



Anticoncepción y bioética: entre la objeción de conciencia y el principio de autonomía

RESUMEN

En los últimos años, en todas las sociedades occidentales se ha modificado el paradigma de la relación médico-paciente. Se ha pasado del principio de beneficencia y del de ausencia de maleficencia, al de autonomía del paciente al reconocer la soberanía de aquél en la toma de decisiones clínicas que le afecten directamente. En ocasiones, este principio puede entrar en colisión con determinados aspectos bioéticos relativos a la objeción de conciencia de los profesionales de la salud, como en los temas de anticoncepción y aborto. Se debate acerca de los aspectos que sostienen una u otra actitud insistiendo en los temas de anticoncepción y referidos al aborto inducido y al acceso y empleo de métodos anticonceptivos por los adolescentes, reconocidos como "menores maduros" para temas de sexualidad.

Palabras clave: bioética, autonomía, derecho a la información, objeción de conciencia, anticoncepción, aborto, adolescencia.

Contraception and bioethics: between the conscience objection and the autonomy principle

ABSTRACT

In recent years, in all Western societies has changed the paradigm of the physician-patient relationship. It has passed from the principle of beneficence and absence of malice to the patients autonomy, recognizing their sovereignty in making clinical decisions that directly affect them. Occasionally, this principle can clash with certain bioethical aspects of conscientious objection for health professionals and providers, primarily in the areas of contraception and abortion. We discussed aspects that support one or another attitude emphasizing issues relating to contraception and induced abortion and the access and use of contraceptive methods by adolescents recognized as "mature minors" to issues of sexuality, particularly in Spain and Mexico.

Key words: Bioethic, Autonomy, Right to information, Conscientious objection, Contraception, Abortion, Adolescents.

José Luis Neyro-Bilbao¹
Miguel Ángel Elorriaga¹
Josefina Lira-Plascencia²

¹ Servicio de Ginecología y Obstetricia, Facultad de Medicina y Odontología, Hospital Universitario Cruces, Baracaldo, Bizkaia, España.

² Unidad de Investigación en Medicina de la Adolescente, Instituto Nacional de Perinatología, México DF.

Recibido: octubre 2014

Aceptado: enero 2015

Correspondencia:

Dr. José Luis Neyro-Bilbao
Gran Vía 81-4
48011 Bilbao, España
jlneyro@sego.es

Este artículo debe citarse como

Neyro-Bilbao JL, Elorriaga MA, Lira-Plascencia J. Anticoncepción y bioética: entre la objeción de conciencia y el principio de autonomía. Ginecol Obstet Mex 2015;83:125-138.

ANTECEDENTES

El pluralismo de valores es una constante definitoria de la sociedad en la que vivimos. La bioética está cada vez más presente en la relación clínica con los profesionales de la salud. Hasta hace poco los únicos valores que imperaban en dicha relación eran casi desconocidos y, además, eran los del médico en exclusiva. Los cambios sociales, en general, han propiciado un diálogo entre los valores del profesional de la salud y los del paciente, o el de sus representantes en el caso de que éste no pueda decidir. Esto provoca que la relación médico-paciente sea cada vez más compleja, pero también mucho más humana y es positivo que todos los agentes que participan lo hagan de una manera activa.

La conciencia es una de las principales características que nos hace seres humanos. Es un valor positivo cuando es real, pero se ha trivializado e instrumentalizado y desde las instituciones se debería velar porque no fuera manipulada y respetada por intereses externos. Es fundamental cuando es coherente, auténtica y legítima y nunca puede ir en contra del respeto a la salud de los pacientes.

Es un hecho notorio que la prestación de la asistencia en salud afecta, por definición, a la salud e integridad física de las personas atendidas –e incluso en ocasiones a su propia vida– pero no es menos conocido que la dispensación de las prestaciones de salud incide en otros derechos fundamentales de los pacientes, como acontece con la libertad ideológica y religiosa, bastando señalar al efecto los no infrecuentes supuestos en los que se plantean conflictos entre la libertad personal de los pacientes y la protección de su salud o su vida, o el derecho a la intimidad personal de los pacientes. Pero también puede afectar la dispensación de las prestaciones sanitarias a los derechos fundamentales de terceras personas, como en el caso del aborto o, lo que

constituye el objeto de la presente reflexión, al propio personal de salud, como sucede en el caso de la objeción de conciencia¹. Sea como fuere, no es lícito el “todo vale” para la objeción de conciencia. Habría que articular una protección bidireccional. Hay que cuidar que sea una objeción legítima y coherente, pero hay que velar indefectiblemente por el derecho a la salud de los pacientes.

Objeción de conciencia del profesional de salud

El tema de la objeción de conciencia es un tema obviamente controvertido sobre el que mucho se habla, pero poco se regula y, más si cabe en relación con aspectos de la asistencia sanitaria pública a la finalización voluntaria de la gestación², provoca expresiones de toda índole y opiniones no siempre basadas en reflexiones serenas. Los temas de anticoncepción, en general, generan ya poco debate en nuestros países en estos ámbitos; más enconados son los generados por los temas relacionados con los abortos voluntarios, sobre todo desde la reciente publicación en España de la controvertida ley que desarrolla su práctica.²

Podemos asumir que el principal compromiso de los obstetras y ginecólogos es el de servir al bienestar y salud reproductiva de las mujeres,³ en general. Por su parte, el Comité de Bioética de España reconoce la conveniencia de proceder a una regulación del ejercicio de la objeción en el ámbito de la salud. Esta postura ha sido elaborada tras analizar con detalle los argumentos y valores que están en juego en la objeción de conciencia, así como los derechos que entran en conflicto y que pueden verse vulnerados y concluye que dicha regulación es necesaria para garantizar los derechos y deberes de los pacientes del sistema público, aportar seguridad jurídica a los objetores y centros de atención a la salud y establecer cuándo la objeción de



conciencia responde realmente al ejercicio de la libertad ideológica y religiosa protegida por la Constitución española.

