

La objeción de conciencia en la educación médica

Manuscrito inédito

Presentado al Premio de Ética Colegio Médico de Chile Año 2018

INTRODUCCIÓN

Durante la discusión legislativa y posterior aprobación de la Ley 20.130 que regula la interrupción del embarazo en tres causales, uno de los temas que concitó amplia discusión fue el referido a la objeción de conciencia (OC), tanto a nivel individual como institucional¹. Recientemente ha sido promulgado el Reglamento respectivo, que regula la forma de ejercer dicho derecho², el cual garantiza la posibilidad de invocar la OC *“al personal de salud al que corresponda desarrollar sus funciones al interior del pabellón quirúrgico durante la intervención”* y reconoce que la OC *“podrá ser invocada por una institución”*. Es importante señalar que no procede la OC respecto de todos aquellos procedimientos necesarios para determinar si se cumple con algunas de las causales que señala la ley, ni tampoco para el cuidado de la mujer posterior al procedimiento de interrupción del embarazo. A pesar de que el actual Reglamento de la Ley 20.130 permite que instituciones privadas de salud invoquen OC, es necesario aclarar que las instituciones no tienen conciencia moral, puesto que esta es atributo de los individuos. No obstante, las instituciones pueden tener códigos o idearios valóricos, según los cuales deciden no entregar ciertas prestaciones de salud^{3,4}. La OC institucional no puede ser invocada por establecimientos públicos ni tampoco por aquellos centros privados que tengan suscrito convenios regidos según el decreto con fuerza de ley N° 36, de 1980, si éstos *“contemplan prestaciones de obstetricia y ginecología que por su naturaleza comprendan atenciones en pabellón”*.

Durante la discusión social y académica sobre OC, no se abordó de qué manera la OC pudiese impactar en la formación de estudiantes de pre y postgrado, particularmente en el ámbito de la medicina. El objetivo del presente artículo es discutir los alcances de la OC en la formación médica. Primero, aclararemos algunos conceptos

relacionados con la OC; luego nos referiremos brevemente a la situación de aquellas instituciones de salud que han invocado la OC, pero que deben formar los profesionales con las competencias necesarias para entregar las prestaciones de salud que han sido consideradas legales y posteriormente analizaremos la situación de aquellos centros formadores que reciben estudiantes objetores de conciencia. Finalmente, haremos algunas recomendaciones.

CONCEPTO DE OBJECIÓN DE CONCIENCIA Y DEONTOLOGÍA MÉDICA

La OC es el derecho a negarse a acatar órdenes o leyes o a realizar actos o servicios que contrarían convicciones éticas o morales muy profundas del individuo^{3, 5}. En el contexto médico, es la negativa a cumplir un cometido profesional exigido por las leyes impuestas por las autoridades legítimas, aduciendo para ello razones morales o de conciencia^{4, 6}. La práctica de la medicina es fundamentalmente una actividad moral, que descansa en un pacto de confianza entre el médico y la persona enferma. Al convertirse en miembros de la profesión, el médico se compromete a defender sus valores y obligaciones éticas fundamentales, poniendo siempre al centro de su actividad profesional al bienestar y auto-determinación de su paciente. Al mismo tiempo, los médicos son agentes morales con sus propias creencias y valores que, en ocasiones, están en tensión con aquellos de sus pacientes⁷. El que la sociedad permita que algunos de sus miembros no cumplan con su deber profesional, significa necesariamente que terceros vean obstaculizado el acceso a una prestación de salud a la cual tienen legítimo derecho. Por lo tanto, el respeto a la OC implica necesariamente un conflicto ético entre los valores del objetor y los derechos de la persona que busca atención de salud, según las leyes vigentes. En este sentido, nunca puede considerarse que el derecho a la OC es algo absoluto.

La mayoría de los códigos de ética, incluyendo el del Colegio Médico de Chile, reconocen explícitamente el derecho a la OC por parte del profesional sanitario⁸. En efecto, el Art. 20 señala *“que el médico a quien le solicitaren prestaciones en contra de su conciencia... podrá negarse a intervenir. En estas circunstancias, procurará que otro colega continúe asistiendo al paciente, salvo que ello produjere graves e inmediatos*

daños para la salud del enfermo” y agrega que quien ejerza la dirección del equipo asistencial “deberá aceptar que un integrante del equipo se rehúse a intervenir cuando oponga una objeción razonada de ciencia o de conciencia” (Art. 68)⁸. La Asociación Médica Mundial, en su reciente declaración sobre el término del embarazo por indicación médica, señala que “Las convicciones del médico y del paciente deben ser respetadas” (Art. 6), y reconoce explícitamente el derecho a la OC: “El médico tiene derecho a la objeción de conciencia para realizar un aborto, por lo que se puede retirar si asegura que un colega cualificado siga con la atención médica. En todo caso, el médico debe realizar los procedimientos necesarios para salvar la vida de la mujer y evitar graves lesiones a su salud” (Art. 8)⁹.

