Ciudad de México, a 2 de octubre de 2018

Suprema Corte de Justicia de la Nación:

Quienes firmamos este *amicus curiae* somos miembros del Colegio de Bioética, una asociación civil multidisciplinaria, laica, no lucrativa y no gubernamental, formada por académicos expertos en sus respectivos campos del conocimiento. El Colegio de Bioética tiene entre sus objetivos el de sugerir, opinar y en general, colaborar con instituciones públicas para el diseño y evaluación de legislación y de políticas públicas en todos los temas que estén relacionados con la bioética.

Quienes firmamos este documento diferimos en muchas de nuestras opiniones en bioética, pero estamos unidos en esta ocasión para manifestar nuestro rechazo a la modificación al artículo 10 bis de la Ley General de Salud, en materia de objeción de conciencia, publicado en el Diario Oficial de la Federación el 11 de mayo de 2018. Por ello, queremos apoyar la demanda de acción de inconstitucionalidad promovida por la Comisión Nacional de los Derechos Humanos el 11 de junio de 2018 ante este alto tribunal. Pensamos que la redacción del artículo es sumamente defectuosa, tanto que vulnera el derecho a la protección de la salud de la población, así como otros derechos garantizados en la Constitución.

El artículo publicado en el Diario Oficial quedó como sigue:

> **ARTÍCULO 10 Bis.-** El Personal médico y de enfermería que forme parte del Sistema Nacional de Salud, podrán ejercer la objeción de conciencia y excusarse de participar en la prestación de servicios que establece esta Ley.
>
> Cuando se ponga en riesgo la vida del paciente o se trate de una urgencia médica, no podrá invocarse la objeción de conciencia, en caso contrario se incurrirá en la causal de responsabilidad profesional.
>
> El ejercicio de la objeción de conciencia no derivará en ningún tipo de discriminación laboral.

Pensamos que la manera como ha sido introducida la objeción de conciencia en la Ley es inapropiada, ya que carece de sustento ético y genera problemáticas serias que contravienen derechos protegidos constitucionalmente, a saber:

1. La objeción de conciencia no constituye un derecho absoluto

Entendemos por objeción de conciencia en la medicina la negativa del personal médico y de enfermería a realizar ciertos actos (médicos) o a tomar parte en actividades científica y legalmente aceptadas, que se encuentran dentro del ámbito de su competencia, aduciendo la trasgresión que dicho acto hace a su libertad de convicciones éticas, de conciencia o de religión (principios morales y creencias religiosas personales).

La objeción de conciencia puede, en algunas circunstancias específicas, basarse en el derecho fundamental de los individuos a desarrollar sus propias convicciones éticas, de conciencia y de religión establecidas en la Constitución Política de nuestro país, así como en la Declaración Universal de los Derechos Humanos. La objeción de conciencia no puede ser un derecho general y menos aún absoluto, ya que existen límites éticos y legales que restringen su alcance, ámbito y formas de ejercicio, para evitar el abuso que, consciente o inconscientemente, pudiera constituir una interferencia o violación injustificada a otros derechos también establecidos y protegidos por la ley. En el ámbito sanitario resulta evidente que lo que se genera es un grave riesgo de interferir con el derecho de las personas al máximo nivel posible de atención de la salud.

La modificación a la Ley General de Salud genera, para el personal médico y de enfermería, la posibilidad de excusarse en la prestación de los servicios que la misma Ley resguarda argumentando conflicto con sus convicciones morales. El principal problema de la modificación es que considera la objeción de conciencia como un derecho absoluto, desde una perspectiva que se ha llamado “absolutismo de la conciencia”, según el cual un proveedor de atención médica tiene derecho a no realizar cualquier acción contraria a su conciencia bajo cualquier circunstancia, es decir, no está obligado a proporcionar ningún bien o servicio que viole su conciencia. Este absolutismo es insostenible por múltiples razones.