Ciñéndonos a los temas del aborto, uno de los objetos más controvertidos en el análisis bioético de la objeción de conciencia, la Asociación Española de Bioética y Ética Médica defiende la objeción de conciencia del médico a practicar el aborto o a intervenir en su proceso y ha recordado una resolución parlamentaria del Consejo de Europa que señala que “ninguna persona, hospital o institución será coaccionada, culpada o discriminada por negarse a realizar, autorizar, participar o asistir a la práctica de un aborto, eutanasia o cualquier acto que cause la muerte de un feto humano o un embrión por cualquier razón”.⁴ Los diversos tipos de normas que afecten a este derecho deben contemplar, no sólo la objeción de conciencia en la cooperación directa a una acción, sino también muchas otras formas mediáticas de cooperación y que entran dentro de las acciones: autorizar, participar o asistir. La Asociación Española de Bioética y Ética Médica reconoce que los códigos deontológicos son sensibles a las normas sociales y deben ser acordes con la legislación vigente. Por eso “deben (debieran, señalamos nosotros) ser revisados y armonizados cuando hay un cambio legislativo”.

La Asociación Española de Bioética y Ética Médica considera que es un riesgo para los médicos que la Administración realice una interpretación restrictiva de la Ley Orgánica 2/2010, ya que el debate surge en su artículo 19.2, que se refiere a los médicos directamente implicados en la práctica del aborto. AEBI cree que es compatible que las normas deontológicas marquen el grado de excelencia ética profesional y al mismo tiempo indiquen el posible choque con lo legalmente permitido sin que esto suponga un deterioro de la norma deontológica, especialmente de cara, no sólo a los profesionales mismos, sino a otras instancias sociales.

Situaciones como esta seguirán siendo frecuentes en el ámbito de la salud, que son problemáticas desde el punto de vista de la Ética y el Derecho, e incluso situaciones en las que entran en conflicto diferentes derechos fundamentales de las personas afectadas por la relación médico-paciente y de ahí que haya un espacio muy importante en dichas relaciones para las regulaciones deontológicas y para el tratamiento normativo específico de determinadas actuaciones, tratamiento normativo en el que sigue siendo fundamental la necesidad de regular la objeción de conciencia.

Pero es que, además, las características de la actividad sanitaria asistencial, en la que la adopción de las medidas oportunas resulta muchas veces difícil y dolorosa, no sólo para los enfermos y sus familiares, sino también para los propios profesionales de la salud, hacen que el análisis de la materia no pueda abordarse exclusivamente con meras pautas de gestión burocrática, ni tampoco de simple eficiencia o aplicación automática del Derecho a las situaciones fácticas que se plantean a los profesionales de la salud, sino que se requiere lo que el desaparecido Prof. Ruiz Jiménez denominó como “suplemento de alma”, esto es, una especial atención desde el punto de vista de la “individualización, la dignidad y la humanidad en el trato a los pacientes y sus familiares”. Debemos reconocer que el autor que firma estos comentarios no pasaría con holgura seguramente una evaluación de estos matices tan importantes.

Mientras esto reflexionamos, el nuevo titular del Ministerio español de Justicia, antes de cumplirse sus primeros cien días de mandato se comprometió públicamente antes de que se cumpliera un año desde su nombramiento, a reformar nuevamente la controvertida ley 2/2010, pero nada aseguró sobre la necesaria regulación del derecho de los profesionales de la salud a la objeción de conciencia. Sin embargo, ya la entrada en vigor de dicha norma (Ley Orgánica

de Salud Sexual y Reproductiva e Interrupción Voluntaria del Embarazo, en cuyo capítulo de recomendaciones se establecía la urgencia de desarrollar el ejercicio de la objeción de conciencia de acuerdo con los puntos subrayados a propósito por la citada Ley Orgánica española), ha puesto de manifiesto la necesidad de abordar la cuestión, no sólo para el caso de la interrupción voluntaria del embarazo, sino para el conjunto de situaciones que deben afrontarse en el ámbito del sistema público de salud.

Posición del Comité de Bioética de España

Se entiende por “objeción de conciencia” la negativa de una persona a realizar ciertos actos o tomar parte en determinadas actividades, jurídicamente exigibles para el sujeto, para evitar una lesión grave de la propia conciencia.⁵ El Estado de Derecho, en la medida en que reconoce el derecho fundamental a la libertad ideológica y religiosa, puede regular el ejercicio de la objeción de conciencia como manifestación del pluralismo ético y religioso presente en la sociedad. La objeción de conciencia consiste en manifestar la incompatibilidad entre los dictados de la conciencia individual y determinadas normas del ordenamiento jurídico al que la persona se encuentra sujeta, con objeto de ser eximida de llevarlas a cabo sin sufrir sanción.

El Comité de Bioética de España recomienda que la regulación de la objeción de conciencia tenga en cuenta que el ejercicio de la objeción de conciencia es individual y no cabe ejercitarse de forma colectiva, que los centros concertados no puedan esgrimirla de forma institucional, que el sujeto de la objeción debe ser el implicado en la prestación, que la objeción debe ser específica y referida a acciones concretas y que los centros de salud públicos deberán tener los datos relativos a los objetores.

En efecto, la separación entre Derecho y Moral plantea un problema de primera magnitud que

es el de la obediencia al Derecho. Aparte de la importancia, en la actualidad, en la importancia de la fuerza y la coacción como fundamento de la obediencia al Derecho, encontramos en la modernidad las teorías del reconocimiento, para las cuales la obediencia a las leyes descansa en la aceptación y el convencimiento de la validez de las normas jurídicas por parte de los destinatarios.¹ No se trataría tan sólo de un reconocimiento individual o psicológico, cuanto también general o sociológico, en la medida en que el reconocimiento se refiere al ordenamiento jurídico en su conjunto, de sus principios jurídicos más que de normas jurídicas concretas. Pero siempre, frente a las teorías del reconocimiento se puede expresar la objeción de Hans Welzel, según la cual ¿por qué debe valer respecto a mí una norma por razón de que otros la acaten? Evidentemente, esta consideración plantea de entrada una apelación al individualismo moral por lo menos discutible en el seno de una sociedad organizada y normada en la que las normas de convivencia emanan de la generalidad y de las mayorías democráticas; emparentaría con las más sesudas reflexiones de la filosofía del Derecho sobre el respeto a la libertad individual de decisión en cuestiones de moral.

