desde la concepción moderna de la filosofía y la ética, se hace imperativo empezar con Kant (2003). Primero se debe comprender lo que este postula respecto a la esencia del hombre como ser racional, a las máximas que deben regir la vida de las personas y al poder de la voluntad definido por esas máximas.

Uno de los primeros conceptos que debemos desarrollar es el de que toda persona, como ser racional, para poder identificarse y respetarse como tal, tiene que responder a sus máximas, aquellas leyes que guíen su voluntad, no desde lo empírico, sino desde lo lógico. De esta forma, y solo de esta forma, podrá considerarse una persona que actúa con moral (Kant, 2003). En relación a esto, el autor plantea la diferencia entre el hacer el bien por deber y hacer el bien por inclinación. Una persona (y aquí usamos el término persona

refiriéndonos al ser humano racional que planteara Kant), debe hacer el bien, porque es lo que corresponde, porque está respondiendo, en su fuero interno, a una máxima que le prescribe que eso es lo que debe hacer. Una persona, en cambio, que hace el bien por inclinación, pensando, tal vez, en lo que esa acción le va a generar, o, de lo contrario, lo que la inacción le traería aparejado, no está siendo libre, está simplemente siguiendo pulsiones que transforman al otro, a las demás personas en meros medios y no en un fin en sí mismos.

Una acción hecha por deber tiene su valor moral, no en el propósito que por medio de ella se quiere alcanzar, sino en la máxima por la cuál ha sido resuelta; no depende, pues, de la realidad del objeto de la acción, sino meramente del principio del querer, según el cual ha sucedido la acción, prescindiendo de todos los objetos de la facultad del desear. (Kant, 2003, p.12)

Una doctrina que consideramos necesario dilucidar de los postulados de Kant es la de *las personas como un fin en sí mismas*, mas no como un simple medio. Kant (2003), nos explica que toda persona, en busca de respetar las máximas que deben regir de forma universal, siempre debe ser considerada un fin en sí misma, y no un mero medio. Este precepto, debe ser respetado tanto por los otros hacia mí (dirá Kant), como por mí mismo, al no permitir ser considerado u ofrecerse como un medio. Si esto ocurriese, la persona pierde la capacidad de ser persona como tal, pierde la capacidad de ser un ente objetivo, que se guía por las máximas universales, para ser un mero objeto, un objeto de valoración subjetiva y, por ende, material.

Pues cuando se pensaba al hombre sometido solamente a una ley (sea la que fuere), era preciso que esta ley llevase consigo algún interés, atracción o coacción, porque no surgía como ley de su propia voluntad, sino que esta voluntad era forzada, conforme a la ley, por alguna otra cosa a obrar de cierto modo. (Kant, 2003, p.31)

En el derecho positivo, la obediencia a la ley tiene en sus formas aquello que demanda hacer así como qué ocurre frente a su desobediencia de formas muy definidas. Pero aquella obediencia, en el ámbito de la moral, tiene otro tipo de consideraciones. Una persona, como ya vimos, puede obedecer a la ley porque la ley le exige que la obedezca, o porque considera que lo que la ley propone es lo que se debe hacer. Mas, cuando la ley propone, o dispone, algo que la persona no considera como correcto respecto a sus máximas morales, la persona puede obedecer la ley porque la ley le obliga a obedecerla, mas no porque considere que es correcto. Y es en esta encrucijada donde, ante la idea de renunciar a las máximas que rigen su moral, aparecería la objeción de conciencia, como un recurso no solo de índole ético, sino propio del derecho, para salvaguardar la voluntad propia que es, ni más ni menos, la esencia que le permite a uno ser persona.

En el reino de los fines, todo tiene un precio o una dignidad. Aquello que tiene precio, puede ser sustituido por un equivalente, en cambio, lo que se halla por encima de todo precio y, por tanto, no admite nada equivalente, eso tiene una dignidad. (Kant, 2003, p.33)

Kant plantea que solo aquellos fines que no pueden ser cambiados por un equivalente, es decir, que son únicos, y por esa razón, respetan la máxima de la persona, son aquellos que tienen dignidad y, por extensión, son los que otorgan dignidad a la persona. Se entiende de esto que aquella persona que renuncia a su fin como tal y, a conciencia, adopta otro, está renunciando a su dignidad, a su esencia, a su ser persona.

Conforme expone Solgenitsin en Expósito Soler (2016), “(...) conciencia también se tiene solo una. Y lo mismo que la vida, la conciencia, si se pierde, no se recupera” (p. 8), planteando, de alguna forma, la idea Socrática del tema que se viene presentando en la tesis.

Otra noción a considerar es la conciencia ética acerca de la que la modernidad se encargó de reflexionar. Según Garza Garza (citado por Velásquez Córdoba y Córdoba Palacio, 2010), la conciencia ética "es un juicio, un acto de la inteligencia por el cual se juzga un hecho, conducta o suceso en particular, aprobándolo o reprobándolo". Y es esta la base de la objeción de conciencia. La objeción surge cuando la conciencia desapueba una acción la cual se la obliga a ejecutar.

Desde este análisis, la objeción de conciencia queda supeditada a la valoración que cada humano hace sobre su propia conciencia y el lugar que esta ocupa dentro de cada uno. La objeción de conciencia es la herramienta que debieran tener todas las personas para que, al llegar el final del día, cada uno pueda estar en paz consigo mismo, sabiendo que su accionar se ha respondido con lo que uno considera correcto y bueno. El respeto a la conciencia propia es

algo tan íntimo, que siempre se asume que toda persona debe objetar conciencia ante algo que atente contra esta, para poder mantener su posicionamiento como persona. Kant hablaba desde su *Critica al Juicio Estético* de un sentimiento de vivificación del ánimo y particularmente de un sentimiento vital que se desprendía cuando se contemplaba una obra de arte trascendental. Kant es explícito al afirmar este aspecto clave de la investigación estética ya que todas las representaciones, sensibles o intelectuales, teóricas o prácticas, son a la vez modificaciones del sujeto y afectan en conjunto el sentimiento de la vida, es decir, el sentirse vivir. ¿Acaso conducirse éticamente no podría ser una forma de “arte” de vivir?

No solo la filosofía práctica se ocupó de la conciencia y la objeción, los filósofos políticos también lo hicieron: los grandes contractualistas modernos, como Hobbes, Locke y Rousseau tomaron posición.

Hobbes (en Vargas Quinteros, 2011) presenta la idea de que si bien los hombres renuncian a una serie de derechos naturales a fin de que se realice un ordenamiento mediante el “contrato social”, hay un derecho al que nunca se puede renunciar, y es el derecho a la resistencia, que es aquel que le permite a la persona defenderse del Leviatán, cuando este, por una extensión desmedida de su poder, pone en riesgo la esencia de las personas.

Por su parte, Locke y Rousseau (en Vargas Quinteros, 2011), no son tan considerados respecto a la posibilidad de la resistencia al Estado. Con algunas similitudes y diferencias, ambos autores plantean que el orden social es lo primordial y que las leyes deben cumplirse, pues, de no hacerlo, se rompe el

contrato social y, por ende, la idea de comunidad y sociedad. Estos autores consideran que el bien de todos, está siempre por encima de las individualidades que puedan llegar a presentar algunas minorías, debido a que, principalmente, consideran que las leyes son racionales y derivadas del contrato social en sí mismo, por lo que no debiese existir siquiera la idea de pensar que la ley no debiese ser cumplida.

Otro juicio que se planteará es la idea de pensar, en contraposición a lo expresado previamente (o en consonancia, dependiendo el enfoque que se la haya dado a la interpretación), en la objeción de conciencia más que como un derecho de la persona a rehusarse a realizar una determinada actividad, como un deber del ser humano ante la idea de denunciar actos que atenten contra la ética pública, disfrazados con un manto de legalidad que, ante muchos ojos, son suficientes para convertir un acto en “bueno” (Sartea, 2013). Es un concepto interesante en donde la objeción de conciencia deja de tener un accionar negativo, donde la invocación de esta solo nos libra de realizar determinado acto; en su lugar, su accionar se convierte en positivo, donde toda persona, mediante su capacidad de discernir entre el bien y el mal como ser humano racional, debe objetar conciencia a fin de luchar contra una ley que atenta contra la sociedad a la que supuestamente tiene que defender.

Desgraciadamente, y sobre todo por el advenimiento de movimientos denominados progresistas que promueven las libertades absolutas y la vanaglorización del “yo” por encima del “todos”, la objeción de conciencia se ha convertido muchas veces en un acto de rebeldía mal visto en el que se percibe una intencionalidad de castigar al tercero afectado por la situación que

se intenta evitar mediante la invocación de la objeción, cuando en realidad es un recurso casi desesperado por mantener la integridad de la conciencia en uno. Si bien Montano (2013) plantea que “no siempre lo dictado por las mayorías es lo bueno”, autores como Verástegui (2016), Pérez D’Gregorio (2012) o Tinant (2016) eliminan la posibilidad de reflexión sobre lo planteado por la ley y limitan la posibilidad de una objeción real de conciencia, al punto que, si no hay nadie más disponible para realizar un acto (por ejemplo, porque todos objetan conciencia), uno tiene que abandonar su esencia humana, uno tiene que entregar toda su paz y su discernimiento y ejecutar una acción que, analizada desde cualquier aspecto, considera mala. Según estos autores, quienes argumentan defender a terceros que se verían “oprimidos” por los objetores de conciencia, uno tiene que —por ejemplo, por ser profesional de la salud— ser capaz de, eventualmente, perderse, perder su esfera más básica de humanidad y atentar contra la conciencia propia, considerándola sin importancia respecto a una supuesta conciencia superior.

1.4 Filosofía, ética y objeción de conciencia en la Posmodernidad

En este apartado, se considera importante hablar de los postulados que ha hecho John Rawls (1921-2002) en torno a la filosofía política y moral contemporáneas y el sentido de la objeción.

Rawls hace, primeramente, un análisis de la idea de justicia como poder regulador de las relaciones humanas, con el objeto de buscar o generar igualdad entre las personas, pero, a su vez, plantea que la misma no puede limitar derechos personales, si no, más bien, protegerlos y potenciarlos (Vargas Quinteros, 2011). Una vez presentados estos postulados, introduce dos posibles

acciones que son contrarias a la ley positiva, que si bien pueden parecer muy similares, tienen características que las hacen únicas, como son la desobediencia civil y la objeción de conciencia. A ambas, las incluye dentro de un concepto muy particular, que es el de “obediencia relativa a la ley” (Vargas Quinteros, 2011, p. 20), del cual se puede deducir que aunque se objete conciencia ante una ley, aun así, se está obedeciendo a una ley de nivel mayor, que es la ley que protege las libertades individuales y de conciencia.

La principal diferencia entre estas dos “obediencias relativas a la ley” se encuentran, principalmente, en qué buscan como fin. Para Rawls, la objeción de conciencia es un “acto privado, consciente, que rehúsa cumplir un precepto legal, no abriga esperanza de que cambie (la ley) y se apoya en principios morales, políticos, religiosos, filosóficos, de acuerdo al orden constitucional” (Vargas Quinteros, 2011, p. 25), mientras que la desobediencia civil es todo lo contrario. Una característica que se considera importante de resaltar en el posicionamiento de Rawls, respecto a lo visto hasta la Edad Media, es la inclusión de los fundamentos políticos y filosóficos como valederos para objetar conciencia, algo que antes no era considerado, sino que solo se tenían en cuenta los argumentos religiosos o morales.

También, una salvedad que se considera necesario realizar respecto al posicionamiento de Rawls, es que traza un límite en las consideraciones para la objeción de conciencia, en la que los aspectos culturales no serían suficientemente valederos para objetar. Vargas Quinteros (2011) relata un ejemplo sobre estas limitaciones, las prohibiciones que tienen algunas tribus

indígenas de Colombia que acostumbran a mutilar partes del cuerpo como parte de rituales, y Rawls aquí resalta la importancia de la necesidad del orden jurídico como protector de la conservación de las personas y su integridad.

Capítulo 2

2. Los Derechos Humanos y la Objeción de Conciencia



Ilustración 3 - La Libertad guiando al pueblo

La Libertad guiando al pueblo

Eugène Delacroix (1830)

El lienzo simboliza la Revolución de 1830 del día 28 de julio, mostrando una escena en la que el pueblo de París se levanta en armas contra el rey Carlos X de Francia. Este último había suprimido el parlamento por decreto y tenía la intención de restringir la libertad de prensa. Los disturbios iniciales se convirtieron en un levantamiento que desembocó en una revuelta de ciudadanos franceses. No existió un único cabecilla; sin embargo, cabe destacar que el interés por la revuelta fue de clase, en la medida en que la burguesía se veía beneficiada del movimiento. Sin embargo, Delacroix representa a la Libertad como guía que conduce al pueblo, el cual es mostrado como multiforme, es decir, con miembros de las clases sociales media y baja. Así también, la Libertad es alegorizada como una mujer de suma belleza.

En este capítulo, se va a mencionar y diferenciar la objeción de conciencia de la desobediencia civil y se va desarrollar el concepto del iusnaturalismo como garantía para la objeción de conciencia y el reconocimiento de esta como un derecho humano.

La desobediencia civil, en muchas situaciones, puede confundirse con la objeción de conciencia, pero tienen una diferencia fundamental que es necesario que esta investigación aclare. Ya se ha mencionado el carácter personal e íntimo que impulsa a la objeción de conciencia, como razón para oponerse a un mandato propuesto por una ley positiva. Por el contrario, la desobediencia civil es “la justificación del rechazo público, consciente, colectivo y pacífico a acatar leyes o políticas gubernamentales consideradas injustas o inmorales” (Marcone, 2009, p.40). Y redimimos de la definición que hace Marcone, que la diferencia se encuentra, principalmente, en el carácter colectivo de la desobediencia, en vez del carácter personal de la objeción de conciencia. Pero además, existe una segunda disimilitud, que radica en los objetivos que persiguen las mismas. Por un lado, la objeción de conciencia, solo busca evitar que la persona que la invoca, se vea exceptuada de realizar una determinada acción, mientras que la desobediencia civil, busca que se modifique la ley a la cuál se está desobedeciendo. Y existe, además, una tercera diferencia, que Navarro Casado (2013) explica de la siguiente manera:

Aquello que solicita un objetor es ser eximido de la pena de desobediencia y, además, que no se le imponga la obligación de la acción a la que objeta. Si, por el contrario, rechaza la norma jurídica

por considerarla injusta, buscando su derogación sin pretender eludir el castigo por el incumplimiento legal, estamos ante la desobediencia civil. (p. 95)

Entre quienes abordan también el análisis de la desobediencia civil se encuentra Hannah Arendt (1988) quien ubica el problema en el plano de la “relación moral del ciudadano con la ley en una sociedad de asentimiento” (p.59), definiéndola como la manifestación de “minorías organizadas unidas por una opinión común mas que por un interés común y por la decisión de adoptar una postura contra la política de gobierno, aunque tengan razón para suponer que semejante política goza del apoyo de la mayoría; su acción concertada proviene de un acuerdo entre ellos, y es este acuerdo lo que presta crédito y convicción a su opinión, sea cual fuere la forma en que la hayan alcanzado” (p.64)

El iusnaturalismo como rama de la ciencia del derecho que se encarga de estudiar el derecho natural, es decir aquel derecho que es inherente a todos los hombres por igual, por el simple hecho de ser hombres. Portela (2006) presenta el iusnaturalismo como fundamento para la objeción de conciencia. Para ello se sirve de cinco puntos, momentos o condiciones que según el autor son cardinales.

Para Portela (2006), el primer punto a considerar es la crisis del mandato representativo, entendiendo que es en este punto donde se hace referencia a que los modelos iusnaturalistas buscan encontrar el orden mayor y la paz para todos los seres mediante los consensos y la democracia

directa, pero los nuevos modelos democráticos han logrado corromper estos lineamientos mediante la pérdida de representatividad derivada del enquistamiento en el poder de los partidos políticos. Portela (2006) plantea que:

[...] ante el quiebre de la autoridad (en donde el quiebre tenga que ver con una desaparición de la legitimidad), renace en el individuo la posibilidad concreta de practicar formas directas de democracia, que propenden a que su voluntad no sea meramente censitaria, y no se vea traicionada ni distorsionada. (p.353)

Esta posición concede la idea de volver a formas más puras de democracia, donde la representación de los ciudadanos sea más directa y definitiva. Así también, se hace una gran crítica a los partidos políticos, como se mencionó previamente, y a la forma en que estos se han convertido en entes propios que, generalmente, no son representativos de las personas que los votan.

Siguiendo la misma línea, y siendo el autor sobre el que se basa Portela para realizar su análisis, Alvarado Pérez (2005) acentúa su crítica al actual modelo representativo, el cual se podría modificar mediante el “promover la democratización de la representación” (p. 2) y, para ello, sería necesario “suprimirse el monopolio representativo-decisor que ostentan los partidos políticos” (p.2).

La segunda posición, marcada por Portela (2006), es la existencia de fundamentos metajurídicos sobre los que se sustenta toda constitución,

donde se resalta el pensamiento de Singer (1985) respecto a que la obligación de respetar la ley es moral, y no normativa, ya que el origen de la ley o la norma siempre tendrán su base en la naturaleza humana y en la dignidad de la que esta deriva. Es en este sentido en el que debemos pensar en que, como menciona Portela (2006), todo ordenamiento jurídico parte de la idea del hombre como todo, como fin. Si las leyes no fueran constituidas de esta forma y con este andamiaje, carecerán de todo sustento y no serán útiles al hombre.