Existen diversos modelos para permitir la OC. Uno de estos es la protección absoluta a la conciencia, según el cual la conciencia prevalece ante cualquier otro interés, incluso respecto de los derechos de los propios pacientes; la aceptación de este modelo implica necesariamente la anulación del Estado de Derecho. El otro modelo es el que considera que la conciencia es “privada”, el cual excluye las creencias y la conciencia del espacio público; en este modelo se termina anulando al ciudadano. Un modelo intermedio, que nosotros suscribimos, es el de la protección bilateral, por el cual se reconoce el derecho a la objeción de conciencia como algo excepcional, intentando armonizar y garantizar tanto los derechos de las personas que solicitan la prestación de salud, como el de los profesionales que se abstienen de realizar un procedimiento legal, por considerar que atenta contra su integridad moral¹⁰. Otras consideraciones respecto de los desafíos éticos de aceptar la OC por parte de profesionales de la salud han sido ampliamente desarrollados en la literatura chilena^{3-5, 11, 12}.

DESAFÍOS PARA LA EDUCACIÓN MÉDICA

El que se respete el derecho a la OC por parte de agentes sanitarios y que se permitan a instituciones de salud invocar la OC para no entregar prestaciones que han sido consideradas legales, impacta en la formación de los futuros profesionales de una doble manera. Por un lado, están los centros formadores que han invocado OC para no realizar una prestación, pero que deben garantizar que en el proceso de formación,

especialmente a nivel de residentes, los futuros profesionales adquieran no solo una correcta formación teórica sino que las competencias prácticas requeridas para ejercer la especialidad en una sociedad laica y pluralista. Por otra parte, está el centro formador que debe aceptar que algunos de sus estudiantes rechacen realizar procedimientos que son considerados como competencias mínimas para certificar la especialidad. Ambas situaciones generan tensiones al interior de la comunidad académica y también en la atención de pacientes, aspectos que discutiremos a continuación.

Dificultades cuando el centro formador ha invocado OC.

Algunos centros privados de salud asociados a universidades con orientación religiosa –como son la Universidad Católica y la Universidad de los Andes en Chile- han invocado la OC para excusarse de realizar prácticas de aborto, lo que puede impactar en la docencia de los futuros profesionales de la salud, especialmente a nivel de residentes. Como discutiremos más adelante, existe consenso en que los conocimientos teóricos relacionados con temas de salud sexual y reproductiva, incluyendo el aborto, deben ser incorporados por todos los estudiantes, mientras que las competencias o destrezas básicas pueden ser logradas cuando se requiere la interrupción del embarazo por óbito fetal. No obstante, recomendamos que la formación de especialistas incluya rotaciones por servicios de salud sin restricción para realizar abortos, de tal modo de evitar formar a estudiantes con prejuicios negativos sobre esta práctica. Esto es especialmente relevante en aquellos centros formadores con orientación religiosa, puesto que suelen no exponer a sus estudiantes a suficientes experiencias clínicas en temas de salud sexual y reproductiva, como lo sugiere un estudio que evaluó las percepciones de estudiantes sobre la entrega de estos contenidos en una escuela de medicina de orientación religiosa de EEUU¹³. Asimismo, debe asegurarse que la entrega de la información teórica sea de acuerdo a las recomendaciones internacionales y guías clínicas, evitando sesgos ideológicos que pudiesen influenciar la correcta formación y práctica clínica¹⁴.