En esta confrontación entre la obediencia y la desobediencia al Derecho el problema existente en la actualidad estriba en que ni la coacción, ni el reconocimiento, ni la fuerza ni el consenso fundamentan y justifican el deber de obediencia al Derecho, pues dichos extremos solamente ofrecen una explicación causal de la validez del Derecho.¹ De ahí la necesidad de superar estos obstáculos y de reconocer la necesidad de remitir a una instancia ulterior de carácter ético; de ahí la necesidad de remitirnos al problema de la legitimidad, la soberanía popular, y el problema de la validez moral del Derecho que, en definitiva, nos llevan al problema de la justicia en su sentido más hondo. Es aquí donde se entremezclan, confluyen e interrela-



cionan derecho, justicia, moral, ética e incluso ética civil.

La naturaleza jurídico-constitucional de la objeción de conciencia en salud es la de un derecho fundamental, que forma parte del contenido esencial de las libertades del artículo 16 de la Constitución española aprobada finalmente en 1978 (y apenas reformada en algunos aspectos parciales desde entonces) (libertad ideológica y religiosa) y más en concreto de la libertad de conciencia, como núcleo común de ambas libertades. En ausencia de regulación legal sobre objeción de conciencia, la eficacia constitucional directa de los derechos fundamentales debiera traducirse en una protección suficiente y efectiva del derecho de objeción de conciencia; sin embargo, “no es ésta la realidad, no percibiéndose con claridad en los medios jurídicos, lo que genera en estos momentos gran inseguridad”.⁶

Posición del Código Deontológico Español

El Código Deontológico recientemente aprobado supone un paso adelante. Es más acorde con la realidad social que vivimos. Aunque se ha criticado la forma como se ha aprobado desde grupos muy determinados, desconociéndose si tienen o no que ver con el sentir de la mayoría de los médicos. Dicho Código de Deontología Médica-Guía de Ética Médica, en su capítulo VI sobre la objeción de conciencia dice que es la negativa del médico a someterse, por convicciones éticas, morales o religiosas, a una conducta que se le exige, ya sea jurídicamente, por mandato de la autoridad o por una resolución administrativa, de tal forma que realizarla violenta seriamente su conciencia;⁷ afirma luego que su reconocimiento es un presupuesto imprescindible para garantizar la libertad e independencia de su ejercicio profesional. No es admisible una objeción de conciencia colectiva o institucional.

Posición de la Ley Orgánica 2/2010, de 3 de marzo, de salud sexual y reproductiva y de la interrupción voluntaria del embarazo

Nuestra actividad como profesionales médicos en el ámbito de la medicina pública y como trabajadores del Sistema Nacional de Salud, en el ámbito de la anticoncepción, está condicionada por la LO 2/2010. Esta Ley se basa en resoluciones internacionales, entre las que se encuentran:

- Convención de las Naciones Unidas (ONU) sobre la eliminación de todas las formas de discriminación contra la mujer, adoptada por la Asamblea General mediante Resolución 34/180, de 18 de diciembre de 1979.
- Plataforma de Acción de Beijing acordada en la IV Conferencia de Naciones Unidas sobre la mujer celebrada en 1995.
- Parlamento Europeo, Resolución 2001/2128(INI) sobre salud sexual y reproductiva y los derechos asociados
- Convención sobre los Derechos de las Personas con discapacidad de 13 de diciembre de 2006, ratificada por España.
- Asamblea Parlamentaria del Consejo de Europa, en su Resolución 1607/2008, de 16 abril, reafirmó el derecho de todo ser humano, y en particular de las mujeres, al respeto de su integridad física y a la libre disposición de su cuerpo.

Si bien “los no nacidos no pueden considerarse en nuestro ordenamiento como titulares del derecho fundamental a la vida que garantiza el artículo 15 de la Constitución”⁸ esto no significa que resulten privados de toda protección constitucional, de acuerdo con las sentencias del alto tribunal que en España sientan jurisprudencia, como la STC 116/1999.⁹ La vida prenatal es un bien jurídico merecedor de protección que el legislador debe hacer eficaz, sin ignorar que la forma en que tal garantía se configure e ins-

trumente estará siempre intermediada por la garantía de los derechos fundamentales de la mujer embarazada.

El legislador ha considerado razonable, de acuerdo con las indicaciones de las personas expertas y el análisis del Derecho Comparado, dejar un plazo de 14 semanas en el que se garantiza a las mujeres la posibilidad de tomar una decisión libre e informada sobre la interrupción del embarazo, sin interferencia de terceros, lo que la STC 53/1985 denomina “autodeterminación consciente”, dado que la intervención determinante de un tercero en la formación de la voluntad de la mujer gestante, no ofrece mayor garantía para el feto y, a la vez, limita innecesariamente la personalidad de la mujer, valor amparado en el artículo 10.1 de la Constitución.⁸

Asimismo se recoge la objeción de conciencia de los profesionales de la salud directamente implicados en la interrupción voluntaria del embarazo, que será articulado en un desarrollo futuro de la Ley.²

Lo expuesto tiene que imbricarse con el bagaje personal de los profesionales de la salud y hacer compatible las creencias, los conocimientos y los posicionamientos de cada uno en el contexto legal que nos obliga a una participación activa en los procesos médicos de planificación familiar.