Luego, un tercer momento es la justificación por el contenido de lo legislado, en donde se remarca la importancia de entender que la objeción o desobediencia a la ley, a fin de evitar inconvenientes a generaciones venideras, es suficiente fundamento para que esta sea válida. Otro concepto planteado por Portela (2006) es el de, en este mismo sentido, entender la noción de justicia propuesta por el iusnaturalismo clásico, como el “mirar al otro, y, a partir de allí, el reconocimiento de su derecho” (p. 356). Es aquí donde se quiere resaltar la idea de que, según lo expuesto, una de las bases para la objeción de conciencia y la desobediencia civil (aunque en este trabajo hacemos hincapié en la primera) es el reconocimiento del otro como sujeto de derechos, como merecedor de respeto respecto a su dignidad como ser humano, y nuestro posicionamiento frente a una ley que, por diversas razones, no estaría siendo justa ante ellos.

A continuación, un cuarto punto a sopesar es la justificación a fortiori de los resultados, donde se presenta la idea de que, previamente, situaciones que provocaban la desobediencia u objeción de conciencia, han

derivado en que, actualmente, se disfrute de ciertos derechos o beneficios a los cuales pocos querrían renunciar. En este sentido, se hace referencia a que ciertos actos que, en su momento, fueron ilegales, debido a lo que provocaron, terminaron generando condiciones que hoy no se podrían considerar de otra forma, pudiendo pensar así que no todo lo legal es estrictamente bueno, ni todo acto “ilegal” es estrictamente malo. El autor menciona ejemplos para hacer referencia a este punto, entre los que se encuentra el caso de *Antígona*, apartado ya trabajado al comienzo de este trabajo, o las denuncias a las atrocidades llevadas a cabo durante las guerras mundiales, que, aunque enmarcadas en contextos de legalidad, disfrazaban violaciones atroces a la dignidad humana.

También se hace referencia a las diferencias entre los posicionamientos individuales y colectivos, entendiendo aquí la diferencia entre objeción de conciencia y desobediencia civil, pero no quitando poder ni a una ni a otra, y cómo el efecto provocado por el "síndrome normativo", concepto propuesto por Bernal (2004), ha derivado en la decadencia de los sistemas jurídicos por la pérdida de la fortaleza de las leyes como consecuencia del sobre legislamiento.

Por último, según Portela (2006), el robustecimiento de la democracia y la defensa de la constitución donde, como se planteó previamente, se busca defender las bases metajurídicas del derecho mediante la negación de determinadas leyes que se considera actúan contra la democracia y la justicia real. El objetor de conciencia o desobediente civil lo que busca es, mediante herramientas otorgadas por el mismo derecho, “de

una manera no convencional” (Portela, 2006, p. 358), defender las bases orgánicas de la constitución.

Desde el punto de vista más específico de los derechos humanos, vamos a remarcar la premisa que la objeción de conciencia es la herramienta que posee la libertad de conciencia y de religión para salvaguardarse en caso de que una ley o norma intente un atentado contra esta. La libertad de conciencia, como derecho humano y fundamental (Convención Americana Sobre Derechos Humanos, Pacto de San José, Costa Rica, 1969), es la base sobre la cual se podría, si se quisiera, no cuestionar de forma alguna la objeción de conciencia de una persona, ya que esta última solo es la garantía para la existencia de la primera. El artículo 12 del Pacto de San José de Costa Rica hace mención a la libertad de conciencia y de religión que todo ser humano posee. En su inciso 2, plantea que "nadie puede ser objeto de medidas restrictivas que puedan menoscabar la libertad de conservar su religión o sus creencias o de cambiar de religión o creencias” (Pacto de San José, 1969).

Otro de los pactos internacionales sobre derechos humanos a los que adhirió Argentina a través de la Constitución Nacional³ es la Declaración Americana de los Derechos y Deberes del hombre⁴, donde en su capítulo III, IV y V se hace mención a derechos que incluyen la libertad de conciencia que, como se ha mencionado previamente, incluyen de forma implícita la

³ La Declaración Americana sobre Derechos Humanos tiene jerarquía constitucional a partir de 1994 con su inclusión en el artículo 75, inciso 22, de la Constitución Nacional.

⁴ Aprobada en la Novena Conferencia Internacional Americana. Bogotá, Colombia, 1948.

objección de conciencia. Es mediante este punto que consideramos se reafirma la necesidad de la objeción de conciencia como mecanismo protector de las conciencias individuales (o grupales, en algunos casos), ya que es la que permite, por un lado, exceptuarse de realizar una acción a la cual se considera mala o contraria a la ética que se practica, y por otro lado, como herramienta protectora de un derecho humano fundamental que busca que no solo cada uno pueda tener la conciencia o religión que más le agrade, sino además que no puede ser pasible de sufrir medidas que busquen que dicha conciencia o religión sea modificada.

Podríamos considerar que defender el derecho a la objeción de conciencia es defender uno de los derechos humanos fundamentales, contemplados en la Constitución Argentina mediante adherencia al Pacto de San José, como por ser parte de cientos de naciones que respetan uno de los derechos inalienables del ser humano, por el simple hecho de ser humano y ser racional: determinar, de forma interna, qué es lo que considero que está bien y qué es lo que está mal. Esta deducción ya habría sido avalada por las modificaciones jurisprudenciales observadas en el último tiempo en el Tribunal de Estrasburgo, según lo planteado por Cañamares Arribas (2014) en su trabajo “La evolución de la doctrina del tribunal europeo de derechos humanos en materia de objeción de conciencia”. Otro punto a tener en cuenta planteado por el mismo autor, y considerando las posibles negativas respecto al respeto de la objeción de conciencia, argumentando que la misma puede representar un riesgo para los Estados Democráticos, es el formulado por el Tribunal Constitucional Español en su sentencia 46/2001,

que planteaba que “el orden público, como límite al derecho de libertad religiosa, no puede ser interpretado como cláusula de salvaguardia frente a eventuales riesgos, porque, de lo contrario, el mismo se convierte en la primera amenaza para la libertad”.

Además, según palabras de Estrada-Vélez (2009), “mientras más se restrinja la objeción, menor será la protección del individuo frente a las mayorías, menor será el compromiso con los fines propuestos por el estado constitucional y menor será el grado de desarrollo de la cultura constitucional” (p. 74). Esta afirmación, junto con la que hace en referencia a la objeción de conciencia como un derecho fundamental, derivado de la libertad de conciencia (2009), dejan en manifiesto lo que se planteó previamente. Si bien autores como Peces-Barba Martínez (1988) contemplan la idea de que la objeción de conciencia, en sí misma, representa una amenaza al estado de derecho, ya que solo se basa en subjetividades imposibles de analizar correctamente, el posicionamiento de Estrada-Vélez, el cual compartimos, plantea que “mientras mayor sea la protección a la objeción, mayor será el grado de fidelidad a la filosofía del estado constitucional, representada por el respeto a la dignidad humana” (2009, p. 74).

Una frase que sintetiza lo planteado, y consideramos oportuna de compartir a modo de cierre de este capítulo, es la siguiente: “Libertad sin derecho a la objeción es como un derecho fundamental sin amparo” (Estrada-Vélez, 2009, p. 75).

Capítulo 3

3. La Bioética y la Objeción de Conciencia



Ilustración 4 - El "Experimento Tuskegee"

El "Experimento Tuskegee" fue un estudio clínico llevado a cabo entre 1932 y 1972 en Tuskegee, Alabama (Estados Unidos), por los servicios públicos de salud americanos. Entonces, 400 afroamericanos, en su mayoría analfabetos, fueron estudiados para observar la progresión natural de la sífilis si no era tratada. Este experimento generó mucha controversia y provocó cambios en la protección legal de los pacientes en los estudios clínicos, el Informe Belmont entre ellos. Los sujetos utilizados en este experimento no dieron su consentimiento informado, no fueron informados de su diagnóstico, y fueron engañados al decirles que tenían "mala sangre" y que podrían recibir tratamiento médico gratuito, transporte gratuito a la clínica, comidas y un seguro de sepelio en caso de fallecimiento si participaban en el estudio.

En 1947 la penicilina se había convertido en el tratamiento de elección para la sífilis. Los científicos del experimento Tuskegee ocultaron la información sobre la penicilina para continuar estudiando cómo la enfermedad se diseminaba y acababa provocando la muerte.

Para analizar la Objeción de Conciencia desde la bioética, vamos a recurrir al fundamento y método de la Bioética Principalista. Esta bioética en particular nos permite un análisis jerarquizado de los elementos que interceptan las decisiones relacionadas con la objeción de conciencia y

presentaría fundamentos más aceptables que la corriente personalista que, al ser derivada de dogmas religiosos, instintivamente se encuentra cargada de ciertos prejuicios asociados a valores y tradiciones más que a planteos científicos puros.

La bioética principalista "[...] fundamenta los principios y valores morales en una base empírico racional, apoyándose en la verificación de los hechos y en la coherencia de la argumentación, considerando en su fundamentación los principios bioéticos de autonomía, beneficencia y justicia" (Montero-Vega, González-Araya, 2011, p. 128).

Al tener en cuenta estos principios, la autonomía, entendida como "la capacidad de autodeterminación de una persona para tomar una decisión de manera voluntaria, según sus valores, intereses y preferencias, y siempre que cuente con información para evaluar las opciones" (Ministerio de Salud Argentino, 2011, p.8), es el lugar desde el cual tenemos que evaluar la objeción de conciencia.

3.1 Objeción de conciencia y Principio de Autonomía

El principio de la autonomía es el que dicta la premisa de que el ser humano tiene que ser capaz de poder decidir sobre las acciones que le atañen de forma directa. La autonomía de una persona siempre va a estar relacionada e influenciada por los valores, la moral y la subjetividad que tenga esa persona, y es en base a esa autonomía que se construye en particular pero que también está en deconstrucción epocal, que la persona tomará decisiones para vivir su vida de tal forma que sea coherente con su conciencia. El principio de la autonomía es aquel que permite a la persona

plantearse la necesidad de objetar conciencia hacia un mandato o normativa jurídica que le obligase a realizar acciones que fuesen en contra de su propia conciencia.

Pero tampoco podemos dejar de concebir que, en muchos casos, por la invocación de la objeción de conciencia como defensa a la autonomía, los otros principios se pueden ver amenazados, especialmente en los contextos de práctica médica clínica. En algunos casos, la decisión de negarse a realizar determinada acción porque se considera contraria a la ética propia, puede llegar a violar el principio de la no maleficencia hacia un tercero, que al no recibir dicha acción negada por el primero, ve afectada su vida de forma directa. Uno de los ejemplos más utilizados para comprender este planteo es el del paciente, Testigo de Jehová, que se rehúsa a recibir una transfusión de sangre, invocando el respeto de su autonomía, y el médico tratante invoca objeción de conciencia para no tratar más a dicho paciente, poniéndolo en riesgo de padecer una complicación hasta que se consiga un médico no objetor que pueda hacerse cargo de dicho paciente. El análisis de un caso como el mencionado, expuesto por Seoane en su trabajo *El perímetro de la objeción de conciencia médica* (2009), plantea la existencia de la seudo-objeción de conciencia, como una deformación del concepto de objeción de conciencia, en el que se utiliza esta herramienta para evitar realizar acciones que, en definitiva, no afectan la conciencia del objetor, mas sí otros aspectos de su persona (paternalismo médico, por ejemplo).

Asimismo, no debemos dejar de lado los otros principios de la bioética cuando analizamos la objeción de conciencia. Si bien en la mayoría

de los trabajos consultados siempre se considera que la autonomía es el principal principio a tener en cuenta, los demás principios tienen y cumplen un rol importante dentro de la objeción de conciencia.

3.2 Objeción de conciencia y Principio de Beneficencia

La beneficencia, entendida como “hacer el bien en todas y cada una de las acciones que se realizan, pues dañar (sic) no puede estar presente, de manera consciente, ni en la idea, de un profesional de la salud” (Amaro Cano, et al., 2021) es un buen punto de partida para pensar la objeción de conciencia, y es desde aquí desde donde tenemos que analizar dos posibles aristas en juego que entran en tensión, que se convierten en hipótesis de esta investigación: la beneficencia desde la conciencia del profesional que objeta y la beneficencia colateral desde la persona que no recibe la atención del profesional objetor. Por que, en lo que concierne al presente trabajo, el foco se centra en la posibilidad de pensar que, la objeción de conciencia, puede ser utilizada como herramienta que busca la beneficencia ante un acto médico contrario a la voluntad del paciente, y, por esta razón, se analizan estas aristas, y no se ahonda en la dicotomía de los derechos del objetor y derechos del usuario de salud.

En el primer caso, el profesional utiliza su autonomía para objetar conciencia como concreta manifestación de la libertad de conciencia, consistente en negarse a intervenir (ejecutar, participar, soportar y aun presenciar) en un hecho o acto de cualquier índole que violente las convicciones éticas y/o las creencias propias, respecto a un acto que se considere disvalioso en su multiplicidad de sentidos. En definitiva, a la

autonomía moral. En su concepción ética respecto a lo que es bueno, el acto que estaría obligado a ejecutar contiene elementos que considera malos, tanto para sí mismo, como para el tercero en juego.

Para poder comprender un poco más la idea, veamos un ejemplo:

Cuando un médico se rehúsa a practicar un aborto (más allá de si es un aborto punible o no), no solo se rehúsa porque considera que él no debiese realizarlo. Se rehúsa, y objeta conciencia, porque en realidad considera el acto de abortar como un acto malo en sí mismo, tanto para él como para la paciente que lo solicita. Las construcciones éticas respecto a lo que

consideramos bueno o malo siempre están ceñidas a subjetividades epocales y de espacio, planteadas dentro de contextos sociales que analizan ciertos actos no para sí mismos, sino para la otredad, una ética de mínimos para asegurar la convivencia ética en una sociedad. Y, en este ejemplo en particular, el objetor no intenta trasladar su conciencia a la del usuario de salud, si no que, en su entendimiento de la realidad y de las concepciones de lo bueno o lo malo, considera que lo que es malo para él, es malo para los demás, sin buscar, en la mayoría de los casos, que el otro cambie de parecer. Otro ejemplo de esto es cómo, siguiendo con el ejemplo del aborto, muchas de las mujeres que reclamaban la legalización de la Interrupción Voluntaria del Embarazo (en Argentina), nunca se practicarían uno, pero reclamaban en tanto era lícito para la beneficencia del colectivo mujeres y personas gestantes. Aun así, se tiene que poder analizar a fondo, y de forma particular, cómo se ve respetada y afectada la beneficencia en nombre del todo como principio ante casos que generen objeción de conciencia aun en

una minoría.

En el segundo caso, y continuando la idea anterior, pareciera que hay paradójicamente una suerte de “beneficencia” en el paciente que no recibe una prestación médico asistencial en consecuencia de la objeción del profesional, cuestión esta última que podría mellar con un acto de irresponsabilidad jurídica por abandono de persona si no se toman ciertos recaudos, recordando que para acogerse a este derecho es imperioso saber que:

Toda/o profesional de la salud tiene derecho a ejercer la objeción de conciencia con respecto a la práctica del aborto no punible, siempre y cuando no se traduzca en la dilación, retardo o impedimento para el acceso a esta práctica médica. La objeción de conciencia es siempre individual y no institucional [...] En caso de que un/una profesional de la salud desee ejercer su derecho a la objeción de conciencia, deberá notificar su voluntad por escrito a las autoridades del establecimiento de salud en el que se desempeñe; es decir que sólo podrá ejercerlo cuando se haya declarado y notificado previamente a las autoridades pertinentes. Los profesionales objetores, aunque hayan notificado previamente su voluntad, están obligados a cumplir con el deber de informar a la mujer sobre su derecho a acceder a una (ILE), si constatan alguna de las causales que lo justifican. En ese caso el profesional debe remitirla inmediatamente a un profesional no objetor para que continúe la atención. De no existir alguien encuadrado en esa categoría, debe

realizar la interrupción; es decir que no puede invocar su objeción para eludir el deber de participar de un procedimiento de (ILE)».

(Gómez Haiss, 2019)

Como lo plantea Sánchez Jacob (2007, p. 26), “el "bien" para el objetor es lo que le dicta su conciencia, que puede entrar en colisión con el “bien” del paciente”. Esto refleja que, como ya se mencionó, los discursos y sus prácticas sociales cuando brotan como fuentes individuales de argumentación adopten concepciones de aquello que se considere bueno y malo, pudiendo disputarse en casos de objeción de conciencia la dirección del sentido moral de la cuestión que se objeta.