A diferencia de lo que ocurre respecto del aborto, en el cual la forma de adquirir la competencia puede hacerse incluso al interior de instituciones que han invocado OC, puesto que la interrupción de un embarazo con feto vivo o feto muerto parece no ser muy distinta, en el caso del entrenamiento requerido para realizar eutanasia o suicidio asistido la situación es distinta. En efecto, tanto los conocimientos teóricos (qué drogas, en qué orden y en qué dosis deben ser empleadas), como el acto mismo de realizar la eutanasia, son conocimientos y destrezas que han estado tradicionalmente fuera del ámbito de la medicina. En la eventualidad que se legalice la eutanasia en Chile, será necesario que los centros académicos incorporen en sus mallas curriculares, al menos en las de formación de especialistas, los conocimientos requeridos para que la prestación se entregue de manera segura. Asimismo, será necesario contemplar la legítima OC que invoquen los residentes, que podrán estar formándose en medicina paliativa, geriatría, medicina familiar, anestesiología, entre otras especialidades, puesto que es más difícil diferenciar con certeza a qué especialidad le correspondería realizarla.

Cabe señalar que la AMM ha reiterado su posición respecto de que la eutanasia y el suicidio con ayuda médica son actos contrarios a la ética médica^{15,16}. No obstante, algunos estudios internacionales muestran que estudiantes de medicina –de distintos continentes- están de acuerdo con que se legisle a favor de la muerte médicamente asistida y que estos tópicos se contemplen dentro de la formación médica^{17, 18}. Comprensiblemente, esto ha producido intranquilidad en el ambiente médico, al cuestionarse que en un currículo basado en competencias, deban ahora incluirse aquellas relacionadas con la eutanasia, incluyendo el número mínimo de procedimientos necesarios para ser considerado experto/a¹⁹.

Dificultades cuando el estudiante/residente invoca OC

En el año 2015, la Federación Internacional de Ginecología y Obstetricia (FIGO) abordó en profundidad el tema de la OC durante el entrenamiento clínico, debido a la preocupación existente en relación a las dificultades que pudiesen experimentar los futuros especialistas en obtener las destrezas requeridas²⁰. En las guías propuestas

por FIGO, se refuerza el concepto que el deber primario de los residentes de ginecología y obstetricia (G-O) es en todo momento beneficiar y evitar dañar a las pacientes que ellos tratan, y que cualquier objeción de conciencia es secundaria a este deber primario. En este contexto, se hace necesario que los residentes entreguen acceso oportuno a los servicios médicos requeridos, incluyendo toda la información disponible para que las mujeres tomen decisiones informadas, aun si ellos invocan OC. Al declararse como objetores de la práctica de aborto, solo se les puede eximir del deber de realizar la prestación, pero no de adquirir los conocimientos teóricos, dar consejería no directiva o hacer el diagnóstico adecuado, debiendo derivar para que otro profesional entregue la prestación²¹. FIGO enfatiza que los residentes deben ejercitar el debido cuidado e integridad profesional, para no entregar información sesgada según sus propias creencias y valores, y reconoce también que los residentes tienen el derecho a que se les respeten sus convicciones de conciencia respecto de entregar o no entregar procedimientos que son legales, sin ser discriminados por ello. Es interesante señalar que las encuestas de opinión realizadas a estudiantes de medicina en el Reino Unido y Finlandia, por poner algunos ejemplos, muestran amplia aceptación a la OC invocada por estudiantes^{22, 23}, aunque esta aceptación varía según el contexto cultural y religioso de los estudiantes^{22, 24}.

Existen distintos modelos de entrenamiento para lograr las competencias necesarias. Uno es el “*opt-out*”, según el cual el entrenamiento formal está disponible para todos, pero aquellos que invocan la OC no realizan la actividad práctica; con este modelo, los residentes refieren mayor adquisición de la competencia. El otro modelo es el “*opt-in*”, en el cual está disponible el entrenamiento, pero no se entrega de manera rutinaria, dejando la responsabilidad al propio residente de querer realizar la actividad práctica. Según algunos autores, con este sistema se refuerza una cultura de marginalidad en el servicio de aborto y existen menos posibilidades de adquirir las competencias. Por último, estarían aquellos centros formadores que no consideran entre sus objetivos el entrenamiento práctico en realizar abortos²⁵, lo que sería preocupante para una especialidad que por ley está mandatada a entregar el servicio.