Relación entre la anticoncepción y la ética

Si la anticoncepción se considera una actividad médica lícita dentro de la llamada salud reproductiva o una acción de la medicina preventiva, ¿qué problema presentaría a la ética? Definamos qué se entiende como anticoncepción; según la Real Academia Española de la Lengua (RAEL) es “acción y efecto de impedir la concepción”. Luego deberemos definir qué se entiende por concepción, y en concreto la

referente al ser humano, proceso por el cual dos gametos de seres humanos de diferente sexo (espermatozoide y óvulo) se unen, combinan su información genética y dan origen a un nuevo ser humano. Su fin es la transmisión de la vida humana o lo que es lo mismo, la preservación de la especie. Pero a fuerza de obviedad, nuestra especie paradigmáticamente por encima de cualquiera otra incluso mamífera, hace muchos siglos que trata de separar intencionadamente el ejercicio de la sexualidad del de la procreación entendiendo éste como un derecho individual (¿o dual?) que precisaría una acción volitiva de mayor entidad, en cuanto que más compleja que el simple disfrute de la sexualidad.

De hecho, podemos afirmar que de forma natural se desarrolló una anticoncepción fisiológica, que se mantuvo inalterada por milenios y fue muy eficiente, ya que la especie humana sobrevivió, se multiplicó y llegó a su estado actual. Éste modelo reproductivo está profundamente arraigado en nuestras mentes e influye en nuestras conductas, en nuestras emociones y percepciones y la expresión de nosotros mismos como hombres y mujeres.

Sin embargo, el modelo reproductivo ha cambiado lentamente como resultado del desarrollo socioeconómico y tecnológico, algo de lo que no estamos siendo conscientes como sociedad. Cuando las comunidades humanas se hacen sedentarias y disponen de cultivos, la lactancia se hizo más corta dado que se introdujeron suplementos en la dieta de los niños y la influencia inhibitoria de la lactancia en la fertilidad se hizo menor, con lo que aumentó el número de hijos que las mujeres tenían. Desde entonces, el interés de regular la fertilidad ha estado presente en la especie humana, como lo mencionan documentos de antiguas culturas. Pero, al no disponer de métodos anticonceptivos eficaces, la especie se multiplicó hasta llegar al fenómeno denominado explosión demográfica.



A pesar de ello, en la línea argumental previa, diremos que la mujer acepta las relaciones sexuales fuera del período fértil, y es la única hembra que lo hace ya que, en casi todas las otras especies (inferiores a los primates superiores al menos), la cópula está restringida a los días en que es posible la concepción. De modo que en una pareja humana que tiene vida sexual regular, la mayoría de los actos sexuales ocurren cuando el fin unitivo está disociado del fin procreativo por la barrera del tiempo. En la vida diaria no siempre se acepta la concatenación de los conceptos mencionados anteriormente y por múltiples motivos se separa el aspecto unitivo del generativo; entonces se desea tener relaciones sexuales pero evitando a los hijos (planificación familiar llamada antiguamente, anticoncepción a secas más estricta, acertada y modernamente) o se busca tener hijos evitando el aspecto unitivo (algunas técnicas de reproducción asistida).

Se cumple en ambas circunstancias el principio de beneficencia ya que se busca el bienestar de los individuos y de la familia y el bien de la especie y el planeta en que vivimos.

Si los programas anticonceptivos se basan en consideraciones económicas y demográficas, sin tomar en cuenta la preocupación y las necesidades de las mujeres y los hombres con respecto a su salud y su condición dentro de la sociedad, encuentran resistencia de parte de quienes defienden los derechos de la mujer, ya que los problemas relacionados con la salud, los derechos de las personas y la condición de la mujer en la sociedad deben tener prioridad sobre las consideraciones demográficas, si queremos cumplir con el principio ético de respeto a las personas y a su libertad. El siglo pasado es el paradigma de los totalitarismos que se iniciaron amparados en la búsqueda de la libertad del hombre; todos conocemos cómo terminaron.

Las características de los métodos anticonceptivos (la forma en que se administran o usan, el mecanismo de acción y los efectos secundarios), parecen neutras desde el punto de vista ético. Desde esta perspectiva, el desafío es ayudar a las personas y las parejas para que puedan identificar el método que es más adecuado para ellas (preconizando por tanto el principio bioético de la autonomía por encima de cualquiera otro), cumpliendo con los principios de respeto a las personas, de beneficencia y de no maleficencia, en todo similar al ejercicio clásico de la medicina.

Las personas que necesitan anticoncepción son mujeres, hombres o parejas, con diferentes características biomédicas y distintos estilos de vida. Están rodeados por familia, amigos, y un grupo social que influye en la vida diaria y en los planes para el futuro. Viven en condiciones culturales, psicosociales y económicas que difieren entre sí y que son dinámicas y cambian a lo largo del tiempo. Están inmersos en un sistema de valores y en vivencias según su género, con distintos niveles de conciencia de la influencia que esto tiene en las conductas. Es en este contexto en que se toman las decisiones sobre conductas sexuales y reproductivas. Dichas decisiones son difíciles para la mayoría de las personas porque incluyen muchos aspectos, algunos de ellos difíciles de comprender o aceptar y porque tienen consecuencias a corto y largo plazo para la vida personal y familiar. Por lo tanto, los principios éticos mencionados deben estar presentes en los profesionales, para que informen y apoyen el proceso de decisión al elegir un método en lugar de prescribir uno sólo desde la perspectiva médica o las preferencias de los profesionales involucrados.

Ninguno de los métodos conocidos para el control de la fertilidad satisface el ideal de seguridad, eficacia plena, efectividad, reversibilidad, facilidad de uso y economía, para su empleo y

aceptación generalizada tanto ética como religiosa, siendo esta situación causa de conflicto personal entre algunas usuarias.