Nuestra legislación puede reconocer la posibilidad de ejercer la objeción de conciencia —sustentada en el derecho a la libertad de convicciones éticas, de conciencia y de religión, reconocido en el artículo 24 de la Constitución—, pero no darle el carácter de un derecho absoluto, es

decir, a imponerlo sobre los derechos de terceras personas y así anularlos. Entre ellos están el derecho a la protección de la salud, a la no discriminación, y a la igualdad, entre los más relevantes. La manifestación de la libertad de convicciones éticas, conciencia y religión, a través de la objeción de conciencia, debe ser, por eso, un derecho restringido y condicionado contextualmente.

El absolutismo de la conciencia no se sostiene porque está basado en el supuesto de que hay derechos absolutos. Como lo ha afirmado en repetidas ocasiones la Suprema Corte de Justicia, nuestra Constitución no reconoce derechos absolutos,[1] es decir, no reconoce derechos que de manera *a priori* anulen cualquier otro derecho. Por eso, la objeción de conciencia no debe ser reconocida como un derecho absoluto, cuya única restricción sea el caso extremo de una situación de urgencia o que ponga en riesgo la vida del paciente.

Adicionalmente, el reconocimiento que hace el artículo 10 bis de la objeción de conciencia no es proporcional, al no prever los efectos negativos sobre otros derechos humanos reconocidos en la Constitución y en tratados internacionales, lo cual torna la ley que lo reconoce como inconstitucional. La Suprema Corte de Justicia ha establecido jurisprudencia donde aparece el criterio de proporcionalidad, precisamente en los casos donde se legisla restringiendo un derecho fundamental. En el caso que estamos discutiendo se reconoce un derecho a la objeción de conciencia, pero este reconocimiento, en términos absolutos, implica necesariamente restringir o poner en riesgo otros derechos, por lo que el criterio de proporcionalidad es relevante.

[1] La Suprema Corte de Justicia ha dicho: "Ningún derecho fundamental es absoluto y en esa medida todos admiten restricciones. Sin embargo, la regulación de dichas restricciones no puede ser arbitraria. Para que las medidas emitidas por el legislador ordinario con el propósito de restringir los derechos fundamentales sean válidas, deben satisfacer al menos los siguientes requisitos: a) ser admisibles dentro del ámbito constitucional, esto es, el legislador ordinario sólo puede restringir o suspender el ejercicio de las garantías individuales con objetivos que puedan enmarcarse dentro de las previsiones de la Carta Magna; b) ser necesarias para asegurar la obtención de los fines que fundamentan la restricción constitucional, es decir, no basta que la restricción sea en términos amplios útil para la obtención de esos objetivos, sino que debe ser la idónea para su realización, lo que significa que el fin buscado por el legislador no se pueda alcanzar razonablemente por otros medios menos restrictivos de derechos fundamentales; y, c) ser proporcional, esto es, la medida legislativa debe respetar una correspondencia entre la importancia del fin buscado por la ley, y los efectos perjudiciales que produce en otros derechos e intereses constitucionales, en el entendido de que la persecución de un objetivo constitucional no puede hacerse a costa de una afectación innecesaria o desmedida a otros bienes y derechos constitucionalmente protegidos." Tesis Jurisprudencial num. 1a./J. 2/2012 (9a.) de Suprema Corte de Justicia, Primera Sala, disponible en: https://suprema-corte.vlex.com.mx/vid/jurisprudencial-primera-sala-jurisprudencia-362782710. Véase también Amparo en revisión 173/2012. 6 de febrero de 2013, disponible en https://sjf.scjn.gob.mx/sjfsist/Documentos/Tesis/2003/2003975.pdf, y "Restricciones a los derechos fundamentales", disponible en http://sjf.scjn.gob.mx/sjfsist/Documentos/Tesis/160/160267.pdf.

Por otro lado, la introducción del artículo 10 bis en la Ley fue seriamente cuestionado en las "Observaciones al noveno reporte periódico sobre México" del Comité para la Eliminación de todas las Formas de Discriminación Contra las Mujeres (CEDAW, por sus siglas en inglés), de la Organización de las Naciones Unidas, en su reciente reunión de julio de 2018.[2] En sus comentarios al reporte del gobierno de México, menciona que la introducción de la objeción de conciencia "puede generar barreras para el acceso de las mujeres a un aborto seguro y a anticoncepción de emergencia, especialmente en áreas rurales y remotas". En virtud de esto y en concordancia con la recomendación general No. 24 (1999) sobre mujeres y salud, el Comité recomienda que la objeción de conciencia sea considerada "siempre y cuando no ponga la vida de la madre en riesgo y que no impida el acceso de mujeres y niñas a un aborto seguro; y asegure que en tales casos mujeres y niñas sean referidas a otro proveedor apropiado" (acceso que, *per se*, se encuentra gravemente restringido por otros motivos de tipo regulatorio, operativo y presupuestal, como se menciona más abajo).