Cuando comenzó a emerger el concepto de objeción de conciencia en áreas diferentes al cuidado de la salud humana, un caso paradigmático fue el relacionado con el servicio militar obligatorio⁵. Este “servicio a la patria” no suscitaba de una forma tan perceptible la posibilidad de a quién objetar, ya que ese “otro” que obligaba a hacerlo y cumplir con la obligación del servicio era nada menos que el Estado, un Leviatán difícil de contradecir. En otras naciones (España, Francia, Italia, por ejemplo), se les permitía a las personas que debían cumplir con este deber cívico objetar, y a cambio de dicha acción, se les obligaba a realizar otro tipo de trabajos comunitarios. Dentro del campo de la salud, siempre que hay un objetor, hay una persona concreta que se abstiene

⁵ El servicio militar obligatorio fue la instrucción militar obligatoria que debían cumplir los hombres de entre los dieciocho y veintiún años de edad en la Argentina, estuvo activo desde 1901 hasta 1994. En 1994, fue desaparecido el concripto Omar Carrasco, que cumplía servicio en el Grupo de Artillería 161 del Ejército Argentino. Su cuerpo fue encontrado un mes después en el cuartel. Al descubrirse y difundirse que Carrasco había sido víctima de torturas, la institución recibió críticas de vasto alcance y, frente a ello, el entonces presidente Carlos Menem puso fin al servicio militar obligatorio en la Argentina el 31 de agosto de 1994.

abrigándose en el derecho, y otra que pudiéndose ver damnificada puede apelar y conseguir aquello que a prima facie se le negó. Pero en el ejemplo citado, la omnipresencia del Estado hacía imposible, por lo menos en Argentina, objetar no prestar un servicio militar obligatorio. El derecho a la libertad de conciencia estuvo ausente.

3.3 Objeción de conciencia y Principio de No Maleficencia

La No Maleficencia, como contrapartida negativa al principio desarrollado previamente, “consiste en el respeto de la integridad del ser humano (...)” (Gómez Sánchez, 2009, p. 1), o el “No dañar” (Amaro Cano et al, 1996, p. 5), y es básicamente el evitar que el paciente sufra un daño como consecuencia de un acto médico (cuando decimos médico, nos ceñimos a las diferentes disciplinas de las ciencias de la salud que directa e indirectamente intervienen en el cuidado de la salud humana). Si bien puede parecer un principio obvio, especialmente si lo contrastamos con la máxima médica *primum non nocere*, es necesario recalcar que los profesionales de la salud no solo deben buscar hacer el bien por sus pacientes, sino que también tienen que buscar el no provocarles un mal.

Es en este caso en particular donde se pueden encontrar un caudal de posibles argumentos que se opongan a la objeción de conciencia, ya que, en determinados casos, aquellos sobre los cuales se objetó conciencia pueden esgrimir la idea de que se les está haciendo daño. Es por eso que, en la mayoría de las legislaciones para profesionales de la salud, se cubre este punto con la necesidad de derivar con otro profesional no objetor, y así, evitar generar un daño a un tercero.

3.4 Objeción de conciencia y Principio de Justicia Distributiva

Por último, nos ocuparemos del principio bioético de justicia, al que se lo define como “el tratamiento equitativo y apropiado a la luz de lo que es debido a una persona” (Beauchamp & Childress, en Siurana Aparisi, 2010, p. 127) y “preconiza que personas iguales deben recibir un tratamiento igual” (Salas Perea, 1996). En base a esta definición, y en relación con lo planteado en capítulos anteriores, es que se considera que, para que se pueda respetar de forma plena el derecho a la objeción de conciencia, los encargados de trazar las leyes deben tener en cuenta la posibilidad de acceso a determinados servicios que esas leyes garantizan, tomando en consideración la existencia explícita de objetores de conciencia. En respuesta a esto fue que, por ejemplo, al tratarse el tema de la legalización de la Interrupción Voluntaria del Embarazo en Argentina, se consideró necesaria la creación de un listado de profesionales médicos objetores, con el fin de poder asegurar que, en todas las instituciones donde se fuera a realizar dicha práctica, hubiese disponibilidad de médicos no objetores.

Ahora bien, como se ha planteado, la idea de la objeción de conciencia como factor protector de las conciencias individuales de los profesionales del área de la salud debiese poder encontrar un equilibrio en el que se puedan respetar las libertades de conciencia y, aun así, respetar los derechos de terceros que se pudiesen ver afectados.

Y en base a lo planteado como eje central de esta investigación, debemos tener en cuenta que, así como los profesionales gozan de la

garantía que les proveen los principios de la bioética y toda norma debe buscar el respeto de las mismas, también los pacientes son merecedores de estos recursos bioéticos a modo de caución al derecho a la salud y a decidir en ella. ¿Pero qué ocurre cuando un paciente no puede reclamar o defender el respeto de esos principios? ¿Qué ocurre cuando no hay familiares para que puedan hablar por ese paciente? ¿Es en caso de un accidente, donde todo paciente debe ser tratado con la mayor urgencia posible, el momento en que los principios del paciente son puestos de lado para sostener la premisa de que toda vida debe ser salvada en vez de que los profesionales de la salud deban buscar la mejor calidad de vida para el paciente?

En el trabajo cotidiano de cualquier nosocomio, los pacientes tienen diferentes formas de transiciones desde y a lo largo de su estadía nosocomial. Algunos ingresan por el servicio de emergencias médicas, otros de forma ambulatoria para una cirugía programada e, incluso, algunos lo hacen desde los consultorios, cuando una simple consulta reveló la necesidad de un diagnóstico y tratamiento que requiere de internación y que hace imposible su resolución de manera ambulatoria. Algunos pacientes están horas en la institución; otros días; otros semanas; y algunos otros hasta meses. Durante todo ese tiempo, se crean lazos y relaciones entre los pacientes y el personal de la institución. Lazos tan fuertes que, en muchos casos, adquieren un nivel de empatía muy grande. Y, en la mayoría de los casos, esas relaciones se intensifican, se ajustan, como una red interpersonal

con el personal de enfermería que, debido a la carga horaria⁶ y sus sistemas de rotación, son los que más tiempo pasan junto al paciente. Citando a Mejía Lopera (2008), podemos hablar del significado del cuidado de enfermería en pacientes crónicos, el cual es caracterizado como amable y familiar, y que brindó confort durante la hospitalización y les hizo mantener expectativas respecto a su recuperación.

Es en este reconocimiento del paciente y su relación con el personal de enfermería que cabe preguntarnos si, en caso de que el paciente no pueda hacer valer sus derechos porque su condición clínica no se lo permite, y en caso de urgencia, no hubiese ningún familiar disponible, el profesional enfermero *¿no debiese asumir el rol de abogado del paciente y representarlo a fin de que se sigan sus directivas respecto a tratamiento y final de la vida?*

Es aquí donde, entendiendo el ejercicio de la enfermería no solo como una valiosa disciplina científica, sino desde un punto de vista epistemológicamente ampliado, la enfermería debiese cuidar, en el sentido extenso del concepto, y en caso de ser necesario, el dilema de objetar conciencia a la realización de un determinado procedimiento, pero no con el

⁶ “Se establecen tres categorías de necesidades de cuidado que van de la categoría I, en donde la persona es capaz de cuidarse a sí mismo y demanda en promedio de 1 a 2 horas de cuidado directo más 15 minutos para educación; la categoría II, en donde la persona requiere ayuda para su cuidado, apoyo en alimentación, oxigenación, etc, exige en promedio entre 3 y 5 horas de cuidado directo y 30 minutos para educación; y la categoría III, en la cual la persona requiere de atención intensiva o total que exige observación continuada y requiere de 6 a 8 horas de atención directa y 30 minutos adicionales por persona (Zander, 1991)”. Fuente: Zárate Grajales, Rosa A.. (2004). La Gestión del Cuidado de Enfermería. *Index de Enfermería*, 13(44-45), 42-46. Recuperado en 15 de febrero de 2021, de http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1132-12962004000100009&lng=es&tlng=es

fin de proteger la conciencia propia, sino ahora aquella que fue compartida por el paciente y que no puede ser expresada.

Capítulo 4

4. Principales Manifestaciones de la Objeción de Conciencia



Ilustración 5 - Los insumisos

“La abolición del servicio militar obligatorio en España se debió al fuerte apoyo de un movimiento de insumisión y de objeción de conciencia, solo comparable con Alemania. La consecuencia fue la profesionalización de las FFAA y que las nuevas generaciones de jóvenes no perdiesen muchos meses de sus vidas de forma gratuita al servicio del ejército. Si se quiere, se puede.

Febrero de 1989 fue un mes clave para el antimilitarismo en el estado español: cincuenta y siete jóvenes se declararon insumisos al Servicio Militar Obligatorio. Hicieron objeción de conciencia. Desde entonces y hasta 2001, fecha en que se abolió el servicio militar obligatorio 1.670 desobedientes pasaron por prisión.”

20 de junio de 2013

Objeción e Insumisión al Ejército: Imágenes de una lucha por la paz (La Historia del MOC)

La desobediencia a la autoridad se ubica en el contexto del conflicto entre gobernante versus gobernados, los cuales se han dado desde que la sociedad se organizó políticamente bajo el mando de una autoridad. En esta primera etapa se hablaba de resistencia ante la ley injusta, de desobediencia a una ley o mandato de autoridad por la necesidad de obedecer leyes superiores no escritas que se le oponen. En estos casos, aunque era la conciencia personal la que en definitiva oponía la resistencia, no se invoca la libertad de conciencia

para justificar la desobediencia, sino la injusticia intrínseca del mandato de autoridad, por su oposición a una ley superior no escrita, o escrita en los corazones humanos.

En cambio, la objeción de conciencia, entendida como derecho subjetivo, aparece a partir del siglo XVI, con la reforma protestante en materia religiosa y con la “modernidad” en materia filosófica, proponiéndose el concepto de libertad de conciencia como un derecho frente a la autoridad político-religiosa, que reúne ambos campos. Nos encontramos con que el pensamiento moderno aporta una concepción subjetiva del derecho natural y de los derechos de libertad, que por ese entonces comienzan a gestarse. La diferencia con la noción de desobediencia a la autoridad de épocas anteriores radica en que esta se apoyaba no en criterios subjetivos, sino objetivos: éticos o religiosos; por ello no le llamamos propiamente objeción de conciencia. La desobediencia partía de una concepción objetiva de la justicia, de la moral y de la religión. No se consideraba que el individuo pudiera tener sus propias leyes o normas morales o religiosas, ya que estas siempre le venían de fuera, y su conciencia era una facultad intelectual que le permitía conocer y aplicar a los casos particulares las normas jurídicas, morales y religiosas, que existían independientemente de que el sujeto las conociese. Con la objeción de conciencia se registra un cambio en la concepción de la conciencia: pasa de ser juez a ser legisladora.

El abandono de la clandestinidad y su reconocimiento jurídico por el desarrollo de los derechos humanos es considerado una tercera etapa del concepto en estudio. La noción jurídica de objeción de conciencia abre la

puerta para que la autoridad admita y reconozca, en ciertos casos y bajo ciertas condiciones, el incumplimiento legítimo de un mandato legal por razones de conciencia.

Las ciencias médicas (en cuanto disciplinas varias) no estuvieron al margen de esta evolución, y encarnaron muchas veces la urgente necesidad de legislar la objeción de conciencia, no solo para abrigarse del invierno moral sino del jurídico. A continuación, nos acercaremos a las diferentes formas de objeción propias de la ciencia en cuestión.

4.1. Objeción de Conciencia Académica

En la educación y en especial en su nivel superior universitario y/o no universitario, la objeción de conciencia está tan presente como en la clínica. Este tipo de objeción puede darse en dos extremos diferentes de una misma línea. El primero de ellos es cuando el docente objeta conciencia a la normativa de tener que enseñar determinados contenidos que atentan contra su propia conciencia. En determinadas comunidades creacionistas, años atrás, la mayoría de los casos de objeción de conciencia estaban asociados a los conceptos de evolución versus creacionismo. En la actualidad, los temas que concentran el mayor caudal de reclamos están relacionados con la educación sexual integral (Minuto Neuquén, 2018). En cualquiera de los casos, los docentes consideran que el dictar un determinado tema en clase, el cual consideran inapropiado o que se muestra disvalioso según sus creencias, atenta contra su libertad de conciencia, y es por eso que invocan la objeción de conciencia a fin de excusarse de cumplir con dicha obligación.

El otro extremo donde se puede percibir casos de objeción de conciencia dentro de la educación, pero quizás más intensificado en los niveles primario y secundario, está relacionado con padres que, asumiendo la natural tutela de los hijos, objetan conciencia respecto a los contenidos que sus hijos reciben en la escuela, o a la forma en la que son impartidos. Se pueden citar como ejemplos los presentados por Andrés Krom (2018) en su nota “La educación sexual abre una nueva grieta entre los padres”, Osvaldo Biaggiotti (2020) en “La ESI como un campo de disputas en la educación argentina” o Mariana Otero (2018) en “Qué dicen las cartas de los padres que rechazan la educación sexual”, donde se lee:

Como padre en ejercicio de mis derechos y mis deberes de responsabilidad parental del alumno (nombre del estudiante) (...) no reconozco ni consiento que se enseñe a mi hijo/a ideas relacionadas con la ideología de género o perspectiva de género u otras posturas en lo concerniente a educación sexual que no coincidan con mis convicciones o creencias, garantizándose así la libertad de educación, tal como lo proclama la Declaración Universal por los Derechos Humanos. (parr. 3)

Sobre esta arista en particular, García y Palacios (2018) analizan cómo el derecho a la educación de los niños colisiona con el derecho de los padres o tutores a educar a sus hijos bajo sus propias creencias y convicciones y termina encontrando que, luego de un análisis pormenorizado del derecho comparado en Estados Unidos, Canadá, España

y Jurisprudencia de Estrasburgo, siempre se termina favoreciendo la voluntad o conciencia de los padres.

4.2. Objeción de Conciencia Científica

A nivel científico, concebido bajo la concepción kuhneana de la ciencia como la búsqueda de la verdad bajo el abrigo de la historia interna y externa propias, la objeción de conciencia puede presentarse ante casos en los que los investigadores o desarrolladores ven afectadas sus propias convicciones respecto al direccionamiento que van recibiendo sus avances, o los posibles usos para los que se intenta aplicar la ciencia que están desarrollando. Ejemplos de esto pueden estar relacionados con eugenesia, tratamiento químico de agrocultivos, clonación, o daño al medio ambiente. Una reflexión que nos parece interesante respecto a este tema, es la planteada por Navarro Valls (1996), en la que considera a la objeción de conciencia científica como el indicador de “aquellos caminos compatibles con la conciencia que la misma ciencia descubre” (párr. 10).

El rápido progreso de la ciencia como empresa científica y la tecnología como su producto más evidente han hecho surgir varias cuestiones éticas de importancia que deben tenerse en cuenta a la hora de evaluar los avances en la ciencia (sean de las disciplinas que sean) y la tecnología. Así mismo, hay que abordar las preocupaciones públicas para evitar que se cree un entorno hostil alrededor de la innovación científica y tecnológica.

Las relaciones entre ciencia y ética han sido objeto de innumerables estudios y comentarios. Sin embargo, se echa en falta un análisis preciso sobre el alcance y límites de la responsabilidad moral del investigador científico, y sobre su capacidad para buscar la verdad sin traicionar sus propias convicciones. En un entorno institucional en que los descubrimientos no se deben al talento y al trabajo de figuras aisladas, sino al esfuerzo conjunto de muchos especialistas actuando en equipo, y cuando el origen y fines de la financiación de los proyectos científicos es una cuestión crucial, es importante poner sobre la mesa el tema de la libertad del científico no solo para hacer ciencia, sino para objetar a la ciencia.

Esta libertad no supone que el investigador pueda desligarse de las exigencias metodológicas que rigen la actividad científica: en concreto, de la revisión crítica de todos sus procesos. Nos referimos aquí a la libertad que el científico opone a realidades como la opresión, el dogma, la intolerancia, la opresión, el crimen o el privilegio, elementos todos ellos que pueden aparecer en el momento de la selección de los problemas a abordar o en el momento de la valoración y aplicación de los resultados.

Si exigimos responsabilidad ética al investigador, si nos parece rechazable que aporte su talento para la consecución de fines espurios o criminales, si ponemos en cuestión la mercantilización de la ciencia, la contrapartida lógica debería consistir en garantizar su libertad de opción a la hora de embarcarse en uno u otro proyecto científico. En última instancia, se trata de hacer posible que la ciencia que hace el investigador esté en función directa con lo que este piensa.

4.3. Objeción de Conciencia en la Medicina

Si bien de la objeción médica ya hemos hablado previamente, vamos a mencionar nuevamente algunos de los casos más comunes en los que se manifiesta el uso de la objeción de conciencia por parte del personal médico. Ya se mencionó el ejemplo del personal médico que objeta conciencia a atender a un paciente testigo de Jehová que rechazó una transfusión sanguínea como parte del tratamiento. Como ya se dijo, si bien este es uno de los ejemplos más comunes, en la mayoría de los casos no es una objeción de conciencia en sí, sino como plantea Seoane (2009) una pseudo-objeción⁷, ya que la decisión del paciente no afecta directamente la conciencia del médico, sino que lo coloca en la posición de simplemente no querer atenderlo, porque no acepta su forma de hacerlo (existen, en algunos casos específicos, tratamientos alternativos a la transfusión sanguínea).

Otros espacios en donde se intensifican y suscitan la aparición de casos de objeción de conciencia son aquellos relacionados con las áreas medicas que más se acercan al comienzo y el final de la vida, servicios obstétricos, cuidados intensivos de adultos y niños, neonatología y en investigación básica, temas como la eugenesia, el aborto, el suicidio asistido y la eutanasia son clásicos que aún siguen requiriendo y generando atención.