Aspectos que pueden influir en la bioética de la anticoncepción

La anticoncepción protege la vida y la salud de las personas. Evita embarazos no deseados, abortos y permite establecer el momento adecuado para la concepción en mujeres con patologías que pueden alterar el embarazo. Un análisis pormenorizado de los aspectos éticos que pueden influir e incluso a veces mediatizar en las decisiones a adoptar en el terreno de la anticoncepción, nos obliga a considerar al menos algunos de los siguientes, a saber:

- *Derecho a la libertad de pensamiento y a la libertad de conciencia y de religión*, como dice el preámbulo de la Ley Orgánica Española 2/2010, ya mencionada, en una sociedad pluralista, conviven personas con diferentes valores y posiciones religiosas que requieren respeto y tolerancia, de acuerdo al principio de respeto a las personas.
- *Derecho a la información y educación*. Esto significa que el personal de los servicios debe proporcionar a quienes consultan información completa e imparcial acerca de los métodos anticonceptivos, para que puedan escoger el que les parezca más conveniente y ello de manera independiente de cuál o cuáles sean sus opiniones personales o sus posturas ideológicas o morales sobre la cuestión. Ello nos dirige de inmediato al siguiente epígrafe.
- *Derecho a la equidad*. Todas las personas tienen derecho a ser atendidas, independientemente de su condición social, situación económica, creencias, origen étnico, condición marital, edad o cualquier otra característica.
- *Derecho al acceso a los beneficios del progreso científico*. Ello impone obligaciones éticas a los profesionales de la salud ya que implica que deben guiarse según estándares derivados de la evidencia científica actual en cuanto a los métodos usados (medicina basada en la evidencia) (MBE) y en cuanto a la organización y gestión para la entrega oportuna y eficaz de métodos de planificación familiar (evidencia proveniente de la investigación en servicios de salud e investigación operativa). Obviamente, acceder a los beneficios del progreso científico requiere capacitación del personal e inversión de recursos económicos para que las alternativas anticonceptivas estén disponibles, lo que pasa por decisiones políticas y administrativas que no siempre reconocen este derecho.¹⁰
- *Derecho al cuidado de la salud*. Las personas tienen el derecho a preservar su salud, no sólo al prevenir embarazos no deseados, sino también durante el uso de los anticonceptivos. Esto implica conocer las alternativas anticonceptivas existentes y poder elegir entre aquellas más convenientes y seguras para la persona, desde el punto de vista biomédico. Parece importante destacar que la falta de preparación de los proveedores de servicio atenta (y puede hacerlo gravemente) contra el principio de no maleficencia e incluso contra el derecho a la equidad de las personas.
- *Derecho a formar una familia, tener hijos o no hacerlo*. Los conceptos de maternidad y paternidad voluntaria y responsable son culturalmente aceptados así como el deseo de los padres de mejores condiciones de vida del grupo familiar y mejor educación para los hijos. Sin embargo, existen distintas concepciones de lo que debe ser una familia y diferentes posiciones



con respecto al ejercicio de la sexualidad desligada de la reproducción. De acuerdo con el principio de respeto de las personas, el personal proveedor de salud y sus cuidados debe atender a quienes solicitan anticoncepción sin anteponer sus posiciones ideológicas con respecto a lo que es una familia, al ejercicio de la sexualidad sin desear la reproducción o al uso de ciertos métodos anticonceptivos.

- *Derecho a la privacidad y confidencialidad.* El principio de respeto a las personas implica que, al debatir sus necesidades o preocupaciones, tienen derecho a hacerlo en un ambiente en que sientan confianza sin ser escuchadas por terceros. Cuando se hace un examen físico, este debe realizarse en un ambiente en que se respete el carácter privado de dicho examen. Los nuevos programas informáticos de control de la información médica, el abandono progresivo del papel como medio vehicular de la consulta, propone preciosos retos bioéticos al cuidado de la confidencialidad que en los próximos años supondrá severos problemas a la administración sanitaria (pública o privada) no cuidadosa de estos menesteres.
- *Derecho a la libertad de opinión y expresión.* Finalmente nos parece necesario incluir que, de acuerdo al principio de respeto por las personas, estas tienen derecho a expresar su opinión sobre los métodos anticonceptivos y sobre la calidad del servicio que reciben. Sus opiniones y sus sugerencias para la introducción de cambios en los servicios deben considerarse siempre en forma positiva.

Sugerencias éticas para los profesionales dedicados a la anticoncepción

Los valores no son esencias inmutables, sino que los seres humanos tenemos que irlos construir

yendo, y sólo al hacerlo nos damos real cuenta de su importancia.¹⁰ La crisis de valores que se achaca a la sociedad en la que vivimos no es probablemente otra cosa que el cambio de los valores que de forma progresiva vamos haciendo entre todos; ya no hay referente en el Este, se ha caído, con el muro de Berlín, el antagonismo de dos modelos de sociedad enfrentados de manera irreconciliable. Por ello, también los nuevos valores deben hacernos pensar en nuevos aspectos sociales que deberemos tener en cuenta (quién dudaría hoy de incluir en ello la ecología, el cuidado de nuestro suelo o de nuestra atmósfera).

Así, en la anticoncepción de hoy, los valores son probablemente diferentes que escasamente hace unos veinticinco años, cuando la esterilización quirúrgica podría ser considerada una intervención mayor, respecto a hoy mismo, cuando se practica en centros ambulatorios sin necesidad de anestesiar a los pacientes sean hombres (a través de vasectomías ambulatorias) o mujeres (mediante oclusiones tubáricas trans-histeroscópicas). Repasemos por lo tanto, en este contexto, algunas ideas o sugerencias en el terreno de la anticoncepción desde esta perspectiva de una nueva bioética:

1) En planificación familiar la información aislada no es suficiente y se necesita asesoramiento o consejo y, desde el punto de vista ético es importante incluir este aspecto en los servicios que se ofrecen. La sugerencia es necesaria cuando las personas eligen un método anticonceptivo, para que la opción tomada sea la mejor de acuerdo a sus condiciones de salud y situación de vida, y también mientras usan la anticoncepción, ya que hay diferentes reacciones a los beneficios o a los problemas que se experimentan durante el uso del método elegido.