2. Contexto mexicano

Una implicación grave de la modificación al artículo 10 bis es que de manera indirecta genera una presión laboral seria en el sistema de salud, el cual, de por sí, se encuentra por debajo de las recomendaciones internacionales en cuanto a profesionales de la salud (médicos y de enfermería) y que, derivado de la modificación hecha, ahora supondría que las instituciones de salud dividan a su menguado personal en objetores y no objetores. Si bien la Ley no especifica que las autoridades sanitarias tengan la obligación de contar, en todas las instalaciones de atención médica, con personal no objetor que atienda a los pacientes, es un hecho que implica una verdadera necesidad para poder mantener un nivel aceptable de provisión de servicios.

Esto es particularmente importante en el contexto mexicano. Por un lado, reportes recientes muestran que México se encuentra en el poco deseable lugar 126 de 195 países en cuanto a su calificación en el Índice de Calidad y Acceso a la Salud.[3] Por otro lado, nuestro país no cuenta con el suficiente personal médico que cubra las necesidades de salud de toda la población. Por ejemplo, un estudio realizado por la Joint Learning Initiative en 2004 afirma que los países con menos de 2.5

[2] Committee on the Elimination of Discrimination Against Women, "Concluding observations on the ninth periodic report of Mexico", 20 de julio de 2018. Disponible en: https://ilsb.org.mx/wp-content/uploads/2018/07/INFORME_CEDAW_MEXICO_2018_ENGLISH.pdf.

[3] "Global Burden of Disease Study", *The Lancet* 390 (2017): 231-266.

profesionales de la salud por cada 1,000 habitantes (contando sólo médicos, enfermeras y parteras) no alcanzan una tasa de cobertura del 80% para los partos realizados. Esto tiene graves consecuencias en términos de morbilidad y mortalidad materna. Según datos de 2014 de la Organización para la Cooperación y el Desarrollo Económico (OCDE), en México hay 2.2 médicos por cada 1,000 habitantes (los países europeos tienen un promedio de 3.06), y el 50% no tiene especialidad. Este nivel de cobertura médica muestra que, además de la atención en maternidad, muchos otros servicios médicos son deficitarios, lo que implica ya un riesgo en el tratamiento de muchos padecimientos. De todos los médicos, el 44.1% están distribuidos en los cinco estados más ricos del país (Ciudad de México, Estado de México, Jalisco, Veracruz y Nuevo León); el resto está en los 27 estados restantes, donde hay muchas comunidades rurales que no cuentan con médicos. Es muy probable que, si se reconoce sin restricciones la objeción de conciencia en todo el país, no habrá suficiente personal para realizar muchas acciones y procedimientos que los médicos objetores se negarían a realizar por considerar que lastiman sus principios morales. Entre estos se encuentran aquellas acciones asociadas con la salud reproductiva de las mujeres (anticoncepción convencional, anticoncepción de emergencia y terminación del embarazo).

3. Restricciones a la objeción de conciencia

Los ciudadanos de nuestro país están protegidos en cuanto a su acceso a la salud (artículo 4 de la Constitución Política de México) y la Corte se ha pronunciado al respecto de la mayor atención de la salud posible.[4] Cualquier mención del ejercicio de la objeción de conciencia en la medicina debe introducir restricciones que lo condicionen con objeto de proteger el derecho a la mayor calidad de atención de la salud posible. Esto es especialmente relevante en áreas rurales de nuestro país donde el acceso a la salud está de por sí comprometido, dejando a los pacientes en mayor vulnerabilidad. Esto justifica considerar las restricciones y condiciones especiales que deben exigirse ante cualquier ejercicio pretendido de la objeción de conciencia en el sistema médico. Consideramos como mínimo la presencia de las siguientes:

[4] Véase, por ejemplo, la resolución de la Corte sobre el pabellón trece. SCJN, Amparo en revisión 378/2014. Disponible en: http://207.249.17.176/segundasala/asuntos%20lista%20oficial/AR-378-2014.pdf.

a) Restricciones jurídicas, éticas y profesionales

Hay restricciones éticas a la objeción de conciencia: debe estar restringida por las obligaciones profesionales a las que se han comprometido los médicos (y que todas las asociaciones médicas reconocen), como son la de respetar la autonomía y dignidad de los pacientes (por ejemplo, a través del consentimiento informado), la abstención de cualquier forma de discriminación, la de promoción de la salud y el bienestar de los pacientes, así como la provisión de la mejor atención médica posible basada en la mejor evidencia científica disponible. Habrá ocasiones en las que deba restringirse el ejercicio de la objeción de conciencia porque ésta sea discriminatoria frente a una determinada clase de personas (por ejemplo, pacientes homosexuales), de lo contrario, se estaría vulnerando el derecho a la no discriminación, reconocido en el artículo 1 de la Constitución.

b) Restricciones para evitar consecuencias para la salud de las y los pacientes

La objeción de conciencia deberá prohibirse cuando la objeción de un médico pueda tener consecuencias graves para la salud y el bienestar futuro de un paciente; como son los casos de abortos legalmente reconocidos en la mayor parte de los códigos penales de nuestro país (por malformaciones genéticas o congénitas, violación o riesgo de la vida de la madre) que algunos médicos pueden advertir incompatibles con sus principios morales. Esto vulnera el derecho a la protección de la salud al que se refiere el artículo 4 de nuestra Carta Magna.

c) Restricciones relativas a la suficiencia de personal

Se puede también restringir la objeción de conciencia a un médico si el hospital no cuenta con suficiente personal no objetor para realizar un procedimiento del que dependa la salud o la vida de un paciente. Si el Estado no puede garantizar la presencia de personal médico no objetor en lugares donde haya objetores, entonces se debe restringir el ejercicio de la objeción de conciencia, para que éste no constituya una obstrucción al ejercicio del derecho a la protección de la salud de terceros. Al respecto, es útil mencionar el fallo de la Segunda Sala de este máximo tribunal, la cual, en su resolución del Amparo en revisión 1170/2017, ha señalado la obligación de las autoridades sanitarias de tratar las solicitudes de aborto por violación como casos *urgentes*, y ha advertido que negar a la mujer una atención inmediata en esta situación constituye una violación grave a los derechos, que coloca a la paciente en una situación de vulnerabilidad suficiente para reconocerle el carácter de

víctima. De lo anterior se desprende la imposibilidad de aducir la falta de personal no objetor para negar el servicio de aborto legal, especialmente cuando el embarazo resulta de una violación sexual.

d) Obligación de referir a otro médico no objetor

La modificación al artículo 10 bis no señala que los y las objetoras de conciencia tienen la obligación de referir al paciente a un médico o médica no objetor(a) de conciencia de manera inmediata. Cualquier consideración sobre objeción de conciencia debe especificar condicionamientos para su ejercicio. Esto debe quedar claramente especificado, porque el personal médico y de enfermería puede encontrar objetable referir al paciente a un médico o médica no objetor si considera que hacerlo lo convertiría en "cómplice" en la realización de la acción que objeta. Sin embargo, en un escenario de carencia de personal sanitario, como el que impera en muchas poblaciones de nuestro país, si el o la objetora es la única persona que sabe a quién puede referirse al paciente y no provee la información, entonces esto puede tener graves consecuencias para la salud del paciente. Asimismo, cualquier consideración sobre objeción de conciencia debe impedir que interfiera con el acceso adecuado a la atención de la salud.