⁷ Según Seoane (2009), la pseudo-objeción de conciencia se da cuando el médico o el profesional de la salud no objeta sobre un hecho en sí, sino en la decisión autónoma tomada por el paciente. “La falsa objeción o pseudo-objeción de conciencia podría originar la imposición de los valores y creencias personales del médico o de una interpretación personal y equivocada de los valores profesionales” (Seoane, 2009, p. 12).

Todas estas temáticas están atravesadas por innumerables aristas en la que se ven en juego muchos valores, creencias y convicciones. En lo particular, se considera extremadamente difícil poder legislar sobre aspectos en los que elementos tan subjetivos como las creencias tienen tanto peso, especialmente en el ideario popular.

En todos estos casos, y tomando como ejemplo el caso del aborto, legalizado recientemente en nuestro país, la objeción de conciencia pasa a tener una mirada negativa, tanto por parte de la sociedad, como por parte de grupos intelectuales. Un ejemplo muy claro de esto es el trabajo ya mencionado previamente de Alegre (2009), en el que plantea que, contrario a todo lo que se ha desarrollado en el transcurso del presente trabajo, la objeción de conciencia no sería una herramienta de la persona para guarecer lo más íntimo que tiene, que es su libertad de conciencia, sino más bien una herramienta para oprimir a la sociedad y obligarla a que piense como uno. En el trabajo de Alegre, también podemos ver reducido el rol del profesional de la salud a una simple herramienta del sistema que tiene que esperar a ser utilizada en base a lo que las nuevas legislaciones promulguen. El profesional, al momento de convertirse en tal, abandonaría por completo su capacidad de ser una persona con conciencia para convertirse en un ejecutor de lo demandado por la sociedad. Si no está de acuerdo con lo que plantea la ley, no puede ser profesional, ya que al serlo, tendría una obligación a ser usado como la sociedad lo desee.

No es irrazonable imponer como parte de las obligaciones profesionales la exclusión de la objeción de conciencia en el

ejercicio de la profesión, cuando por vía de la objeción se ponen en riesgo valores como la vida y la salud de terceros, o el disfrute de importantes derechos constitucionales y/o legales. (Alegre, 2009, p. 11)

Para Alegre (2009), en algunos casos, la objeción de conciencia en el médico no debiese ser completamente absoluta, sino que se tiene que poder buscar ciertas garantías para intentar proteger siempre al más débil. La objeción de conciencia debe cuidar la conciencia del que objeta, pero no puede desamparar al tercero que solicitaba/necesitaba de dicha acción. Se tienen que crear mecanismos para que ninguna persona se vea obligada y, por ende, ultrajada en su conciencia, pero que exista alguien con valores o creencias diferentes que no objete realizar una determinada acción.

Otro ejemplo de este posicionamiento es el expuesto por Santoro (2020), en la nota de Página 12 *Aborto Legal: ¿Qué es la objeción de conciencia?*, donde plantea, en base a la entrevista realizada a Luna y Deza, que “los médicos no tienen una obligación de, por ejemplo, ejercer ginecología u obstetricia, es una actividad voluntaria; la medicina es un monopolio regulado, hay toda una asimetría que juega en favor de médicos y médicas” (parr. 5), y que muchas veces la objeción de conciencia es usada “como un arma en contra de la mujer. No hay una objeción real, se busca entorpecer, no se dan opciones, eso es lo que sucede” (parr. 6).

También, y solo a modo de reflexión final, creemos necesario plantear una situación que si bien es hipotética, no estaría muy alejada de la

realidad, en base a hechos acontecidos en nuestro país en el año 2018 y a finales del 2020⁸. *¿Qué ocurriría si, ante la promulgación de una ley, todos los obligados a realizar un determinado acto, objetaran contra la misma? ¿Qué ocurriría si no existiese la garantía de que algún no objetor pudiese ocupar el lugar del objetor y realizar determinado acto? ¿Se obligaría a que todos los objetores ultrajen su conciencia, con el riesgo para la salud mental de los trabajadores que esta acción implicaría? ¿O se vería, de repente, una metamorfosis de la objeción de conciencia a un acto de desobediencia civil, en el que, quienes promulgaron dicha ley, se tuviesen que replantear la legitimidad de la misma? Si no hay herramientas, parafraseando a Alegre, ¿quiénes realizarían el trabajo?*

4.4. Objeción de Conciencia Enfermera

Ya sea desde el análisis hecho por Pocino Campayo (2015), Leyva-Moral (2008) o los casos planteados por García Guillén (2015), la enfermería como profesión y la enfermera como profesional, han sido vistas desde un enfoque auxiliar al resto de las ciencias de la salud, sin un cuerpo estable de conocimientos propios y, por sobre todo, como una figura sumisa, tercerizada al servicio de otras profesiones, cuya mejor virtud pareciera que es la de guardar silencio. Ya en 1953, se creaba como un estandarte cuasi universal la imagen de la enfermera representada por un rostro, pidiendo silencio. Si bien los creadores de la fotografía original resaltan que el rostro

⁸ Todos los acontecimientos relacionados con la sanción de la ley de interrupción voluntaria del embarazo, donde se pudieron observar las grandes manifestaciones de movimientos “provida” y los casos de “objeción institucional” que se vieron, por ejemplo, en Córdoba, a posterior de la sanción de la ley.

elegido era “[...] distinto, suave, armoniosa, de mirada dulce [...] autoritariamente dulce” (Infobae, 2017), y que buscaba simplemente ser una ayuda gráfica para lograr el silencio en las salas de espera, marcó durante mucho tiempo, y aún en la actualidad, una inoportuna valoración de lo que se podía esperar de una enfermera: el silencio, su silencio.

El silencio, como tal, tiene dos caras. El silencio puede ser calma, paz, armonía, tranquilidad o también puede ser secretos, miedo y sumisión. El silencio puede provenir de que no hay más nada que decir, o que lo que se tiene que decir no puede ser dicho sin crear problemas. El silencio, en la enfermería, ha sido uno de los más grandes flagelos que la profesión ha tenido. El silencio no era enseñado en la academia, pero aun así en las aulas donde las convergencias dilemáticas entre problemas éticos y técnicos hacían mella, estos nunca eran expuestos o analizados. El silencio siempre era enseñado en los pasillos de los hospitales, clínicas o sanatorios, el presentismo del vacío de la palabra y la conciencia no se cuestionaba.

Los novatos de la disciplina enfermera se llenaban de incertidumbre, ira, miedo, y todo era resuelto guardando el debido juramento de lealtad al servicio médico que Florence Nightingale había decretado. Las enfermeras con muchos años, habían aprendido a manejar con cierta cintura profesional los atolladeros de la profesión para que su vida y su trabajo fuesen más llevaderos.

Ya lo dijeron Simon y Garfunkel en su canción *El Sonido del silencio* (1964) *el silencio, como el cáncer, crece*. Y en la disciplina

enfermera vemos como claramente esa es una gran verdad. El silencio creció tanto y tanto durante todos estos años que, aún más de 100 años después del comienzo de la enfermería como profesión, no puede deshacerse de ese velo de inferioridad que tanto la ha caracterizado frente a otras disciplinas. Citando a Nowicki (2015), podemos mencionar la influencia del modelo médico hegemónico como factor influyente en la disminución del rol profesional de la enfermera dentro del equipo de salud:

[...] la Enfermería presenta algunas dificultades para hacer visible su servicio profesional tanto internamente en la profesión como externamente en su quehacer cotidiano frente a la sociedad. Al sumergirse en las organizaciones sanitarias, su identidad profesional queda opacada por el modelo médico imperante, situación que actúa produciendo un quiebre entre la teoría, en la que se desarrollan los fundamentos propios de la disciplina, y la práctica clínica, donde se aplica aquello que se considera significativo para los profesionales, pacientes y viceversa. Los planes de atención aprehendidos en la formación académica quedan únicamente en ese ámbito, ya que la orientación instrumental es la que domina en la práctica.

Actualmente el rol de enfermero gira en torno al desarrollo de procedimientos o acciones de salud con enfoque curativo. Ello hace que tienda a “mantenerse desarrollando procedimientos más que pensando, resolviendo problemas y reflexionando. (p.6)

Enfermería poco ejerció la objeción de conciencia, o bien porque nunca pensó que los enfermeros pudiesen objetar o quizás porque lo

consideraba inapropiado si otros no lo hacían primero. Para Alegre (2009), la enfermería son meras herramientas en el área de la salud, quizás por ello la objeción de conciencia no tenga el espacio que otros derechos sí tuvieron.

Y es por eso que creemos que el presente trabajo abre un espacio para la reflexión de viejos debates con nuevas perspectivas. La objeción de conciencia debe ser una herramienta/derecho que se debe aprender a usar para proteger la conciencia de quien la demanda frente a disvalores que entrañan conflictos con nuestra moral pero también con la complicidad implícita derivada del trabajo con otros profesionales, y por qué no la conciencia de nuestros pacientes que, muchas veces, no tienen en quién depositarla y nos convierten en sus portavoces.

4.4.1. Enfermería y Paradigmas. Autonomía y Roles

Analizar algunos de los modelos y teorías de enfermería que definen la ontología y la epistemología de la disciplina ayuda a comprender no solo qué es la enfermería sino, mucho más valioso aún, cuál dirección y sentido tomará la profesión en el futuro. Poder vislumbrar el horizonte de posibilidades de la enfermería es también objetivo de esta investigación.

La primera teórica a tener en cuenta será Florence Nightingale, considerada la madre de la enfermería moderna, quien, si bien reducía el rol de la enfermera a una extensión del rol de la mujer, fue la primera en considerar el rol activo que la trabajadora debía cumplir en el cuidado del enfermo para no solo recuperar su salud cuando la hubiera perdido, sino también para mantenerla (Alligood, 2015). Además, comenzó a forjarse la

idea del trabajo independiente de la enfermera como parte de su rol profesional, siendo esta la encargada de procurar el mejor ambiente para brindar el mejor cuidado a sus pacientes (Nightingale, 1969). A su vez, se destaca que, en su principal obra *Notas de Enfermería* publicado en 1859, ella realizó una importante diferenciación entre una cuidadora y una persona formada para brindar cuidados, conceptos que hoy en día siguen siendo, lastimosamente, confundidos. Además, parafraseando a Pfettscher (en Alligood, 2015), Nightingale no se centró en las actividades prácticas que las enfermeras debían realizar. Más bien se centró en el compromiso que la enfermera debía cumplir para desarrollar su rol de la forma más eficiente. Es por esto que se considera importante destacar que, dentro de las principales premisas que plantea la filosofía de Nightingale, se habla de que la enfermería consiste en ser responsable de la salud de otra persona (Pfettscher, en Alligood, 2015).

También se citará el trabajo de Watson (1979) para poder seguir desarrollando algunos conceptos que se consideran de suma importancia. Dentro de sus postulados, esta enfermera plantea que las profesionales tienen que desarrollar 10 factores de cuidados. De ellos, se resaltan la formación de un sistema humanístico-altruista de valores; el desarrollo de una relación de ayuda-confianza (que implica coherencia, empatía, acogida no posesiva y comunicación eficaz (Watson, 1979)); y el uso sistemático del método científico de solución de problemas para la toma de decisiones (que ayuda a disipar la idea de la enfermera como ayudante del médico) (Watson, 1979, en Alligood, 2015, p. 84). De este trabajo, además se rescata una

premisa que plantea que “El compromiso moral, la intencionalidad y la conciencia caritas por la enfermera protegen, fomentan y potencian la dignidad humana, la integridad y la curación, permitiendo a la persona, por tanto, crear o cocrear su propio significado de la existencia” (Jesse y Alligood, en Alligood, 2015, p.85).

Todo esto demuestra el rol fundamental, independiente y comprometido que la enfermera tiene que asumir para poder cuidar al otro como fin último. También se destaca la definición que realiza Watson de la enfermería, donde dice que la profesión consiste en “conocimiento, pensamiento, valores, filosofía, compromiso y acción, con cierto grado de pasión” (Jesse y Alligood, en Alligood, 2015, p.85).

Así también, se va a rescatar la definición planteada por Marilyn Ann Ray (en Alligood, 2015), respecto al cuidado espiritual-ético, considerado este como una de las formas de cuidado que brinda la enfermera. Esta teorista plantea que:

[...] los imperativos éticos del cuidado se asocian al aspecto espiritual y están relacionados con nuestras obligaciones morales hacia los demás. Esto significa no tratar nunca a las personas como un medio para obtener un fin, sino como seres que tienen la capacidad de tomar decisiones. El cuidado espiritual-ético en enfermería se centra en facilitar las elecciones para el bien de los demás. (Ray, 1989, 1997, 2010, por Coffman, en Alligood, 2015, p.100)

Es en base a esto que podemos ver la importancia de poder conocer las decisiones de nuestro paciente y asumir la responsabilidad de mediar por él, cuando este es incapaz de decidir o de comunicar sus decisiones.

Además, se va a mencionar la Filosofía de la asistencia, formulada por Kari Martinsen. En esta, se plantea un concepto denominado “profesionalismo orientado a la persona”, que se manifiesta de la siguiente manera:

[...] enfrenta la competencia profesional y la humanidad en una reciprocidad benevolente, reunida en una experiencia básica común de protección y cuidado de la vida... Exige un compromiso en lo que hacemos, de modo que uno quiere dedicar parte de uno mismo al otro y, asimismo, está obligado a hacer lo mejor posible por la persona a la que debe ayudar, vigilar o cuidar. (Alvsvåg, en Alligood, 2015, p. 149)

Una vez más, se resalta el rol ampliado de la enfermería, haciendo especial hincapié en la obligación moral inherente al rol que se ocupa: hacer lo mejor por el otro, y protegerlo.

Otra autora que se citará es Betty Neuman, y su *Modelo de Sistemas*, en el que ella plantea que la enfermera debe cuidar a la persona en su totalidad (Neuman, 1982, en Alligood, 2015). Lo que cabe destacar de este modelo teórico, es que también se resalta la importancia de la percepción de la enfermera y cómo esta influye en el cuidado brindado, por lo que tanto el campo perceptivo del cuidador y del paciente deben valorarse (Neuman,

1995, en Alligood, 2015). Otro aspecto a tener en cuenta en esta teoría es la ampliación de la definición de paciente a no solo una persona individual, sino a una familia, grupo, comunidad o un problema social (Lawson, en Alligood, 2015, p. 276). Todos estos aspectos resultan interesantes al momento de analizar el rol de la enfermera al cuidado del paciente y cómo pensamos, eventualmente, la objeción de conciencia respecto a determinados procedimientos, enmarcados en situaciones específicas.

Se hará mención también del Modelo del Sistema Conductual, de Dorothy Johnson, en el que se define al objetivo de la profesión como la mantención y la restauración del equilibrio y la estabilidad del sistema conductual de la persona, o ayudar a la persona a que consiga un nivel óptimo de equilibrio. Se considera a la enfermería como una ayuda externa que actúa proporcionando herramientas al paciente o ejecutando ciertas acciones por este, hasta que pueda restaurarse el equilibrio en su sistema conductual (Holaday, en Alligood, 2015). Esta teoría es elegida a fin de fundamentar la idea de que la enfermería, como profesión, busca ser sostén del paciente respecto a su posibilidad de tomar decisiones cuando este no puede, y que solo buscaría ser un reemplazo momentáneo o transitorio de su voluntad, hasta que la persona recuperase su capacidad o voluntad para tomar decisiones respecto a sí mismo. Como un agregado, esta autora también hace referencia a que las actividades de la enfermera no dependen de la autoridad médica, sino que son complementarias unas con otras (Holaday, en Alligood, 2015); esto se menciona simplemente para hacer referencia a que la enfermería tiene poder y capacidad para plantear sus

propias acciones, y que no solo depende de prescripciones hechas por otros profesionales.

De la teoría de Leininger, *Teoría de la diversidad y de la universalidad de los cuidados culturales*, se tomarán como conceptos principales la idea de que los cuidados culturales "son vitales para el bienestar, la salud, el crecimiento y la supervivencia" (McFarland, en Alligood 2015, p.409). Además, para completar la idea, se mencionará que Leininger considera a los cuidados como la esencia básica de la enfermería y que estos constituyen un objetivo distintivo, dominante, primordial y unificador (McFarland, en Alligood, 2015). El objeto de trabajar con esta teoría es poder vislumbrar cómo, mediante los procesos transculturales que realice la enfermera a cargo de los pacientes, puede esta entender y comprender ciertos mecanismos e interpretaciones que realiza dicho paciente en base a la cultura que lo circunscribe y que lo hacen tomar (o dejar de tomar) ciertas decisiones respecto a su salud. Es en estos casos en que el profesional enfermero tiene que poder buscar que se respete la autonomía del paciente, y se hagan valer sus derechos, velando como intermediaria entre este y la institución de salud o demás profesionales.