2) Desde el punto de vista ético, las relaciones deben ser transversales, de tal manera que el proceso de comunicación entre médicos y usuarias

rias se dé en un contexto de igualdad de poderes para cumplir con el principio de respeto a las personas y facilitar así el mandatorio principio bioético de la autonomía del paciente. Además, quienes se perciben y son percibidos como protagonistas de sus decisiones, actúan en forma más responsable, tienen más posibilidades de usar correctamente el método o procedimiento que elijan y de estar satisfechos con su conducta. Sólo en estas condiciones se llega a un consentimiento informado válido, en cuanto que corolario de la información completa y veraz.¹¹

3) Esta información debe incluir, por lo menos, cuáles son los métodos disponibles en el servicio, cuáles son las características de cada método (eficacia, modo de uso, efectos secundarios, duración, etc.) y las razones médicas que pueden limitar sus opciones. Igualmente, la disponibilidad de otros métodos eficaces, aún no siendo ofertados por el garante del servicio en donde tenga lugar la información (aún siendo este lugar dependiente de la administración sanitaria pública); solo así será ésta completa.

4) El personal de salud no puede (ni debe) imponer sus posiciones religiosas o sus valores a las personas que atiende y debe respetar la diversidad de pensamiento, conciencia y religión de las personas atendidas. La entrega de ciertos anticonceptivos como los dispositivos intrauterinos y la anticoncepción de emergencia puede ser rechazada por algunos miembros del personal de salud que considera que su mecanismo de acción no es aceptable. La conducta éticamente aceptable es derivar a otro profesional de la salud antes de negar en algún caso la información.

5) De hecho, la objeción de conciencia de determinados profesionales implicados en la asistencia en anticoncepción no puede prevalecer sobre el derecho a la información del o la usuaria. Y ello debiera ser de aplicación a los estudiantes de medicina y la enseñanza de las

diversas técnicas de interrupción de la gestación, independientemente de la orientación religiosa de las estructuras académicas.¹¹

6) En lo que respecta al derecho a la objeción de conciencia de algunos profesionales, los registros de objetores de conciencia que se están haciendo en algunas comunidades son un lamentable error que puede suponer, incluso, una coacción moral para los allí censados. Habría que formalizar un comité que analizara la legitimidad y coherencia de cada objeción de conciencia de los profesionales de la salud que alegan ser objetores. Algunas podrían ser inadmisibles.¹²

Adolescencia, anticoncepción y objeción de conciencia

Al revisar los temas relacionados con los aspectos bioéticos y jurídicos de la anticoncepción, capítulo aparte merece observar algunas consideraciones sobre el aspecto concreto de estos temas en el grupo etario de la adolescencia. De hecho, por ejemplo, en México hemos vivido en los últimos años un cambio importante en los hábitos sexuales de la población; más aún estos hábitos han cambiado el paradigma de la sexualidad en la población joven y adolescente. Comprobamos que el número de adolescentes que inician con vida sexual se ha incrementado en los últimos años, al pasar del 15% del total de los mismos al 23% entre 2006 y 2012, respectivamente. Si bien es cierto que según datos oficiales este incremento en la actividad sexual se ha acompañando del conocimiento de métodos anticonceptivos (del 69 al 90% en el mismo periodo), dicho conocimiento no ha repercutido en las tasas de embarazo, ya que del total de las adolescentes de 12 a 19 años de edad que tuvieron relaciones sexuales, la mitad (51.9%) reportó haber estado alguna vez embarazada.¹³ Esto conlleva un grave problema de salud pública, el cual al menos en México, no se ha podido todavía revertir.



Este tema es importante en el corolario de la objeción de conciencia y anticoncepción, ya que la sociedad mexicana en su conjunto ha estigmatizado las relaciones sexuales prematrimoniales, lo que ha impedido el acercamiento de los adolescentes al sistema de salud (ya sea público o privado). Un ejemplo se encuentra en una publicación mexicana que exploró las actitudes hacia la sexualidad en un grupo de adolescentes embarazadas menores de 16 años, quienes mencionaron (39.5%) que los novios o parejas no deben tener ninguna actividad sexual (siendo que ellas ya estaban embarazadas!).¹⁴ Este estigma alcanza también a los profesionales de la salud, ya que en una encuesta realizada a ginecólogos mexicanos, al ser cuestionados por las barreras a las que se enfrenta el sistema de salud para ofrecer asesoría y prescripción anticonceptiva a adolescentes, mencionaron a la sociedad (“a esta edad no se debe hablar de sexualidad y anticoncepción”), a los padres de familia (“se teme que los padres se molesten”) y temores legales (“puede crear problemas jurídicos, ya que los adolescentes son menores de edad”) (datos no publicados de Josefina Lira Plascencia).

Las sugerencias éticas para los profesionales dedicados a la anticoncepción están también sustentadas en el marco legal de nuestro país; al igual que en España, en México el marco legal está basado en resoluciones nacionales e internacionales, las cuales están reflejadas en la Norma Oficial Mexicana de los Servicios de Planificación Familiar (NOM 005-SSA2-2004). En este documento oficial se consagra el derecho que todos los individuos, sin importar su sexo, edad, raza, condición social o política, credo o preferencias sexuales tienen en relación al derecho a la información, a la libre decisión, a la protección en salud, a la no discriminación, al estándar más alto posible en salud y a gozar de los beneficios del progreso científico.¹⁵ Más aún, dicha Norma Oficial manda que se dé

particular atención a grupos vulnerables, dentro de los cuales se consideran a los adolescentes. La misma *Constitución Mexicana* en el artículo cuarto señala que “toda persona tiene derecho a decidir de manera libre, responsable e informada sobre el número y espaciamiento de sus hijos”.¹⁶ Por ello, sorprende que los profesionales de la salud tengan temores en la consejería y prescripción de anticonceptivos para este grupo de edad, aún cuando estos sean menores de edad.