e) Debe ser limitada al personal de salud directamente involucrado

Un punto de discusión importante desde el punto de vista ético tiene que ver quién o quiénes, dentro del equipo de atención a la salud, tienen capacidad para ejercer la objeción de conciencia. Por definición, la objeción de conciencia es la negación a efectuar una acción médica debidamente justificada argumentando la generación de escrúpulos morales que la acción le produce al responsable de hacerla. En el contexto clínico, esto se inserta directamente en la relación paciente-médico; en otras palabras, es el médico o médica quien recopila los datos clínicos provistos por el paciente, analiza la situación para establecer hipótesis etiopatogénicas, indica pruebas de laboratorio y gabinete para corroborar dichas hipótesis, presenta las opciones terapéuticas ante su paciente y espera la aceptación de sus propuestas por este último (mediante el proceso de consentimiento informado), para proceder a indicar y prescribir las acciones médicas requeridas (mismas que pudieran pretender ser objetadas). Por lo anterior, la posibilidad de establecer una objeción de conciencia solo atañe al médico y al personal de enfermería responsable involucrado y, por tanto, resulta cuestionable e incluso éticamente injustificado o poco sustentable que otros miembros del

equipo de salud (por ejemplo, enfermeras y otros médicos que pudieran intervenir de manera indirecta en el caso) aduzcan actitudes similares.

f) Restricciones relativas al efecto del diferimiento de la atención

Debe restringirse cuando, sin ser un caso de urgencia, por motivos de traslado (y de tiempo) el caso puede volverse urgente. El ejercicio de la objeción de conciencia puede interferir con el acceso a una atención de la salud de manera adecuada en tiempo y forma, ya que potencialmente implica el traslado de pacientes a unidades médicas que estén en disposición de ofrecer el servicio objetado. Estos traslados pueden retrasar la provisión del servicio de salud requerido convirtiendo una situación que originalmente no era urgente en algo urgente o bien interfiriendo de tal manera el acceso en tiempo que la situación termina en daño a los pacientes. Esto es de suma importancia si tomamos en cuenta la provisión de salud en las zonas rurales de México. El artículo tampoco puntualiza que las autoridades sanitarias tengan la obligación de proveer de manera gratuita e inmediata un sistema de transporte sanitario para trasladar a pacientes que no sean atendidos por objetores, a un lugar donde sí sean atendidos.

g) Restricciones relativas a un concepto ampliado de "urgencia médica"

Se entiende por urgencia médica "la aparición fortuita (imprevista o inesperada) en cualquier lugar o actividad de un problema de causa diversa y gravedad variable que genera la conciencia de una necesidad inminente de atención por parte del sujeto que lo sufre o de su familia". Es importante el detalle de la "gravedad variable", ya que una situación urgente puede no constituir una emergencia que ponga en riesgo la vida del paciente como tal (por ejemplo, una hemorragia), sin embargo constituye algo que amerita atención expedita ya que la situación puede modificarse rápidamente en poco tiempo (por ejemplo, el uso de la anticoncepción de emergencia está limitada a las siguientes 48 horas que siguen a una violación, después de esto su utilidad desaparece). Esto es particularmente relevante si pensamos en la cantidad de casos de mujeres que recientemente han dado a luz afuera de los hospitales públicos en México o de pacientes que han muerto porque el personal médico consideró que su caso no constituía una urgencia médica. O bien en casos en que es necesario certificar la presencia de criterios encefálicos para declarar la pérdida de la vida y considerar la posibilidad de la donación de órganos y que a primera vista parecería una situación carente de urgencia médica para el paciente que sufre el diagnóstico final, pero cuyo retraso implica el riesgo de

caer en paro cardíaco, con lo que se pierde la oportunidad de la donación pretendida (véase más adelante).

h) Condicionamiento a la existencia de un registro de objetores

El reconocimiento de la objeción de conciencia debe implicar que el personal médico se manifieste como objetor de conciencia mediante una declaración expresa y previa estableciendo los actos médicos que objeta. Esto persigue fines éticos similares a lo que se busca con las declaraciones de conflicto de interés existentes en otros ámbitos. En el artículo 10 bis no se prevé un registro de objetores, ni la forma en que se considerará que alguien es objetor. La modificación a la Ley General de Salud no señala si la Secretaría de Salud o los centros de salud deberán poseer un registro actualizado de quiénes son objetores de conciencia, para así facilitar el funcionamiento de la institución. El personal de salud debe declarar su objeción de conciencia con anticipación (al empezar a trabajar en la institución o bien cuando se instrumenta un determinado programa) por medio de un formato y no, por ejemplo, de manera verbal cuando se requiera realizar un procedimiento. No hacerlo podría obstaculizar la provisión de servicios de salud, vulnerando con ello el derecho a la protección de la salud de muchos pacientes.