Una de las teorías más adecuadas para el presente trabajo es la que se presentará a continuación. En ella, se recogen muchos elementos que se consideran esenciales a la hora de pensar la objeción de conciencia como elemento protector de la salud de nuestros pacientes. La teoría Bioética Sinfonológica, de Husted y Husted (2001) plantea que la enfermera "actúa como un agente del paciente [...] haciendo por el paciente lo que este haría

por sí mismo si pudiera” (Scotto, en Alligood, 2015, p. 508). Es de este concepto que se deriva la idea de que la enfermería, como profesión, no existe sin el vínculo que se crea entre ambas partes: enfermero y paciente. El primero no puede existir si no hay un segundo al cual cuidar. “La responsabilidad ética de la enfermera consiste en promover y reforzar a través de esta interacción las cualidades y habilidades del paciente que sirven a la vida, a la salud y al bienestar de este” (Fedorka y Husted, 2004, en Alligood, 2015, p. 510). Esta teoría alimenta, además, la idea de que el paciente es —y sigue siendo siempre, sin importar su condición— un sujeto de derecho, que solo, en algunos casos, ha perdido la capacidad de tomar decisiones o realizar determinados actos por su propia cuenta, y que la enfermera cumple un rol representativo de este. Es en base a estas ideas que la profesión enfermera podría adquirir, a modo simbólico, el rol de abogado del paciente, representándolo y defendiéndolo del mundo que lo rodea, ya sea frente a normativas, protocolos o procedimientos que se le quisiesen realizar o aplicar, o hasta de profesionales que no comprendan que esa persona atrapada dentro de la imagen del paciente no es de su propiedad para que haga lo que quiera.

Otra teoría que se va a trabajar, para destacar la importancia del rol de la enfermera en el cuidado del paciente y en su representación, es la Teoría de la Incertidumbre frente a la enfermedad, de Mishel (1988, 1990). En esta teoría se hace referencia a cómo afecta la incertidumbre los procesos cognitivos de los pacientes y su capacidad de atravesar enfermedades o situaciones estresantes. Y de esto es que se toma el análisis de la

importancia del profesional de enfermería en el acompañamiento durante los procesos de incertidumbre, buscando disminuir la misma, y que las personas puedan tomar decisiones acertadas, y no influenciadas por sentimientos de angustia, confusión o desesperación. En su teoría, Mishel plantea que “las fuentes de la estructura (autoridad con credibilidad, apoyo social y educación) provocan, de modo directo, una disminución de la incertidumbre al fomentar la interpretación de los hechos e, indirectamente, al favorecer el marco de los estímulos” (Mishel, 1988,1990, en Bailey y Stewart, en Alligood, 2015, p. 543). ¿Cuántas veces hemos escuchado como pacientes, o familiares de pacientes, aceptan tratamientos o procedimientos que no entienden o que implican riesgos que no llegan a medir? La mayoría de las veces, este tipo de decisiones están fundadas en la incertidumbre que les provoca el proceso patológico que están atravesando y no pueden ni tienen la capacidad de elegir lo que en verdad elegirían si tuviesen la información, el tiempo y la capacidad emocional para hacerlo. Es allí donde la enfermera tiene que dar un paso adelante y ayudar a que las decisiones sean tomadas de forma consciente, entendida y autónoma. Una enfermera no debe participar de un ardid en el cual se busca engañar a un paciente o un familiar de un paciente para que acepte la realización de un procedimiento, solo con el fin de que dicho procedimiento sea realizado. Éticamente, la enfermera debe velar por que la incertidumbre sea la menor posible y el paciente pueda gozar de su máximo derecho que es la autonomía.

También es importante agregar a esta lista de fundamentos la teoría propuesta por Barker (1996), titulada “El modelo de la marea en la

recuperación de la salud mental”, que si bien pareciese estar orientada exclusivamente a esta especialidad dentro de la profesión, tiene una conceptualización del trabajo enfermero que merece ser compartida. Barker dice que “la enfermería es un servicio humano ofrecido por un grupo de seres humanos a otros. Existe un poder dinámico en el «arte de cuidar»: una persona tiene la obligación de asistir a la otra” (Barker, 1996, en Brookes, en Alligood, 2015, p. 612). Además, amplía esta definición reforzando la idea de que la enfermera tiene que poder identificar las necesidades del paciente e interpretar estas necesidades, para así poder brindar el cuidado que el otro necesita. Plantea que el objetivo de la enfermería es la “necesidad” (Brookes, en Alligood, 2015, p. 613) y es allí donde la profesión se tiene que parar para pensar los cuidados. Teniendo en cuenta las necesidades del paciente y sus significados para este, poder entender realmente qué es lo que el paciente necesita de nosotros. Junto con la teoría de Barker, aquí se puede mencionar también la Teoría de los Cuidados de Swanson (1991), cuyo enfoque fenomenológico invita a que las enfermeras cuiden desde la interpretación de los pacientes de las necesidades que atraviesan, en vez de cuidar desde la interpretación propia de los enfermeros.

Por último, se nombrará la Teoría de la depresión posparto, de Beck (1993), en el que la autora hace mención que "las relaciones interpersonales entre las enfermeras y las personas a las que cuidan son las principales vías mediante las que estas profesionales alcanzan los objetivos de salud y la sensación de formar parte de un todo” (Maeve, en Alligood, 2015, p. 656).

Con esta cita se busca plantear la idea de que, cuando la enfermera cuida, y cuida de verdad, logra la sensación de plenitud más grande que puede dar la profesión, que es la de saber que se hizo algo por alguien que lo necesitaba.

El objetivo del recorrido teórico que se realizó es demostrar el paradigma hacia el cual se está dirigiendo la enfermería y cómo, al menos desde la teoría, se están creando nuevas formas de pensar la profesión, las cuales promueven la autonomía enfermera y el paso del "silencio" a la visibilización.

Capítulo 5

5. El derecho a la Objeción de Conciencia en la Enfermería de la República Argentina y el derecho comparado con Chile, Brasil y Uruguay y los códigos de ética de las organizaciones profesionales internacionales



Ilustración 6 - Protesta de Enfermeros

*22 de noviembre de 2018
Enfermeros de la Ciudad Autónoma de Buenos Aires se movilizan reclamando el pase a la Carrera Profesional.*

5.1 El derecho a la Objeción de Conciencia en la Enfermería de la República Argentina

El derecho a la objeción de conciencia en la profesión enfermera en la República Argentina se puso de manifiesto por primera vez en la Ley Nacional de Ejercicio Profesional 24.004 (26 de septiembre de 1991. *Boletín Oficial*, 28 de octubre de 1991. *Vigentes. Decreto Reglamentario. Decreto Nacional 2.497/93*). En el art. 9, inciso C de la ley, se lee, como parte de los derechos del

enfermero, el negarse a realizar o colaborar en la ejecución de prácticas que entren en conflicto con sus convicciones religiosas, morales o éticas, en las condiciones que determine la reglamentación, y siempre que ello no resulte un daño inmediato o mediato en el paciente sometido a esa práctica (Honorable Congreso de la Nación Argentina, 1991, p. 4). La reglamentación de dicho artículo reza que:

para gozar del derecho, el profesional o auxiliar de enfermería, deberá justificar su negativa e informar al superior jerárquico con la adecuada anticipación, para que este adopte las medidas de sustitución para que la asistencia de enfermería, no resulte afectada. (Honorable Congreso de la Nación Argentina, 1993, p.8)

Desde su promulgación y reglamentación hace 26 años, la ley de ejercicio profesional nacional no ha reclamado modificaciones algunas, aun cuando el paradigma enfermero en especial y las ciencias médicas en general han cambiado sustancialmente en todo este tiempo no solo en Argentina sino en el mundo. El advenimiento de nuevas formas de prolongar la vida, la eutanasia, la interrupción de la vida por nacer, etc., se muestran como viejos debates, pero sin nuevas perspectivas legales de lidiar con ellos desde la deontología de las leyes profesionales. Las diferentes legislaciones sobre el ejercicio de la enfermería que se acogieron a la ley “madre” nacional 24.004 no muestran cabal diferencia en la apropiación de la objeción de conciencia, pero la provincia de Córdoba es un caso especial.

5.1.1 La objeción de Conciencia en la Provincia de Córdoba

En la provincia de Córdoba, el ejercicio profesional de la enfermería está subyugado a solo cuatro artículos de la ley 6.222, *Ley del Ejercicio De Las Profesiones Y Actividades Relacionadas Con La Salud* (17 de noviembre de 1978), una copia fiel de la ley 17.132, *Ley de Reglas para el ejercicio de la medicina, odontología y actividad de colaboración de las mismas* del año 1967 con alcance en la Capital Federal y Territorio Nacional de Tierra del Fuego, Antártida e Islas del Atlántico Sud de la cual la ley 24.004 migró creando para la enfermería de la ciudad de Buenos Aires y el Territorio Nacional que así lo deseara una autonomía jamás imaginada.

En la presente y vigente ley 6.222, además de las innumerables carencias de derechos, obligaciones y competencias que la aquejan, no hay evidencia ni atisbo alguno relacionado a la objeción de conciencia médica, odontológica ni de ninguna otra ciencia dedicada o relacionada a la salud humana. Además, teniendo en cuenta que es una ley general para todas las profesiones de la salud, y solo los artículos del 36 al 39 son específicos para la profesión de enfermería, es muy fácil ver, al analizar la ley completa, el grado de exclusividad que ha tenido y sigue teniendo (legalmente) el ejercicio de la medicina por sobre el resto de las actividades de colaboración, a las que la ley les atribuye derechos, obligaciones y prohibiciones severamente acotadas.

Los procesos regulatorios tienen su origen en la necesidad de salvaguardar el bienestar de la población. En los Estados modernos, el interés regulatorio está arraigado. El Estado detenta la responsabilidad de verificar las capacidades técnicas y el ejercicio ético de las profesiones y artesanías que

podrían poner en riesgo la seguridad física (ingenieros, gasistas), la propiedad (escribanos, contadores públicos), la libertad (abogados) y la salud de las personas (médicos, enfermeras, etc.). De hecho, tal como sucede en la Argentina, en los países desarrollados una profesión no adquiere su estatus como tal hasta que el Estado lo formaliza a través de su legislación.

Las profesiones del equipo de salud, y en particular la profesión enfermera, han sido objeto de regulaciones tempranas, por lo sensible de sus prestaciones en relación con la vida de los individuos y por su posición en la utilización de los recursos sanitarios, pero siempre al abrigo de la medicina.

Se reconoce para la regulación la necesidad de contar con estándares, que involucran la educación, el comportamiento ético, la competencia, la actuación profesional (performance) y el compromiso, todos ellos alcanzados ya por una enfermería cordobesa que está a la vanguardia no solo en el país, sino que es reconocida en diferentes sociedades científicas.

Por lo tanto, se hace imperioso y urgente que los sistemas de regulación reconozcan que la enfermería de la provincia de Córdoba cumple con los dos componentes fundamentales para que una profesión adhiera a la autonomía que demanda: la regulación externa, entendida como las normas y regulaciones que establece el Estado–gobierno en la materia, y la autorregulación que lleva a cabo la propia profesión, mediante sus códigos de ética y otras normativas de los colegios o consejos legalmente reconocidos (OPS, 2007).

5.2 El Derecho a la Objeción de conciencia en Enfermería. Análisis del derecho comparado

Para poder continuar con el análisis propuesto en este trabajo, se realizará una revisión del derecho comparado, para lo cual se recurrirá a la legislación dedicada al ejercicio de la enfermería en su nivel profesional en los países de Uruguay, Chile y Brasil. Si bien se entiende que los contextos socioculturales son distintos, el poder analizar el estado del arte respecto al derecho a la objeción de conciencia en países vecinos, puede ser una herramienta muy importante para el análisis de la presente investigación en curso.

5.2.1 La objeción de Conciencia en la República Oriental del Uruguay

En la legislación uruguaya, la ley 18.815 es la que regula el ejercicio de la enfermería profesional. Fue sancionada en el año 2011 y reglamentada por el decreto 354/014 en el año 2014. En el artículo 8 de la reglamentación (previamente no incluido en la ley), se encuentra en el inciso E la siguiente leyenda, en referencia a uno de los derechos del personal de enfermería: “Hacer uso de la objeción de conciencia cuando las directivas institucionales permitan procedimientos que puedan vulnerar el respeto a la vida, la dignidad y los derechos de los usuarios” (Presidencia de Uruguay, 2014, parr. 89). Aquí, podemos ver como se le otorga el derecho al enfermero para objetar conciencia, pero solo bajo el supuesto de que se esté vulnerando al usuario, mas no así al profesional. En esta legislación, el concepto de objeción de conciencia tiene ciertos giros que no se condicen con lo que se ha planteado hasta aquí y que, si bien tienen concordancia por parte de lo que se está proponiendo como hipótesis, desatienden la conciencia del profesional y se

centran solo en cuidar la perspectiva paciente. Visión totalmente altruista e instrumentalista de la profesión, que considera que el enfermero solo podrá objetar en caso de que el paciente esté en peligro, mas su conciencia nunca entra en tela de juicio y tiene que aceptar lo que las leyes o médicos prescriban.

5.2.2 La objeción de Conciencia en la República de Chile.

En Chile, la profesión de enfermería está regida por ley desde 1997, en que fue incluida dentro del Código Sanitario, en el inciso 4 del artículo 113. Aun así, todos los aspectos éticos están regulados por el Código de Ética del Colegio de Enfermeros de Chile (1991). En su primer artículo, en el tercer punto, expone que:

la atención de enfermería y la calidad de ella no puede estar limitada por actitudes personales o prejuicios. No obstante, si la naturaleza del problema de salud y el procedimiento a utilizar para resolverlo están en conflicto con las convicciones religiosas, morales o éticas de la enfermera/o puede abstenerse de desempeñar determinadas tareas, siempre que informe oportunamente a su superior jerárquico, para asegurar la atención del enfermo. Si en forma circunstancial o de emergencia debiese participar, tiene la obligación de dar la mejor atención posible. (Federación Panamericana de Profesionales de Enfermería, 1991, p. 1)

En base a lo presentado, vemos que la objeción de conciencia, presentada como un derecho del enfermero, es muy similar a la de la legislación nacional Argentina.

También se considera importante compartir el artículo 3 del mismo código, en el que plantea que:

La Enfermera/o tomará la acción que corresponda si por incompetencia, falta de ética o práctica ilegal se perjudica al paciente o familia. “Cuando los cuidados que reciba un paciente con(sic) puestos en peligro por un colega u otra persona, la enfermera/o debe tomar la decisión más adecuada para protegerlo y actuar en consecuencia”. (Código de Ética del CIE). Cualquier reparo que le merezca la atención profesional de un colega u otra persona, debe comunicarlo a su superior jerárquico. Cuando la gravedad del caso lo haga necesario, lo comunicará a su Organización Profesional. Posteriormente según el caso y con consulta legal, recurrirá a la justicia ordinaria. (Federación Panamericana de Profesionales de Enfermería, 1991, p. 3)

Esto se cita debido a que, a diferencia de la legislación de nuestro país, donde solo se hace referencia a que la enfermera debe hacer lo ordenado por el médico y, a lo sumo, rehusarse a realizar una acción que considera contraria a sus convicciones o que puede dañar al paciente (cultura del silencio), aquí se habla de la obligación que tiene la enfermera de proteger al paciente y al público en general. Es una ampliación del concepto de enfermería, similar a lo planteado en el desarrollo del capítulo anterior de este trabajo. El reconocimiento del valor de la profesión va acompañado de un aumento de responsabilidades para la misma, entre las

cuales se incluyen el abogamiento en favor del paciente y la sociedad a quien tiene que cuidar, en un sentido amplio.

5.2.3 La objeción de Conciencia en la República Federativa del Brasil

En Brasil, la enfermería está regida por la ley 2604/55, sancionada en el año 1955. En esta ley se abarcan principalmente los aspectos relacionados con el control y la fiscalización de los profesionales. Los aspectos éticos relacionados con el ejercicio profesional están amparados por la resolución COFEN 564/2017⁹. En ella, el Consejo Federal de Enfermería plantea, en el artículo 22, el deber de la enfermera a “Rehusarse a ejecutar actividades que no sean de su competencia técnica, científica, ética y legal, o que no ofrezcan seguridad al profesional, la persona, la familia o la comunidad” (Consejo Federal de Enfermería, 2017, p.5). También, en relación al artículo anterior, en el artículo 45, se menciona el derecho a “prestar asistencia de enfermería libre de daños derivados de impericia, negligencia o imprudencia”(Consejo Federal de Enfermería, 2017, p.7).

Y en concordancia con lo propuesto por el Código de Ética chileno, en el artículo 47, se plantea el deber de

posicionarse en contra y denunciar a los órganos competentes, acciones y procedimientos de miembros del equipo de salud, cuando

⁹ COFEN: Conselho Federal de Enfermagem do Brasil.

hubiere riesgo de daños derivados de la impericia, negligencia o imprudencia al paciente, priorizando la protección de las personas, la familia y la sociedad. (Consejo Federal de Enfermería, 2017, p.7)

Además, según el artículo 64 del mismo código, la enfermera tiene prohibido "provocar, cooperar, ser cómplice o realizar omisión de cualquier tipo de violencia contra la persona, la familia y la comunidad, cuando esté ejerciendo la profesión" (Consejo Federal de Enfermería, 2017, p.9). Por último, en el artículo 80, también se le prohíbe a la enfermera "ejecutar prescripciones y procedimientos de cualquier naturaleza que comprometan la seguridad de las personas"(Consejo Federal de Enfermería, 2017, p.10).

La mención de estos últimos artículos se realiza porque, si bien no están directamente relacionados con la objeción de conciencia, son útiles para entender cómo está de avanzado el progreso profesional en Brasil, donde se puede ver que la protección de la enfermera y su rol como cuidador de los pacientes es mucho más amplio y abarcativo que en la Argentina. El nivel de comprensión de la responsabilidad inherente al rol de cuidador ha hecho que se comprendan los alcances de las posibles decisiones del personal de enfermería con el fin de buscar los mejores resultados para el paciente y el respeto de sus derechos y convicciones.