Si bien es cierto que el médico puede manifestar objeción de conciencia (en el caso de convicción religiosa) para la prescripción incluso para la asesoría anticonceptiva, en el entendido de que para la sociedad mexicana tradicionalista “lo ideal es no tener relaciones sexuales fuera o antes del matrimonio”, conviene traer a colación la Ley Reglamentaria del artículo 24 constitucional denominada Ley de Asociaciones Religiosas y Culto Público en su artículo primero, segundo párrafo: “Las convicciones religiosas no eximen en ningún caso del cumplimiento de las leyes del país. Nadie podrá alegar motivos religiosos para evadir las responsabilidades y obligaciones prescritas en las leyes”.¹⁷

Sin embargo, no siempre es posible obtener concordia entre los elementos personales de la relación jurídica médico-paciente y existe siempre la posibilidad de una virtual confrontación de derechos que, en términos de garantías constitucionales y derechos personales, nos lleva a la necesidad de armonizar el derecho a la protección de la salud de la paciente, el derecho al libre ejercicio profesional y la autonomía de la paciente. El equilibrio de estos derechos se centra en un elemento principal que asegura la protección a la salud: el consentimiento informado, que se refiere a un principio ético y dispone que el médico está obligado a manifestar al paciente (adolescente) los beneficios y posibles riesgos de cualquier tratamiento (en este caso un método anticonceptivo). El documento

escrito es el resguardo legal de que el personal médico ha informado y de que el paciente ha comprendido la información. Por esto, el consentimiento informado es la manifestación de la actitud responsable y bioética del personal médico, que eleva la calidad de los servicios y que garantiza el respeto a la dignidad y a la autonomía de las personas.

Conferencias internacionales en el área de salud reproductiva (cuyas declaraciones han sido firmadas por México y España) refuerzan este mensaje. En la Conferencia Internacional sobre Población y Desarrollo (El Cairo, 2004) se señaló: *“El propósito de los programas de planificación familiar debe ser permitir a las parejas y las personas decidir de manera libre y responsable el número y el espaciamiento de sus hijos y obtener la información y los medios necesarios para hacerlo, asegurándose de que ejerzan sus opciones con conocimiento de causa y tengan a su disposición una gama completa de métodos seguros y eficaces. El principio de la libre elección basada en una buena comunicación es indispensable para el éxito a largo plazo de los programas de planificación familiar”*.¹⁸ En la Cuarta Conferencia Mundial sobre la Mujer (Beijing, 1995), se declaró la importancia de asegurar la elección de anticonceptivos de manera responsable, informada y libre, proporcionando información completa y exacta sobre una variedad de métodos y opciones médicas, incluyendo los posibles beneficios y efectos secundarios, que permita a las personas y las parejas adoptar decisiones voluntarias e informadas.¹⁹

La NOM 005-SSA2-2004 recuerda que todos los métodos de uso temporal, como los hormonales orales, inyectables y subdérmicos, los dispositivos intrauterinos (de cobre y levonorgestrel), los condones (masculinos y femeninos), el diafragma y los espermaticidas son recomendables para las y los adolescentes; por lo tanto, no existe ningún impedimento de orden normativo o legal

para prescribirlos. Los métodos permanentes en este grupo de edad requieren (tanto para su promoción como para su realización), de un proceso de evaluación integral de la condición clínica específica y de su situación reproductiva, en caso de que el adolescente lo solicite.¹⁵ Sin embargo, los ginecólogos consideran que la NOM 005-SSA2-2004 no es clara cuando se refiere al tema de consejería y prescripción para adolescentes, sugirieron que necesita ser más explícita al respecto (datos no publicados de Josefina Lira Plascencia). Esta situación hace más difícil la adecuada asesoría anticonceptiva en adolescentes, por lo que no sorprenden las altas tasas de embarazo en este grupo de edad y este sí es un problema que merece atención urgente en cualquier caso.

Entre los beneficios de incrementar la anticoncepción entre los adolescentes se encuentran: la promoción de relaciones sexuales seguras y responsables, el logro de mejores niveles de vida, la prevención de los embarazos no planeados y la práctica de abortos inseguros, además de una reducción de la mortalidad materna e infantil.

Los adolescentes tienen (al igual que las personas adultas), el derecho a recibir un trato respetuoso y al proceso de consentimiento informado. Es de vital importancia resaltar que no se requiere del consentimiento de los padres o las madres para que reciban información, consejería y el método que hayan en su caso elegido.^{15,20}

La sociedad mexicana, la española en su caso, los mismos adolescentes y los profesionales de la salud, debieran reflexionar sobre la responsabilidad que tienen cuando se plantea el tema de embarazos no planeados y no deseados; no hay solución concreta en ningún terreno, la solución es una participación comprometida, libre de prejuicios y basada en el marco legal vigente.



Reflexión final

Desde el punto de vista ético y de forma muy simplista analizado el asunto, podríamos decir que coexisten dos corrientes principales; la primera de ellas considera que de acuerdo con la libertad personal y en aras de su autonomía, la mujer puede decidir el momento del embarazo y el número de los mismos separando totalmente los aspectos unitivos o sexuales de los generativos o fecundativos para no perder el disfrute de la sexualidad pero, al mismo tiempo, no tener el inconveniente de una gestación, que interferiría definitivamente en su calidad de vida de acuerdo con sus metas personales.

Esta forma de pensar considera que los avances en la ciencia y tecnología son logros que se deben utilizar para lograr los deseos del individuo. Es decir, si son útiles para los fines que quiero, son buenos. En el caso extremo no importa que por evitar tener un hijo, se tenga que recurrir a métodos abortivos. Podría considerarse una conducta individualista, hedonista y utilitarista.

En el otro lado está el movimiento en el que se considera la indivisión de los aspectos sexuales y reproductivos, como fundamental para la valoración ética por lo que consideran como igualmente ilícito utilizar cualquier método anticonceptivo. Esta corriente de pensamiento otorga el mismo valor moral a utilizar métodos naturales por causas no graves, a emplear el preservativo, la intercepción o anticoncepción de emergencia, el dispositivo endo-uterino o intra-uterino (DIU), etc.