i) Condicionamiento de respetar el Estado laico

Vivimos en una República laica y bajo el principio histórico de separación del Estado y las Iglesias (artículos 40 y 130 de nuestra Constitución). El carácter de nuestro Estado es laico, como lo estipula el artículo 3 de la Ley de Asociaciones Religiosas y Culto Público. El reconocimiento del derecho del personal de salud a objetar, de acuerdo a su conciencia en determinadas circunstancias, no debe vulnerar ninguno de esos principios constitucionales y legales. Por lo mismo, el reconocimiento del derecho del personal de salud a objetar en determinadas circunstancias no debe vulnerar el carácter laico del Estado mexicano. Si bien es cierto que los médicos son titulares, como cualquier otra persona, del derecho a la libertad de conciencia, de convicciones éticas y de religión, también son sujetos de determinadas obligaciones en su calidad de servidores públicos. Así las cosas, la expresión de sus escrúpulos religiosos no debe tener como consecuencia la imposición a toda la sociedad de una particular visión del mundo. En este sentido, el Estado laico tiene precisamente como propósito la organización de un marco político-jurídico que permita la coexistencia y el igual respeto de todas las convicciones fundamentales, ya sea religiosas, éticas o filosóficas, que se expresan en la sociedad.

4. Ámbitos donde la objeción puede ser problemática

No hay que pensar que los problemas relacionados con la salud reproductiva de las mujeres son la única situación que genera escrúpulos morales, las situaciones al final de la vida constituyen una problemática cada vez más importante y frecuente en nuestra sociedad. Esto hace importante revisar qué espera dicha sociedad de lo que llamamos habitualmente "medicina". Hace poco más de veinte años, a instancias de la Organización Mundial de la Salud (OMS), el Centro Hastings convocó a líderes médicos de distintos países para reflexionar sobre cuáles son los objetivos de la medicina. Este grupo de pensadores concluyó que estos objetivos se resumen en cuatro puntos esenciales: 1) la preservación de la salud y la prevención de enfermedades y lesiones; 2) curar (cuando se puede) y cuidar enfermos; 3) consolar y aliviar el dolor o sufrimiento; y 4) evitar muertes prematuras y propiciar una muerte en paz.[5]

La objeción de conciencia establecida de manera absoluta sin duda interfiere gravemente con la actividad médica en cuanto al cumplimiento de los objetivos reconocidos de la medicina. Un ejemplo claro que se ha manifestado ya en nuestro país lo constituye todo lo relacionado con los objetivos de alivio al dolor y sufrimiento, así como poder propiciar una muerte en paz.

Otro ejemplo en esta área es el caso establecido en relación a la no aceptación de la definición de terminación de la vida por criterios encefálicos, según lo establece el Título XIV de la Ley General de Salud en sus artículos 343 y 344. En efecto, un concepto que es primordial para los programas de trasplante de órganos a nivel mundial (por permitir la ablación de órganos y tejidos para tal fin a partir de donadores fallecidos por criterios encefálicos) desde hace más de 60 años a nivel internacional y más de 30 en nuestro país, se encuentra en grave riesgo por el cuestionamiento moral del concepto de muerte por criterios encefálicos a nivel internacional. En nuestro país esto ha tenido resonancia desde mucho antes de la publicación del artículo 10 bis en la Ley General de Salud. Es conocido el caso de un hospital de trauma en el área metropolitana de la Ciudad de México donde, al detectar la casi nula procuración de órganos para trasplante (siendo el trauma la causa más frecuente de pérdida de la vida por criterios encefálicos), se encontró que el grupo de médicos encargados de certificar la pérdida de la vida por criterios encefálicos en dicho hospital aducía

[5] "The Goals of Medicine: Setting New Priorities", *Hastings Center Report*, 26 (1996): s1-s27.