5.3: La objeción de conciencia según los organismos internacionales de enfermería

A continuación, se analizará los documentos relacionados a recomendaciones éticas para el ejercicio de la profesión, por parte de los tres organismos internacionales de enfermería, haciendo especial hincapié en el

documento de la CIE, el cuál, habiendo sido revisado en el año 2021, ha presentado importantes avances respecto al rol de la enfermera en la protección de los pacientes, respaldando fuertemente la hipótesis planteada en la presente tesis.

5.3.1 CREM



El Consejo Regional de Enfermería del MERCOSUR (CREM), fundada en 1994 por las siguientes Organizaciones Nacionales de Enfermería: Federación Argentina de Enfermería (FAE); Consejo Federal de Enfermería de Brasil (COFEN); Colegio de Enfermería de Uruguay (CEDU); Asociación de Enfermería de Paraguay (APE). Acordaron la presente *Declaración de Principios Éticos* considerando que la misma aportará los fundamentos y normas éticas que rijan y orienten el Ejercicio de Enfermería en la región. El CREM considera que la necesidad de la enfermería es universal. En ella es esencial el respeto por la vida, la dignidad y los derechos de la persona humana sin discriminación de cualquier naturaleza basada en edad, nacionalidad, raza, etnia, género, estilo de vida, discapacidad o enfermedad, credo, opinión política, o condición

social. Enfermería como una profesión comprometida en la defensa del Derecho Humano y Social a la Salud y la Vida de las personas, familias y comunidades, cuya responsabilidad fundamental y actuación se centra en la promoción, protección, recuperación y rehabilitación de la salud mental, física, social y espiritual de las personas y brinda acompañamiento y alivio del sufrimiento respetando principios éticos y legales. Coordina sus actividades con la de otros grupos afines: profesionales y técnicos. Cuida de si misma y de aquellos con quienes comparte responsabilidades en el campo disciplinario.

El CREM enfatiza que el profesional de enfermería ejerce sus actividades con autonomía, justicia, equidad, competencia, responsabilidad y honestidad; todo lo cual se hace evidente en el razonamiento ético y en la actuación de la enfermera con respeto a la diversidad, la libertad, la pluralidad, la igualdad y la fraternidad, para contribuir al fortalecimiento de la propia conciencia. Que el profesional de enfermería participa, con compromiso ético y social en las acciones que promueven la defensa y satisfacción de las necesidades de salud en la región y entiende la atención de la salud como un derecho de todas las personas, en particular de los grupos más vulnerables que representan el mayor porcentaje de la población de la región.

El Consejo Regional de Enfermería del MERCOSUR (CREM) , en su resolución número 2 (2003), plantea que las enfermeras deben:

Art. 1º Brindar al usuario cuidados de enfermería seguros.

Art.5° Brindar información suficiente y adecuada al usuario y su familia, y grupos de poblaciones relacionada con los cuidados de enfermería, los beneficios, los posibles riesgos y consecuencias (CREM, 2003)

En el Art. 6 hace imperiosa la necesidad de: “respetar y reconocer el derecho de los pacientes a tomar sus propias decisiones en cuestiones relativas a su tratamiento y bienestar”, dejando en claro que es el paciente el que decide si acepta o no un tratamiento. Además, en el Art. 19, plantea que la enfermera debe:

Negarse a realizar o colaborar en la ejecución de prácticas o investigaciones clínicas y/o experimentales que entren en conflicto con sus convicciones religiosas, morales y éticas-bioéticas. (CREM, 2003).

Y el Art. 12 se hace extensivo en tanto la necesidad de ser respetuosos con la normativa vigente:

Art.12° Conocer, aplicar y exigir que se cumplan las recomendaciones, reglamentaciones, directivas, normativas y principios éticos que amparen la calidad ética de las investigaciones clínicas y/ experimentales. (CREM, 2003)

Si bien, en este punto vemos la obligación que plantea el organismo de no colaborar en acciones con las que no se acuerda, el documento carece de una reglamentación u operacionalización, que permita pensar como se debiese aplicar este artículo.

5.3.2 FEPPEN



La Federación Panamericana de Profesionales de Enfermería (FEPPEN) fundada en noviembre de 1970, es una organización no gubernamental, de derecho privado, sin fines de lucro, religiosos, políticos o partidarios, con plazo de duración indeterminado constituida por organizaciones nacionales de profesionales de enfermería de los países latinoamericanos y del Caribe, a las cuales representa. De acuerdo con los Estatutos aprobados el 9 de agosto del 2000 y registrados en la Notaria de Registro de Títulos y Documentos el 26 de abril del 2001 en la ciudad de Brasilia, Brasil, la FEPPEN no tiene ni sede ni foros fijos, ya que estos estarán situados en la capital del país donde tenga la sede el Comité Ejecutivo la Organización Miembro (OM) del país en mandato, en conformidad con lo dispuesto en los Estatutos. A 42 años del compromiso con la Enfermería Latinoamericana y Caribeña, la FEPPEN tiene como propósitos, el desarrollo científico, político, económico y social de la profesión y de los trabajadores de enfermería en la región, la definición de

directrices, objetivos y metas que favorezcan el trabajo solidario, cooperativo de las organizaciones afiliadas, así como defender el derecho a la salud y a la seguridad social en los Países Miembros.

La FEPPEN en su Código de Ética (1984), desarrolla mucho más la idea del consentimiento informado que el documento del CREM, y se lo detallará a continuación. En su punto 1 destinado a los *Deberes Hacia La Sociedad y la Decisión del paciente y familia en materia de salud* se vuelve a hacer mención al derecho del paciente a decidir si aceptar o no o cuando terminar la atención en salud:

1.1 La enfermera o profesional debe reconocer el derecho que tiene el individuo sano o enfermero para decidir si acepta, rechaza o pone término a la atención de salud. Éste concepto se aplica también a los menores de edad o incapacitados para decidir, a través de los familiares responsables o representantes legales. Sin embargo existen situaciones especiales en que este derecho no se ejerce en interés del paciente o no se exige, como en caso de urgencia o ausencia de los familiares. (FEPPEN, 1984)

Puntos importantes que aporta este documento en cuestión, y que comparte con el código de ética del CIE (2012), está referido a la responsabilidad del profesional de velar por la salud y bienestar del paciente, así como también el de objeción de conciencia abstención de atender a un paciente siempre y cuando se delegue la atención a otro colega:

1.3. Naturaleza de los problemas de salud. La atención de enfermería y la calidad de ella no pueden estar limitadas por actitudes personales o prejuicios. No obstante, si la naturaleza del problema de salud y el procedimiento a utilizar para resolverlo están en conflicto con las convicciones religiosas, morales o éticas de la Enfermera/o puede abstenerse de desempeñar determinadas tareas, siempre que informe oportunamente a su superior jerárquico, para asegurar la atención del enfermo. Si en forma circunstancial o de emergencia debe participar, tiene la obligación de dar la mejor atención posible. Este derecho ha sido reconocido en el nuevo instrumento internacional denominado “Convenio de enfermería 1977”, adoptado en la 63° reunión de la Conferencia Internacional del Trabajo. Ginebra, junio 1977. (FEPPEN, 1984)

El código del FEPPEN, en el punto 3, expresa que “La enfermera/o tomará la acción que corresponda si incompetencia, falta de ética, práctica ilegal (sic) se perjudica al paciente o familia” (1984). Esta recomendación, defendería la hipótesis de la presente investigación, donde se presenta a la objeción de conciencia como herramienta para poder defender a los pacientes ante incompetencia o falta de ética. El punto en cuestión expresa:

La enfermera/o tomará la acción que corresponda si incompetencia, falta de ética práctica ilegal se perjudica al paciente o familia.

“Cuando los cuidados que recibe un paciente son puestos en peligro por un colega u otra persona, la enfermera/o debe tomar la decisión más adecuada para protegerlo y actuar en consecuencia”. (Código de

ética del CIE). Cualquier reparo que le merezca la atención profesional de un colega u otra persona, debe comunicarle a su superior jerárquico. Cuando la gravedad del caso lo haga necesario, lo comunicará a su organización profesional. Posteriormente según el caso y con consulta legal, recurrirá a la justicia ordinaria. En circunstancias especiales, como conflicto armado nacional o internacional, las medidas de protección. “Derecho y Deberes de la enfermera/o están especificados en los convenios de Ginebra, 1949, de la cruz Roja Internacional, reafirmados por el CIE en 1973.

Asimismo el Rol de la Enfermera/o en la atención de los detenidos, prisioneros políticos y comunes, está considerando en la Resolución del consejo de representantes Nacionales del CIE, Singapur 1975), en la que se acuerda: “que el CIE condena la utilización de procedimientos perjudiciales a la salud física o mental” y se resuelve finalmente “que la responsabilidad primordial de la enfermera/o es para con sus pacientes...”. (FEPPEN, 1984)

5.3.3 CIE



El Consejo Internacional de Enfermeras (CIE) es una federación de más de 130 Asociaciones Nacionales de Enfermeras (ANE), que representan a los más de 13 millones de enfermeras del mundo entero. Fundado en 1899, el CIE es la primera y más amplia organización internacional de profesionales de salud de todo el mundo.

Dirigido por enfermeras y al frente de las enfermeras en el plano internacional, el CIE trabaja para conseguir unos cuidados de enfermería de calidad para todos, unas políticas de salud acertadas en todo el mundo, el avance de los conocimientos de enfermería y la presencia mundial de una profesión de enfermería respetada y de unos recursos humanos de enfermería competentes y satisfactorios. Trabaja con la OMS, la OIT, la FAO, UNICEF en la adopción de posiciones y elaboración de documentos, resoluciones de apoyo y/o denuncia sobre situaciones que comprometen la salud y enfermería.

En términos generales, la ética es una especie de “guía para el buen vivir”, y para el CIE la ética y su código cumple la misma importante función: servir como guía para la actuación correcta de quienes integran parte del colectivo enfermero. De este modo, podremos actuar de manera consistente con los valores y principios de nuestra organización, respaldando el logro de los objetivos comunes y evitando inconvenientes y contratiempos, por desconocimiento. La correcta actuación de cada uno de sus miembros, significa el correcto desempeño de la organización como un todo. Así, un código de ética, y por supuesto el comportamiento apegado a lo que en él se estipula, no sólo es un recurso para mejorar la existencia de las personas, sino el desempeño de las empresas de que forman parte. Esto último trae consigo una serie de beneficios entre las que se cuentan una mejor imagen y reputación, cumplimiento de las leyes, un mejor ambiente de trabajo, etcétera. Todo lo anterior comienza con el conocimiento y la puesta en práctica de nuestras normas de convivencia.

En el año 2021, la CIE realizó una revisión exhaustiva de su código de ética, que ha agregado una serie de componentes de gran importancia para el presente trabajo, por lo que se procederá, a continuación, a detallar los mismos, agregando una breve interpretación de los mismos, a fin de poder valorar la importancia del presente trabajo.

En el primer apartado “Las enfermeras y los pacientes u otras personas que requieren cuidados o servicios” (CIE, 2021), se remarca que “la responsabilidad profesional primordial de las enfermeras es para con las

personas que necesitan cuidados y servicios profesionales de enfermería” (CIE, 2021), además de que las enfermeras “promueven un entorno en el que todos reconocen y respetan los derechos humanos, valores, costumbres, creencias religiosas y espirituales de la persona”. Siguiendo en el mismo apartado, el código también expresa que:

Las enfermeras se cercioran de que la persona y la familia reciben información comprensible, precisa, suficiente y oportuna, de manera adecuada para las necesidades culturales, lingüísticas, cognitivas y físicas del paciente, además de para su estado psicológico, en la cual basar el consentimiento para los cuidados y el tratamiento correspondiente (CIE, 2021)

Resaltando la importancia del rol de la enfermera para con el paciente, colocándolo en el centro de la atención, y siendo este quien se asegura que, todas las decisiones que tome el paciente, respecto a la atención médica recibida, sean basadas en un conocimiento acabado sobre lo que implica dicha atención. Se reconoce, de esta forma, la necesidad de que la enfermera, asuma un rol indispensable en la atención y cuidado de los pacientes, que podría ser considerada como la representante de este, cumpliendo con tareas, incluso, de interpretación de mensajes.

En el apartado “las enfermeras y la práctica”, el CIE declara que las “enfermeras son defensoras de los derechos de los pacientes y mantienen una cultura de la práctica que promueve un comportamiento ético y diálogo abierto” (CIE, 2021). Es, en este punto, que se refuerza la idea base de esta

tesis, en la que la enfermera tiene que asumir el rol de defensora del paciente y sus derechos, en pos de que tiene (o debiese tener) las herramientas necesarias para serlo.

Además, en este mismo punto, se hace mención del derecho de las enfermeras a la objeción de conciencia, y agrega que “tienen que facilitar una actuación respetuosa y oportuna que garantice que las personas reciban cuidados adecuados para sus necesidades individuales” (CIE, 2021). Si bien, el alcance aquí propuesto por la objeción de conciencia es similar al mencionado previamente por numerosos autores, llama la atención una aclaración agregada por el CIE en el glosario del código. Dicha aclaración reza que la objeción de conciencia “contempla el rechazo a participar en una acción o intervención percibida como inapropiada para un paciente específico o que ignore sus deseos” (CIE, 2021). Si bien, esa definición vertida en el glosario del trabajo, prácticamente valida la hipótesis propuesta en el presente trabajo, se considera que existe una contradicción entre el alcance de la objeción de conciencia y lo presentado unos párrafos atrás, donde se explica la necesidad de que sea la enfermera la que defienda al paciente de acciones o intervenciones percibidas como inapropiadas o que ignoren sus deseos. Es por eso, que conjuntamente con la idea de pensar la objeción de conciencia como herramienta protectora de los derechos de los usuarios de los servicios de salud contemporáneos, este trabajo invita a revisar la legislación argentina, respecto al rol de sumisión y las numerosas limitaciones que tiene la enfermera para poder, en definitiva, ser la defensora de sus pacientes.

Capítulo 6

6. La Objeción de Conciencia como Protección de los derechos del

Paciente



Ilustración 7 - Juicio de Nüremberg

Fotografía del Juicio de Nüremberg, realizados a posterior de la finalización de la segunda guerra mundial, donde se juzgó a militares y personal sanitario por haber atentado contra civiles y prisioneros de guerra, que luego dio pie al Código de Nüremberg, realizado en 1947, donde se trata la investigación en salud en seres humanos, bajo la premisa “primum no nocere” (López-Muñoz, 2020)

A continuación, en este capítulo procederemos a desarrollar la hipótesis principal del trabajo de investigación de esta tesis: *La objeción de conciencia como herramienta de protección de los derechos del paciente.* Para poder trabajar en esta área en particular, a continuación, abordaremos los principales dilemas bioéticos imperantes en la práctica clínica asistencial, a fin de poder contextualizar las distintas posibles situaciones en las que la profesión enfermera podría plantear la objeción de conciencia como protección de los derechos del paciente.

6.1. Dilemas bioéticos imperantes en la práctica clínica asistencial

El avance de la ciencia y la tecnología, ambas en el campo de las ciencias médicas, ha precipitado, en algunas oportunidades, el uso indiscriminado de recursos médicos con el fin de prolongar una vida que aun dejando de ser deseada estuvo sometida al imperativo biotecnológico de la respiración y la circulación asistidas. Si bien, con el surgimiento de la medicina paliativa y cambios paradigmáticos afines a la primacía de la autonomía, muchas personas están cambiando la forma en la que enfrentan el final de la vida, de sus vidas. El significado de la muerte como evento y el morir como un proceso se definen socialmente, y la naturaleza de los rituales funerarios, del duelo y el luto reflejan la influencia del contexto social donde ocurren. Así, diferentes culturas manejan eventos y procesos de distinta manera. La cultura occidental no estuvo ni está exenta de cómo se desenvuelven los sujetos en contextos donde la vida apremia y la muerte llega. En nuestro tiempo, la muerte causa tanto miedo que ya no nos atrevemos a decir su nombre (usamos multitud de eufemismos: descansar, reposar, volar al cielo, perder la vida, entregar la vida, desaparecer, luchar). A su vez, este miedo se considera normal y necesario. En la actualidad domina en los países industrializados una concepción de muerte que puede designarse como muerte invisible y que ha llegado también a los países en desarrollo. Según el estudio de Formiga et al. (2003), solo el 37% de los pacientes había tomado algún tipo de decisión en caso de complicación de la enfermedad no oncológica y solo el 57% había dado información a los familiares. En otro estudio, realizado por Sarmiento-Medina, Vargas-Cruz,

Velásquez-Jiménez y Sierra de Jaramillo (2011), vemos un número menor de pacientes que habían tomado decisiones respecto al final de la vida (14%).