El antagonismo entre ambos se antoja irreconciliable; probablemente sea más favorable para la usuaria de los servicios de salud tratar de buscar la verdad en conciencia y actuar en consecuencia y hacerlo de una forma íntima, personal, sincera y libre, mientras se le proporciona la

información más completa y veraz en términos de excelencia.

Tenemos, todos los médicos, el derecho de defender nuestra verdad si es preciso con vehemencia, pero también y por encima de ello, la obligación profesional y ética de respetar totalmente a las personas que piensan diferente aunque sus ideas no encajen con las propias; así, deberemos luchar contra las ideas contrarias a las nuestras y nunca contra las personas que las posean. Su autonomía está por encima de nuestra objeción de conciencia, aunque sea evidente que no todas las ideas, por el simple hecho de ser de alguien, sean ni defendibles ni lícitas.^{11,12}

REFERENCIAS

1. De Lorenzo R. "Objeción de conciencia y justicia" En: Ecos y comentarios. Accesible en <http://www.redaccionmedica.com/edicion/26-04-2011>. Último acceso el 11.03.12.
2. Ley Orgánica 2/2010, de 3 de marzo, de salud sexual y reproductiva y de la interrupción voluntaria del embarazo. BOE Núm. 55, jueves 4 de marzo de 2010 Sec. I. Págs. 21001- 21014. En <http://www.boe.es>
3. Comité para el estudio de los aspectos éticos de la reproducción humana y salud de la mujer de la FIGO. "Recomendaciones sobre temas de ética en Obstetricia y Ginecología". Nov 2006.
4. Ética y deontología. En <http://derecho.publicacionmedica.com/noticia/la-asociacion-espanola-de-bioetica-defiende-que-no-se-realice-una-interpretacion-restrictiva-de-la-ley-organica-22010>. Última consulta el 13.10.14.
5. Comité de Bioética de España. Opinión del Comité de Bioética de España sobre la objeción de conciencia en sanidad. En <http://www.comitedebioetica.es/documentacion/docs/es/La%20objecion%20de%20conciencia%20en%20sanidad.pdf>. Última consulta el 13.10.14.
6. Comité de Bioética de España. Opinión del Comité de Bioética de España a propósito del proyecto de ley orgánica de salud sexual y reproductiva y de la interrupción voluntaria del embarazo. En http://www.comitedebioetica.es/documentacion/docs/es/consenso_interrupcion_embarazo_comite_bioetica_oct_2009.pdf. Última consulta el 13.10.14.
7. Organización Médica Colegial de España (OMC). En https://www.cgcom.es/sites/default/files/codigo_deontologia_medica_0.pdf. Última consulta el 13.10.14.
8. Constitución española de 1978. En <http://www.boe.es/aeboe/consultas/enlaces/documentos/Constitucion->

CASTELLANO.pdf Última consulta el 13.10.149. Tribunal Constitucional (Pleno). Sentencia núm. 116/1999 de 17 junio RTC\1999\116. Recurso de Inconstitucionalidad núm. 376/1989. En http://www.poderjudicial.go.cr/salaconstitucional/cefcca/Documentos/Bioetica/Bioetica%20Vernet/STC_116_1999.pdf. Última consulta el 13.10.14.

10. Gracia D. <http://derecho.publicacionmedica.com/noticia/la-ley-debe-exigir-al-medico-que-informe-sobre-la-interrupcion-del-embarazo>. Última consulta el 13.10.14.
11. Neyro JL. Evaluación crítica de la legislación en reproducción asistida en España; una aproximación bioética. Tesis fin de Master. Magisterio Interuniversitario en Bioética. 2^{ed}. Universidades de La Laguna, Las Palmas de Gran Canaria y del País Vasco UPV-EHU. 2005-2007.
12. Neyro JL. Anticoncepción y posiciones bioéticas personales; de la obligación del servicio público a la libertad de conciencia. Abstracts oficiales del XI Congreso Nacional de la Sociedad Española de Contracepción (SEC). Las Palmas de Gran Canaria, 28 a 30, Marzo, 2012. Disponible en <http://sec.es/congresos/index.php>.
13. Encuesta Nacional de Salud y Nutrición 2012. Instituto Nacional de Salud Pública, Secretaría de Salud. Accesible en: <http://ensanut.insp.mx/informes/ENSANUT2012ResultadosNacionales.pdf>.
14. Diaz-Franco EC, Lira-Plascencia J, Watty-Martínez A, Acosta-Bourne M. La adolescente embarazada: información, creencias y actitudes hacia la sexualidad. Ginecol Obstet Mex 2013; 81: 693-699.
15. Norma Oficial Mexicana NOM-005-SSA2-1993 de los servicios de planificación familiar. Accesible en: <http://www.salud.gob.mx/unidades/cdi/nom/rm005ssa293.html>.
16. Artículo 4 de la Constitución Política de los Estados Unidos Mexicanos (Diario Oficial de la Federación). Accesible en: <http://info4.juridicas.unam.mx/juslab/leylab/250/5.htm>.
17. Ley de Asociaciones Religiosas y Culto Público. Cámara de Diputados del H. Congreso de la Unión. Accesible en: <http://www.diputados.gob.mx/LeyesBiblio/pdf/24.pdf>.
18. Conferencia Internacional sobre Población y Desarrollo, El Cairo 1994, párrafo 7.12. Accesible en: <http://www.un.org/popin/icpd2.htm>.
19. Cuarta Conferencia Mundial sobre la Mujer, Beijing, 1995. Accesible en: <http://www.un.org/womenwatch/daw/beijing/pdf/Beijing%20full%20report%20S.pdf>.
20. En México sí se puede ofrecer servicios de anticoncepción a adolescentes: normatividad nacional e internacional. Ipas México. Accesible en: <http://www.codajic.org/sites/www.codajic.org/files/En%20Mexico%20si%20se%20pueden%20ofrecer%20servicios%20de%20anticoncepcion.pdf>.