"objeción de conciencia" por encontrar incompatibilidad moral con ese concepto y sus creencias personales.

Otras situaciones al final de la vida tienen implicaciones delicadas en la práctica médica cotidiana y seguramente sufrirán interferencia por parte de profesionales médicos y de enfermería, quienes, en vez de aprender y capacitarse en conceptos prácticos de futilidad terapéutica, derecho a rechazo de tratamiento, y limitación del esfuerzo terapéutico (conceptos válidos médica, ética y legalmente en la actualidad nacional e internacional), preferirán "defender" sus escrúpulos morales mediante el ejercicio absoluto de la objeción de conciencia en detrimento de las necesidades clínicas de sus pacientes contraviniendo ordenamientos de la misma Ley General de Salud en tanto la atención y provisión de cuidados paliativos[6] e incumplirán con los objetivos de la medicina establecidos por la OMS.

Por lo anterior, es claro que el artículo 10 bis introducido recientemente a la Ley General de Salud, e impugnado por la Demanda de Inconstitucionalidad introducida por la Comisión Nacional de Derechos Humanos, provee de una justificación legal para que profesionales de la medicina y la enfermería puedan incumplir los deberes profesionales que la sociedad espera de ellas y ellos, establecidos por la misma Ley. Estos deberes a los que el artículo 10 bis les concede el derecho a incumplir son obligaciones indiscutibles, adquiridas voluntariamente al solicitar su ingreso y ser admitidos a sus gremios profesionales, por lo que al incumplirlas traicionan los objetivos de la medicina y trasgreden los preceptos éticos que fundamentan la confianza que la sociedad otorga, de manera genérica, a la actividad médica profesional.

6. Motivaciones religiosas de la modificación a la ley

El fenómeno de pretender ejercer la objeción de conciencia de manera absoluta es algo que se observa internacionalmente y deriva de concepciones que tienen su origen en preceptos religiosos al considerar que las obligaciones profesionales son secundarias a la observancia de dogmas establecidos, como es el caso de la Iglesia católica, cuando establece que "leyes de este tipo no crean ninguna obligación de conciencia, sino que, por el contrario, establecen una *grave y precisa*

[6] Ley General de Salud, Título Octavo Bis "De los cuidados paliativos a los enfermos en situación terminal".

obligación de oponerse a ellas mediante la objeción de conciencia… pone con frecuencia a los hombres [sic] moralmente rectos ante difíciles problemas de conciencia".[7]

La introducción de conceptos absolutos de este tipo en leyes generales contraviene criterios de laicidad bajo los cuales una sociedad plural como la nuestra, ha decidido manejarse. Por otro lado, al insertarse de manera directa en el ámbito de la salud, estimula el alejamiento y la transgresión de obligaciones profesionales para cumplir con los objetivos de la medicina, la cual debe basarse únicamente en la evidencia científica que valida las acciones que se establecen, sustentadas en programas aprobados legalmente en guías, normas oficiales y reglamentos derivados de la Ley General de Salud y, finalmente, en la aceptación de dichas acciones médicas por parte de los pacientes que las requieren. Los valores morales de los profesionales médicos y de enfermería son relevantes exclusivamente para los individuos, pero son irrelevantes para las necesidades de los pacientes que buscan atención. Proteger a unos y desproteger a otros tal y como el artículo 10 bis hace de manera absoluta parece un despropósito grave a la sociedad.

7. Consideraciones finales

Por estas razones, estamos convencidos de que esta reforma vulnera de manera desproporcionada el derecho de las y los mexicanos a la salud y a otros derechos vinculados a éste, al ser desatendidos por un miembro del personal médico o de enfermería objetor y no hubiera un no objetor que lo atendiera. Afecta particularmente el derecho a la salud de las personas más desprotegidas, de la población más pobre del país que no cuente con los medios para buscar y pagar un servicio médico en el que no haya objetores, que en ocasiones no existe o puede encontrarse lejos de su comunidad. Así, se vulnera el derecho a la salud de gente que no pueda pagar su traslado a una población donde haya personal de salud no objetor, y por eso esta reforma puede acentuar desigualdades sociales y vulnerar el derecho a la igualdad garantizado en nuestra Carta Magna.