También es importante destacar que, en situaciones relacionadas con el final de la vida, las decisiones respecto a esfuerzos terapéuticos y procedimientos médicos que podrían ser considerados desproporcionados, tienen que ser analizados y pensados desde y con las creencias y convicciones del paciente, y no desde solo las perspectivas del personal médico aun cuando crean tener las mejores intenciones. Más de una vez, se ha escuchado a personal del equipo sanitario decir *si yo llego en esta condición, no me hagan esto ni aquello*, porque ellos entienden que, sobre su proceso de morir y la muerte que se desencadena, no quieren que se realicen acciones que naturalmente hacen porque consideran buenas para los pacientes, pero fútiles para ellos mismos, ya que no se condicen con sus expectativas para el final de sus vidas. Tal como lo plantea Alonso (2011, p.199), “los mejores intereses no son los intereses médicos”, sino los que mejor representen las nociones de una vida “buena” o “mala” para cada paciente. Cuando se está ante un caso de proceso de final de la vida, no se debe preguntar, como personal de salud, qué es lo que cada uno quisiera si fuese uno mismo quien se encuentra en esa cama de hospital. Se debe poder entender empáticamente qué es lo que esa persona hubiese querido si es que esa misma persona ha perdido la posibilidad de expresarlo mediante voluntades vitales. Cabe recordar que la familia es una fuente primaria a donde concurrir frente a estos dilemas.

El médico, a su vez, se encuentra en una encrucijada en la que confluyen los principios éticos y las influencias culturales, familiares y elementos de justicia con la biografía única y personal del enfermo, con sus propios miedos y sus limitaciones de tiempo y formación. Es el responsable de garantizar ese derecho y de asegurarse de conocer lo que el paciente realmente desea para que no se reproduzca lo sucedido en el estudio SUPPORT 8, en el que sólo el 40 % de los pacientes había hablado con su médico sobre el pronóstico de su enfermedad y que en el 80 % de los casos los médicos interpretaban erróneamente las preferencias del paciente. (Astudillo y Mendinueta, 2008, p.5)

A lo planteado por Astudillo y Mendinueta, se debe agregar la participación del resto del equipo de salud en la información y acompañamiento de los pacientes y sus familias, entendiendo que todo el equipo interdisciplinario debe participar de forma activa en los procesos paliativos, para poder cuidar de forma correcta e integral a los pacientes como sujetos de atención.



Ilustración 8 - Muerte y vida

Muerte y vida.

Gustav Klimt (1916)

Y entonces recibió a la Muerte como si fuera una vieja amiga, y se marchó con ella de buen grado. Y así, como iguales, ambos se alejaron de la vida. J.K. Rowling - Los cuentos de Beedle el Bardo

Otra disyuntiva que discurre con alguna cierta frecuencia, pero de manera silente, es la que acaece cuando, con el fin de lograr que el paciente acceda a determinado procedimiento o tratamiento que el equipo de salud considera apropiado, o se busca “proteger” al paciente, se opera la información al respecto, de tal forma que el otro no tenga la posibilidad de no estar de acuerdo. Es aquí que, en muchos casos, el uso del poder de la

información y el conocimiento por parte del profesional sobre el paciente, entra en un vórtice ético complejo. Ya que, en la mayoría de los casos, el profesional solo realiza esta acción con la mejor de las intenciones para su paciente, pero la omisión de la explicación acabada de todas las opciones posibles, aunque ninguna fuese tan buena como la propuesta, con el objetivo de que el paciente no desvíe su atención de lo que se sabe será bueno, puede derivar en que el paciente tome decisiones respecto a su salud que no siempre pueden coincidir con sus necesidades, deseos y con su conciencia. Según Gallegos Ruiz (2017, parr. 2), se trata de la:

[...] conspiración o pacto de silencio (CS), que se puede definir como el acuerdo implícito o explícito, por parte de familiares, amigos y/o profesionales, de alterar la información que se le da al paciente con el fin de ocultarle el diagnóstico y/o pronóstico y/o gravedad de la situación [...].

Este tipo de acciones son colectivas y frecuentes, principalmente, en el tratamiento paliativo de pacientes, aunque pueden estar vigentes en cualquier relación profesional de salud-paciente-familia. Duarte-Mote y Sánchez Rojas plantean sin embargo que:

Aún más importante que la vida es el bienestar. Es mejor unos días de felicidad que toda una vida de desgracias. En relación con los enfermos terminales, cuyo optimismo y esperanza puede ser lo último que los haga soportar mejor un camino lleno de sufrimiento e incertidumbre, obliga a los profesionales de la salud a preocuparse

más por su bienestar cuando la curación ya no es posible. Los profesionales de la salud debemos hacer más caso a Lévinas y preocuparnos por el bienestar de este tipo de enfermos. (2017, p.6)

Hay copiosas formas de justificar la mentira piadosa a los pacientes, pero es imperativo recordar que no es decisión del personal de salud el manejo de la información del paciente, mas sí es un derecho de este, el poder decidir cuándo y cómo recibir dicha información.

Otro aspecto a tener en cuenta es la representatividad del paciente, cuando no puede representarse a sí mismo. En nuestro país, la ley nacional numero 26.529 *Derechos del Paciente en su Relación con los Profesionales e Instituciones de la Salud*, en su Artículo 4, plantea que

En el supuesto de incapacidad del paciente o imposibilidad de comprender la información a causa de su estado físico o psíquico, la misma será brindada a su representante legal o, en su defecto, al cónyuge que conviva con el paciente, o a la persona que, sin ser su cónyuge, conviva o esté cargo de la asistencia o cuidado del mismo y los familiares hasta el cuarto grado de consanguinidad. (Honorable Senado de la Nación Argentina, 2009, parr. 13)

Si bien ese artículo no hace referencia explícita del poder que puede albergar la persona *a cargo de la asistencia o cuidado del mismo (paciente)*, plantea que, en caso de que el paciente no pudiese comprender la información brindada por el personal médico, cualquier profesional de la salud, la enfermera, por ejemplo, hipotéticamente estaría habilitada por su

función a recibir la misma, convirtiéndose en la depositaria de la “representación” del paciente.

Asimismo, el artículo 59 del Código Civil y Comercial de la República Argentina, donde se expresa lo siguiente:

Si la persona se encuentra absolutamente imposibilitada para expresar su voluntad al tiempo de la atención médica y no la ha expresado anticipadamente, el consentimiento puede ser otorgado por el representante legal, el apoyo, el cónyuge, el conviviente, el pariente o el allegado que acompañe al paciente, siempre que medie situación de emergencia con riesgo cierto e inminente de un mal grave para su vida o su salud. En ausencia de todos ellos, el médico puede prescindir del consentimiento si su actuación es urgente y tiene por objeto evitar un mal grave al paciente. (Código Civil y Comercial de la Nación Argentina, 2014)

Por su parte, a continuación, el artículo 60 del mismo código, expresa que:

La persona plenamente capaz puede anticipar directivas y conferir mandato respecto de su salud y en previsión de su propia incapacidad. Puede también designar a la persona o personas que han de expresar el consentimiento para los actos médicos y para ejercer su curatela. Las directivas que impliquen desarrollar prácticas eutanásicas se tienen por no escritas. Esta declaración de voluntad puede ser libremente revocada en todo momento. (Código Civil y Comercial de la Nación Argentina, 2014)

La toma de decisiones en pacientes que no tienen representante (debido a la ausencia de la familia) o bien que perdieron transitoriamente la capacidad de hacerlo por sí mismos, queda relegada en manos de los profesionales médicos, quienes son los que deciden qué se hace y qué no se hace, en caso de emergencias o situaciones que atenten contra la vida de las personas en cuestión, sino fuese así deberá acudir a un representante o tutor legal. Si bien, si se hace un análisis estricto de la ley, esto puede ser correcto considerando a los galenos como quienes *están a cargo de la asistencia o cuidado del mismo*, si en cambio tenemos en cuenta el trabajo de García Palomares, Abad Corpa, Pascau González-Garzón y Sánchez Pérez (2006), vemos que ese rol podría ser también asumido por los profesionales de la enfermería, quienes, por su tipo de función, pasan más tiempo con el paciente, logran conocerlo mejor y pueden contemplar sus necesidades de una forma integral y empática construida a fuerza de cuidado y esmero. No estamos desmereciendo la mirada ni el cuidado médico, solo consideramos perspectivas diferentes. Y es basándonos en este pensamiento que se propone que, en caso de que se plantee la necesidad de realizar tratamientos que, al saber de la enfermera, atenten contra la voluntad del paciente, los deseos y convicciones que este tenía antes de perder la capacidad de tomar decisiones por sí mismo, es aquí donde la enfermera pudiese objetar conciencia ante la realización de dicho tratamiento, a fin de proteger la conciencia del paciente, más la suya propia, derivado esto de que, al permitir que se le practique una intervención a su paciente, siendo que el paciente muy probablemente no estuviese de acuerdo con dicha

intervención médica, lo estaría sometiendo y la enfermera debiese considerar esto como un acto inapropiado y contrario a la moral y/o creencias del paciente.

6.2. Autonomía enfermera versus autonomía médica

He aquí una encrucijada, la autonomía enfermera versus la autonomía médica. Nadie, a excepción de la ley, en algunos casos, cuestiona la autonomía médica. El actuar del médico solo se ve condicionado por la ley y su formación. La profesión médica, durante mucho tiempo, estuvo acompañada por una mirada social que consideraba al médico en una posición ética diferente al resto de las personas y, por ende, el poder que trae aparejado ser un profesional permitía que la toma de decisiones no tuviese, prácticamente, nadie que la condicione, *he aquí el paternalismo médico*. “En general, el auge de la autonomía (*de los pacientes*) ha protegido a los pacientes contra las flagrantes violaciones de su autonomía e integridad, tan ampliamente aceptadas como permisibles, por razones éticas en el pasado” (Pellegrino, 1990, p. 1).

Por otro lado, tenemos la autonomía enfermera. Los avances en la ciencia enfermera han logrado todo un nuevo paradigma de los alcances de su autonomía. Se han determinado cientos de aspectos en los cuales la enfermera tiene el conocimiento, la capacidad y las competencias para determinar cuáles son los mejores cursos de acción para seguir con sus pacientes, sean estos individuales o grupales. “La autonomía ha sido relacionada con la calidad de la vida de los enfermeros, la satisfacción por

su trabajo, los ambientes de práctica profesional positivos y las percepciones de la calidad del cuidado” (Tapp, Stansfield y Stewart, 2005, p.1). Desde la academia, se insta a la capacidad de pensamiento crítico en los futuros profesionales de la enfermería, a fin de que estos puedan ejercer la autonomía profesional con el fin de brindar el mejor cuidado a sus pacientes.

En capítulos previos, se planteó cómo el derecho a la objeción de conciencia en la ley argentina está abarcada por el inciso C, del artículo 9 de la ley 24.004 y su correspondiente reglamentación. Y en ese apartado de la ley, vemos cómo la autonomía de la enfermera queda totalmente supeditada a la autonomía y hegemonía médica, la cual queda considerada moral y éticamente superior. La ley permite que la enfermera se niegue a realizar o colaborar en la realización de un determinado procedimiento, siempre informando a su superior su negativa con el fin de que se pueda buscar a alguien no objetor para que ocupe su lugar siempre y cuando no sea una situación de emergencia y/o urgencia que ponga en riesgo la vida del paciente.

La enfermera, como profesional, se ha visto desde hace tiempo marcada por la cultura del silencio y la subordinación que ha imperado en el desarrollo y ejercicio de la profesión. Como plantean De Vita y Benavidez (2018):

Grandes silencios cubren los espacios de trabajo: se calla lo que molesta, lo que interfiere con los intereses individuales, lo que se

perdió la capacidad de decir, lo que no se quiere escuchar. Estos climas, dentro de la enfermería, están relacionados con el rol tradicional de supervisión que durante décadas fue llamado la caba (a veces cabita) por asimilación al rango militar. Bajo esta figura de la estructura jerárquica quedaba la responsabilidad del control del trabajo, que asumía un estilo rígido y con impronta marcial que probablemente no difería mucho de los modos con que se administraban todas las instituciones en los años en que se sucedían los gobiernos de facto. (p. 3)

No solo la enfermería se ha encargado de entorpecer su rol, el modelo medico hegemónico impuso con fuerza la idea de que la atención médica y todo lo que ella indique o demande tiene carácter de una ley por cumplir y que nadie la pone en tela de juicio. La profesión médica adquiere cierto velo que la cubre de una ética, universal y generalizable, debido a que, si prescribe algo, ese algo no es objetable. Si una enfermera llegase a objetar una indicación médica, solo se da a lugar a pensar que esa enfermera encuentra un conflicto de conciencia respecto a dicha indicación, pero nunca a que la indicación en sí podría ser incorrecta per se. En la ley argentina de ejercicio de la enfermería, la enfermera no tiene autoridad para defender a su paciente frente a indicaciones médicas que podrían incurrir en objetables por el paciente. Lo único que puede hacer la enfermera es objetar para no ser ella quien ejecute dicha indicación, pero la indicación debe ser cumplida.

Y, si bien en el artículo 11 de la ley 24.004, en los incisos A y B, se lee que la enfermera tiene prohibido “someter a las personas a procedimientos o

técnicas que se aparten de las prácticas y que entrañen peligro para la salud” (Honorable Senado de la Nación Argentina, 1991, p.6) y “realizar, propiciar, inducir o colaborar directa o indirectamente en prácticas que signifiquen menoscabo a la dignidad humana”(Honorable Senado de la Nación Argentina, 1991, p.6), esto no abarca a las situaciones en que el paciente no tiene la capacidad de decidir respecto a un tratamiento o procedimiento ni tiene familiares o cuidadores que decidan por él.

Wit (2001) cuenta la historia de Vivian Bearing, Doctora en Estética y Literatura Inglesa del siglo XVII, que ha sido diagnosticada con un terrible cáncer terminal ovárico. Mediante su tratamiento, Bearing descubre cómo la vida y la muerte que durante años ha leído está inmersa en la realidad, mientras es objeto experimental de galenos mórbidos por su caso. Su vida se convierte en un poema de John Donne (1572 - 1631) y es una enfermera quien la salva de una agonía innecesaria:

*Muerte, no te enorgullezcas, aunque algunos te hayan llamado
poderosa y terrible, no lo eres;
porque aquellos a quienes crees poder derribar
no mueren, pobre Muerte; y tampoco puedes matarme a mí.
El reposo y el sueño, que podrían ser casi tu imagen,
brindan placer, y mayor placer debe provenir de ti,
y nuestros mejores hombres se van pronto contigo,
¡descanso de sus huesos y liberación de sus almas!
Eres esclava del destino, del azar, de los reyes y de los
desesperados,*

*y moras con el veneno, la guerra y la enfermedad;
y la amapola o los hechizos pueden adormecernos tan bien
como tu golpe y mejor aún. ¿Por qué te muestras tan engreída,
entonces?*

*Después de un breve sueño, despertaremos eternamente
y la Muerte ya no existirá. ¡Muerte, tú morirás!*

John Doe. Muerte no te enorgullezcas.(1609)

Conclusiones

Para concluir la presente investigación, procederemos a exponer y dar una provisoria explicación alcanzada a la luz de investigación documental realizada en cada uno de los capítulos que la precedieron, de cada una de las hipótesis planteadas en el anteproyecto, a fin de dar cuenta del estado del arte alcanzado.

Hipótesis primera, el concepto de objeción de conciencia tal cual es formulado hoy desde la normativa legal carece de la posibilidad de defender al usuario sujeto del cuidado del sistema de salud.

En base a los análisis e interpretaciones relevadas de la ley de ejercicio profesional de la enfermería N° 24004, es evidente que extender los alcances de la objeción de conciencia como una herramienta para defender al usuario sujeto del cuidado del sistema de salud no es posible; como hemos explicado previamente, la ley solo permite que el personal de enfermería objete tener que realizar la acción, mas no que dicha acción sea realizada. Si fuese el caso que el paciente estuviese expuesto a tratamientos o procedimientos que pueden ir en contra de su conciencia, y este no fuera competente para admitirlo y/o en caso de que no hubiera un familiar, no hay nada que impida la realización del procedimiento o tratamiento médico. Es sobre este punto que consideramos que debería prestárseles atención a futuras normas y/o reparos que se hagan sobre las existentes en tanto al tema que fue objeto de investigación, así como de sus alcances reales y potenciales.

Hipótesis segunda, en la medida que el caudal de complejidad en el cuidado de la salud humana aumente, de igual manera aumentará el número de cuidados que se podrían mostrar desproporcionados para algunos pacientes, desencadenando un número cada vez mayor de enfermeros que se llamen a la objeción de conciencia.

La objeción de conciencia es un derecho negativo. En sí, no obliga a nadie a hacer nada; al contrario, permite a alguien no hacer algo por estar este algo en contra de su conciencia. Los enfermeros nunca objetarían que se haga lo mejor para el paciente, pero sí objetarían para que no se hagan por el paciente cosas que atenten contra lo que este considera bueno para sí mismo o sus creencias religiosas. La tecnología avanza y las biotecnologías al servicio de la salud, por sobre todo, permiten prolongar la vida de las personas como nunca antes se había imaginado. Pero que de algo se tenga la posibilidad para hacerlo, no significa que se deba hacer siempre. En tanto exista la evidencia científica y humana, el equipo de salud y en especial los enfermeros siempre priorizarán la voluntad del paciente, surgida esta de su plena conciencia y su verdad personalísima.

La enfermería como profesión, a diferencia de otras, siempre se educó para diagnosticar y planificar cuidados sobre necesidades reales y potenciales del paciente, su familia y la comunidad, y no tanto curarlas. Y es por eso que a la enfermería le resulta más fácil comprender conceptos como “calidad de vida”, “muerte digna” y demás ejemplos relacionados con la limitación del esfuerzo terapéutico, sin llegar a considerar a la muerte como un fracaso del cuidado brindado, sino como un resultado esperado frente al cual preparamos

al paciente para que enfrente la satisfacción de una necesidad humana, quizás la más importante y trascendental, como la vida misma.

La tesis presente tuvo entre sus objetivos el reconocimiento de la enfermería como una profesión que necesita urgentemente en la provincia de Córdoba de su propia ley de ejercicio, con el propósito de dotarla de la autonomía y competencia de la que está formada y preparada para ejercer. Es evidente que la actual legislación de la enfermería en la provincia de Córdoba no solo limita nuestro trabajo y autonomía, sino que nos coloca en una posición de sumisión a la prescripción de órdenes médicas y de un trabajo meramente técnico y auxiliar de los galenos.

También creemos que, desde la academia, es imperante la necesidad de tomar una nueva perspectiva del paradigma en la formación de colegas enfermeros, donde se busque formar profesionales comprometidos no solo en el arte de cuidar sino en el de representar los mejores intereses del sujeto de cuidado. Generar espacios inter y transdisciplinarios para propiciar marcos de referencia respecto al rol ampliado de la enfermería, permitiendo visualizar nuevas propuestas, en pos de promover el responsable uso de cada una de ellas.

Tabla de Ilustraciones

Ilustración 1: Hipócrates de Cos	IV
Ilustración 2: Antígona dando sepultura a Polinices	4
Ilustración 3: La Libertad guiando al pueblo	26
Ilustración 4: El “Experimento de Tuskegee”	35
Ilustración 5: Los Insumisos	48
Ilustración 6: Protesta de Enfermeros	71
Ilustración 7: Juicio de Núremberg	81
Ilustración 8: Muerte y Vida	85

Referencias Bibliográficas

- Alegre, M. (2009). Opresión a conciencia: La objeción de conciencia en la esfera de la salud sexual y reproductiva. Disponible en https://www.researchgate.net/publication/241842038_Opresion_a_conciencia_La_objecion_de_conciencia_en_la_esfera_de_la_salud_sexual_y_reproductiva
- Alligood, M. R. (2015). *Modelos y Teorías de Enfermería*. Elsevier, 8va Ed.
- Alonso, J. P. (2011). Contornos negociados del "buen morir": la toma de decisiones médicas en el final de la vida. *Scielo Saúde Pública*. Recuperado en 9 de febrero de 2019, de https://www.scielo.org/scielo.php?pid=S1414-32832012000100015&script=sci_arttext&lng=en
- Alvarado Pérez, E. (2005) *Diccionario Crítico de Ciencias Sociales. V. Voz. Desobediencia Civil*. Versión digital disponible en: <http://Nulidad1.011.50megs.com/desobedienciacivil.htm>
- Amaro Cano, M. C., Marrero Lemus, A., Luisa Valencia, M., Blanca Casas, S. & Moynelo, H. (1996). Principios básicos de la bioética. *Revista Cubana de Enfermería*, 12(1), 11-12. Recuperado en 10 de febrero de 2019, de https://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0864-03191996000100006&lng=es&tlng=pt
- Astudillo, A. W. y Mendinueta, C. A. (2008). *Bases para afrontar los dilemas éticos al final de la vida*. ISBN 9788431325428, 643-666

- Arendt, H. (1988). *La crisis de la república*. Editorial Taurus, Madrid.
- Bosanquet, S. (productor) y Nichols, M. (director). (2001). *Wit* (cinta cinematográfica). Estados Unidos: Avenue Pictures Productions
- Biaggiotti, O. (2020). La ESI Como un campo de disputas en la educación argentina. Recuperado de <https://www.lacapital.com.ar/educacion/la-esi-como-un-campo-disputas-la-educacion-argentina-n2612062.html>
- Botero Bernal, A. (2004). La corrupción: tensión entre lo político y lo jurídico. En: *Opinión Jurídica* 3, (6), 48.
- Cañamares Arribas, S. (2014). La evolución de la doctrina del tribunal europeo de derechos humanos en materia de objeción de conciencia. *Revista de Derecho Público*, 23 (46), 37-58
- Clusa Capell, J. (2015). *Aristóteles: Justicia y Eudaimonia: una investigación sobre la ética neoaristotélica*. Barcelona, España. Departament de Filosofia, Universitat Autònoma de Barcelona.
- Congreso Nacional de Chile (1968). Decreto 725: Código Sanitario. Santiago de Chile. Congreso Nacional de Chile
- Conselho Federal de Enfermagem (2017) - Novo Código de Ética de Enfermagem. Resolução COFEN 564/2017. Disponible en www.cofen.gov.br/resolucao-cofen-no-5642017_59145.html
- De Vita, L. E. y Benavidez, A. A. (2018). Silencio y conocimiento en Enfermería. *RevIISE* 12 (12), 203-211.

Duarte-Mote J, Sánchez-Rojas G (2017). La mentira, una reivindicación moral.

De cómo la mentira es útil en un paciente en etapa terminal. *Med Int Méx.* 33(5), 668-674. DOI: <https://doi.org/10.24245/mim.v33i5.1494>

Estrada-Vélez, S. (2009). Derecho fundamental a la libertad de conciencia sin

objeción? Algunos apuntes para su reconocimiento como garantía

fundamental. *Estud. Socio-Jurid.*, 11(1) 65-83. Recuperado en 7 de

febrero de 2019, de

<https://revistas.urosario.edu.co/index.php/sociojuridicos/article/download/40/39>

Expósito Soler, M. L. (2016). *La objeción de conciencia en el ámbito*

farmacéutico. Facultad de Derecho. Zaragoza, España: Universidad de Zaragoza.

Federación Panamericana de Profesionales de Enfermería (1991). *Código de*

Ética. Santiago de Chile, Chile.

Formiga, F., Vivanco, V., Cuapio, Y., Porta, J., Gómez-Batiste, X. & Pujol, R..

(2003). Morir en el hospital por enfermedad terminal no oncológica:

análisis de la toma de decisiones. *Medicina Clínica*, 121(3), 95-97.

Recuperado en 9 de febrero de 2019, de

<https://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S0025775303738676>

Gallegos-Ruiz, R. (2017). *La conspiración del silencio: privación de la*

información en pacientes terminales. Congreso Internacional Derecho,

Salud y Dependencia. UNED, España.

- García, E. y Palacios, A. (2017). *La objeción de conciencia a determinados contenidos docentes: un estudio de derecho comparado (Estados Unidos, Canadá, España y Jurisprudencia de Estrasburgo)*. Universidad Complutense de Madrid, España.
- García Guillén, S. (2015). *Imagen social de la Enfermería*. Universidad de Valladolid, España.
- Gómez Haiss, D. (2019). Acerca de la objeción de conciencia. Recuperado de <https://aldiaargentina.microjuris.com/2019/08/13/acerca-de-la-objecion-de-conciencia/>
- Gómez Sánchez, P. I.. (2009). Principios básicos de bioética. *Revista Peruana de Ginecología y Obstetricia*, 55, 230-233. Recuperada en 10 de febrero de 2019, de <https://www.spop.org.pe/web/revista/index.php/RPGO/article/download/297/268>
- Giacomone, M. (2013). La Filosofía medieval y el tránsito hacia la modernidad. En Solas, S., Oller, C., Ferrari, L. (Eds.), *Introducción a la filosofía, Argumentación filosófica, Lectura académica*, 5-40 . La Plata, Argentina: Editorial de Universidad de la Plata.
- Honorable Senado de la Nación Argentina (1991). *Ley 24004 de Ejercicio Profesional de la Enfermería*. Ciudad Autónoma de Buenos Aires, Argentina. Honorable Congreso de la Nación Argentina

Honorable Senado de la Nación Argentina (2009). *Ley 26.529 Derechos del Paciente en su Relación con los Profesionales e Instituciones de la Salud*. Ciudad Autónoma de Buenos Aires, Argentina. Honorable Senado de la Nación

Kant, M. (2003). *Fundamentación de la Metafísica de las Costumbres*. Biblioteca Virtual Universal.

Krom, A. (2018). La educación sexual abre una grieta entre los padres. Recuperada de <https://www.lanacion.com.ar/sociedad/la-educacion-sexual-abre-una-grieta-entre-los-padres-nid2185019/>

Legislatura de la Provincia de Córdoba (1978). *Ley 6222 Ley del Ejercicio De Las Profesiones Y Actividades Relacionadas Con La Salud*. Legislatura de la Provincia de Córdoba, Argentina.

Leyva-Moral, J. M. (2008). El silencio entre los profesionales de la salud, un arma de doble filo: a double-sided argument. *Index de Enfermería*, 17(1), 34-38. Recuperado en 21 de abril de 2021, de http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1132-12962008000100008&lng=es&tlng=es.

Lucak de Stier, M. L. (2007). Objeción de conciencia y antropología. *UCA - Vida y Ética*, 8, (2), 111-121.

Marcone, J. (2009). Las razones de la desobediencia civil en las sociedades democráticas. *Andamios*, 5, (10), 39-69.

- Mejía Lopera, M.E.. (2008). Significado del cuidado de enfermería para el paciente en estado de cronicidad. *Índex de Enfermería*, 17(4), 231-235. Recuperado en 7 de febrero de 2019, de http://scielo.isciii.es/schielo.php?script=sci_arttext&pid=S1132-12962008000400002&lng=es&tlng=pt.
- Ministerio de Salud de la República Argentina (2011). Resolución 1480/2011: Apruébase la Guía para Investigaciones con Seres Humanos. Objetivos. Boletín Oficial 21 de Septiembre 2011, 32239, 14.
- Mondolfo, R. (1954). La conciencia moral en la ética de Sócrates, Platón y Aristóteles.. *En Memoria Académica*, 7-30. Disponible en: http://www.memoria.fahce.unlp.edu.ar/art_revistas/pr.1830/pr.1830.pdf
- Montero Vega, A. y González Araya, E. (2011). La objeción de conciencia en la práctica clínica. *Acta Bioethica* 17 (1), 123-131
- Navarro Casado, S. (2013). Las cosas por su nombre: ¿objeción de conciencia o desobediencia civil?. *Revista de Bioética y Derecho*, (28), 91-101. Disponible en: <https://dx.doi.org/10.4321/S1886-58872013000200008>
- Navarro Valls, R. (2007). “Las objeciones de conciencia”, en Derecho Eclesiástico del Estado español, Ferrer. (ed.), *Eunsa*, 6, 142-177.
- Nowicki, R. I. (2015). La profesión enfermera y los dispositivos de poder que subordinan su práctica dentro de las organizaciones sanitarias. *Revista iberoamericana de educación e investigación en enfermería* 5(1), 63-69

Organización de los Estados Americanos (1969), Convención Americana sobre Derechos Humanos "Pacto de San José de Costa Rica", disponible en esta dirección: <https://www.refworld.org.es/docid/57f767ff14.html> [Accesado el 6 marzo 2021]

Organización de los Estados Americanos (1948), Declaración Americana de los Derechos y Deberes del Hombre, disponible en esta dirección: <https://www.refworld.org.es/docid/5c631a474.html> [Accesado el 3 Febrero 2021]

Organización Panamericana de la Salud: Mera Jorge y col. (2007). *La certificación de los profesionales médicos en la Argentina*. Ministerio de Salud, Comisión Nacional Salud Investiga.

Otero, M. (2018). Qué dicen las cartas de los padres que rechazan la educación sexual. Recuperado de <https://www.lavoz.com.ar/ciudadanos/que-dicen-cartas-de-padres-que-rechazan-educacion-sexual/>

Palomares, A., Corpa, E., González-Garzón, M. y Pérez, R. (2003). La planificación anticipada de las decisiones al final de la vida: El rol de los profesionales sanitarios en general y de Enfermería en particular. *Nure*. 20, 1-6.

Peces-Barbas Martínez, G. (1988). Desobediencia civil y Objeción de Conciencia. *Anuario de derechos humanos, 1988-99* (5), 159-176.

- Pellegrino, E. D. (1990). La relación entre la autonomía y la integridad en la ética médica. *Boletín de la Oficina Sanitaria Panamericana* 108(5,6), 379-390
- Pérez DGregorio, R. (2012). Objeción de conciencia. *Revista de Obstetricia y Ginecología de Venezuela*, 72(2), 73-76. Recuperado en 20 de abril de 2021, de http://ve.scielo.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0048-77322012000200001&lng=es&tlng=es.
- Pocino Campayo, A. (2015). Del silencio y la obediencia a la innovación y la visibilidad. *Rev. Rol enferm*, 414-418.
- Portela, J. G. (2006). La justificación iusnaturalista de la desobediencia civil y de la objeción de conciencia. *Revista Facultad de Derecho y Ciencias Políticas*, 36(105), 341-360.[fecha de Consulta 21 de Abril de 2021]. ISSN: 0120-3886. Disponible en: <https://www.redalyc.org/articulo.oa?id=151413539006>
- Rowling, J. K. (2008). *Los Cuentos de Beedle el Bardo*. Barcelona, España: Salamandra
- Ruiz Rodríguez, V. (2016) Santo Tomás de Aquino en la filosofía del derecho. *En-clav*.10(19) 13-40. Disponible en: http://www.scielo.org.mx/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1870-879X2016000100013&lng=es&nrm=iso. ISSN 2594-1100.
- Salas Perea, R. S.. (1996). Principios y enfoque bioéticos en la Educación Médica Cubana. *Educación Médica superior*, 10(1), 7-8. Recuperado en

9 de febrero de 2019, de

https://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0864-21411996000100004&lng=es&tlng=es

Sánchez Jacob, M. (2007). Objeción de conciencia y su repercusión en la sanidad. *Boletín de la Sociedad de Pediatría de Asturias, Cantabria, Castilla y León*, 47, 25-30. Recuperado en 10 de febrero de 2019, de https://sccalp.org/boletin/199/bolpediatr2007_47_025-030.pdf

Santoro, S. (2020). Aborto legal: ¿qué es la objeción de conciencia?.

Disponible en <https://www.pagina12.com.ar/308901-aborto-legal-que-es-la-objecion-de-conciencia>

Sartea, C. (2013) “¿Qué objeción? ¿Qué conciencia? Reflexiones acerca de la objeción de conciencia y su fundamentación conceptual” en *Cuadernos de Bioética XXIV* (3), 391-398.

Sarmiento-Medina, M. I., Vargas-Cruz, S. L., Velásquez-Jiménez, C. M. & Sierra de Jaramillo, M.. (2012). Problemas y decisiones al final de la vida en pacientes con enfermedad en etapa terminal. *Revista de Salud Pública* 14(1), 116-128. Recuperado en 9 de febrero de 2019, de <https://www.scielosp.org/pdf/rsap/2012.v14n1/116-128/es>

Senado y Cámara de Representantes de la República Oriental del Uruguay (2011). *Ley 18.815 Profesión de Enfermería*. Senado de la República Oriental del Uruguay.

- Seoane, J. (2009). El perímetro de la objeción de conciencia médica: A propósito del rechazo de la transfusión de sangre por un paciente testigo de Jehová. *InDret Revista para el Análisis del Derecho*, 4. Disponible en <http://www.raco.cat/index.php/InDret/article/download/141382/192893#page5>
- Serra, A. (2017). La verdadera historia de la enfermera del cuadro que pide silencio en los hospitales y clínicas de medio mundo. Disponible en <https://www.infobae.com/tendencias/2017/05/11/la-verdadera-historia-de-la-enfermera-del-cuadro-que-pide-silencio-en-los-hospitales-y-clinicas-de-medio-mundo/>
- Simon and Garfunkel (1967). *The Sound of Silence*. En *Wednesday Morning, 3 A.M.*(CD). Los Angeles, EE. UU. Columbia Records.
- Singer, P. (1985). *Democracia y Desobediencia*. Barcelona, España: Ariel.
- Siurana Aparisi, J. C.. (2010). Los principios de la bioética y el surgimiento de una biótica intercultural. *Veritas*, (22), 121-157. Recuperado en 10 de febrero de 2019, de <https://dx.doi.org/10.4067/S0718-92732010000100006>
- Tapp, D., Stansfield, K. y Stewart, J. (2005). La autonomía en la práctica de enfermería. *Revista Aquichan* 5 (1), 114-127.
- Tinant, E. L. (2016). Objeción de Conciencia. En *Inmanencia*;5(1), 99-100.

Tribunal Constitucional Español (2001). Sentencia 46/2001. Disponible en:

http://hj.tribunalconstitucional.es/HJ/es/Resolucion/Show/4342#complete_resolucion

Vargas Quinteros, J. R. (2011). *Objecion de conciencia: una mirada desde la filosofia politica de John Rawls*. Bogotá, Colombia. Universidad Libre

Velásquez-Córdoba, L. F., Córdoba-Palacio, R. (2010). Objeción de conciencia y la antropología filosófica. *Persona y Bioética*, 14(2), 167-175.

Retrieved April 20, 2021, from

http://www.scielo.org.co/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0123-31222010000200006&lng=en&tlng=es.

Verástegui, R. (2016). Objeción de conciencia. CLACAI. Recuperado en 12 de febrero de 2019, de <http://clacaidigital.info/handle/123456789/896>



UNIVERSIDAD
NACIONAL DE CORDOBA