El ejercicio de la objeción de conciencia de manera absoluta tal y como está plasmado mediante su introducción en el artículo 10 bis de la Ley General de Salud resulta éticamente injustificable, ya que permite a los profesionales de la medicina y la enfermería tratar a los pacientes no con el fin de proveerles la mejor atención de la salud posible, sino como un medio para alcanzar

[7] Juan Pablo II, *Evangelium Vitae*, 25 de Marzo de 1995. Cursivas en el original. Disponible en: https://w2.vatican.va/content/john-paul-ii/es/encyclicals/documents/hf_jp-ii_enc_25031995_evangelium-vitae.html.

sus muy personales fines espirituales o de convicciones morales, generando un conflicto de interés que afecta gravemente a los pacientes.

Por todo lo anterior, nosotros, miembros de la comunidad científica, médica, jurídica, filosófica y de la sociedad civil, pensamos que la introducción del artículo 10 bis de la Ley General de Salud, en materia de objeción de conciencia, y en la manera en que se plantea, tiene poco sustento ético, y no es compatible con los valores y derechos consagrados en nuestra Constitución. Por ello, hacemos patente nuestra profunda preocupación y solicitamos a ustedes que esta modificación sea declarada inconstitucional.

COLEGIO DE BIOÉTICA, A.C.

Dra. Asunción Álvarez del Río
Universidad Nacional Autónoma de México (UNAM)

Dr. Roberto Blancarte Pimentel
El Colegio de México

Mtro. Francisco Blancarte Jaber

Dra. Ingrid Brena Sesma
UNAM

Dra. Pauline Capdevielle
UNAM

Dr. Juan Antonio Cruz Parcero
UNAM

Dra. Patricia Grether González
Centro Médico ABC

Dr. Arnoldo Kraus Weissman
UNAM

Dra. María de Jesús Medina Arellano
UNAM

Lic. Pedro Isabel Morales Aché
Medilex

Dr. Gustavo Ortiz Millán
UNAM

Dr. César Palacios González
Universidad de Oxford, Reino Unido

Dr. Gerardo Barroso Villa
Instituto Nacional de Perinatología

Mtra. Alma Luz Beltrán y Puga
Universidad de los Andes, Bogotá, Colombia

Dr. Raymundo Canales de la Fuente
Instituto Nacional de Perinatología

Dra. Sarah Chan
Universidad de Edimburgo, Reino Unido

Mtra. Amelia Gascón Cervantes
Universidad Autónoma de Nayarit, Nay.

Dra. Julieta Gómez Ávalos
UNAM

Dr. Robert T. Hall
Universidad Autónoma de Querétaro, Qro.

Dr. Jorge Linares Salgado
UNAM

Dr. Héctor A. Mendoza Cárdenas
Universidad Autónoma de Nuevo León, N.L.

Dr. Luis Muñoz Fernández
Centenario Hospital Miguel Hidalgo, Aguascalientes, Ags.

Dr. Alberto Palacios Boix
Hospital Ángeles

Dr. Ruy Pérez Tamayo
UNAM

Mtra. Mina Piekarewicz Sigal
Revista de Bioética y Derecho, Universidad de Barcelona

Dr. Sergio Ponce de León Rosales
Instituto Nacional de Nutrición

Dra. Paulina Rivero Weber
UNAM

Dra. Beatriz Salazar Vázquez
Universidad Juárez del Estado de Durango, Dgo.

Dra. Raffaela Schiavon
Sociedad Mexicana de Salud Pública

Dra. Beatriz Vanda Cantón
UNAM

Dr. Samuel Ponce de León Rosales
UNAM

Dra. Eunice Rendón Cárdenas

Dra. Angelina Rodríguez Torres
Universidad Autónoma de Querétaro, Qro.

Dr. Patricio Santillán Doherty
Instituto Nacional de Enfermedades Respiratorias

Dr. Ricardo Tapia Ibargüengoytia
UNAM

Dr. Rodolfo Vázquez Cardozo
Instituto Tecnológico Autónomo de México