Concordante con esto, el documento de la FIGO recomienda que los programas de residencia incluyan temas de salud reproductiva, con un sistema de entrenamiento “*opt-out*” para realizar abortos. Asimismo, considera necesario realizar esfuerzos para des-estigmatizar e integrar el entrenamiento práctico para realizar aborto en la educación médica, incluyendo la educación sobre aborto en todas las escuelas de medicina. Un estudio realizado en residentes de G-O en Estados Unidos (EEUU) demostró que el sistema *opt-out* era el más frecuente (54%), un 30% tenía acceso a entrenamiento *opt-in*, y solo un 16% refirió no haber tenido acceso a realizar abortos durante su residencia²⁶. Un tema interesante, que es probable que sea polémico para la realidad chilena, es que sugieren expandir el pool de proveedores del servicio de aborto a médicos no G-O (ie médicos de familia para aborto de primer trimestre) u otros profesionales, como pudiesen ser las matronas. En el mismo sentido, un estudio que evaluó la educación sobre aborto en programas de residencia en medicina familiar canadienses, recomienda que éstos aumenten la educación teórico-práctica sobre aborto, respetando el derecho de los residentes a hacer “*opt-out*” de dicho entrenamiento²⁷.

Como ya hemos mencionado, si bien se puede eximir a un estudiante a que realice una práctica que va en contra de su conciencia más profunda, esto debe ser considerado como algo excepcional y el estudiante debe ser evaluado mediante actividades curriculares alternativas, que le permitan comprender el contexto relacionado con la práctica que rechaza realizar²³. Es decir, es insuficiente que el estudiante invoque la OC, sino que debe dar argumentos y realizar otro tipo de actividad. Como se muestra en la Tabla 1, existen ciertos principios que deben ser cumplidos para permitir la OC durante el período de formación, los que surgieron a partir de un reporte de la Asociación Médica Americana²¹. Hay diversos argumentos por los cuales es razonable permitir que estudiantes invoquen OC para no realizar ciertos procedimientos. Tal como lo menciona Wicclair, una negativa sistemática a la solicitud de eximirse de ciertas prácticas por motivos de conciencia lleva a la larga a disminuir la sensibilidad ética de los estudiantes y puede propiciar que los estudiantes perciban que el éxito académico requiere de una suerte de “suspensión del juicio ético”²¹. Asimismo, el

permitir estas exclusiones fundadas en rechazos en conciencia a realizar ciertas actividades, puede servir para mejorar el ambiente ético de todo el centro formador, si estas solicitudes son consideradas de manera seria²¹. También se ha considerado que un rechazo sistemático a las solicitudes de los estudiantes tiende a disminuir la deseable diversidad a la que deben aspirar los centros formadores. La mayoría de los estándares de acreditación para escuelas de medicina explícitamente reconocen que en el proceso de admisión y durante toda la carrera de medicina, no debe haber discriminación por motivos de género, orientación sexual, edad, raza, credo u origen nacional. Por último, un rechazo a la OC termina por socavar la integridad moral de los estudiantes, quienes se ven forzados a dejar de lado sus convicciones para poder progresar en sus estudios (para revisión, ver Ref ²¹).

No obstante, como se expuso anteriormente, la aceptación de la OC invocada por estudiantes debe ser debidamente balanceada con otros derechos que están en juego, principalmente aquellos relacionados con la salud y bienestar de los pacientes. Esto es especialmente relevante si la solicitud de eximirse a realizar un procedimiento por motivos de conciencia se realiza sin tiempo suficiente para lograr que otro residente realice la prestación. Asimismo, se debe armonizar la solicitud de eximirse de una determinada práctica, con el análisis de aquellos requisitos curriculares que son considerados como mínimos y que incluso están contemplados en los procesos de acreditación y en los perfiles de egreso comúnmente aceptados²¹. De todas las prestaciones consideradas legales, una de las más controvertidas es precisamente la de realizar abortos, puesto que en esta se ponen en juego valores tan importantes como el concepto de dignidad humana, respeto a la autonomía de las mujeres y derecho a la vida del no nacido. Por estos motivos, en EEUU existe prohibición de discriminar a cualquier participante de un programa de capacitación en las profesiones de salud que se niegue a recibir entrenamiento sobre el aborto o esterilizaciones, si esto se funda en motivos de conciencia²¹.

Objeción de conciencia y multiculturalidad.

En un mundo globalizado y diverso, cada vez más los centros formadores serán interpelados por estudiantes que, aduciendo razones valóricas o religiosas, se niegan a realizar ciertos procedimientos que son considerados parte de las competencias clínicas necesarias para certificar la especialidad. Algunos ejemplos de situaciones potencialmente conflictivas pueden darse en estudiantes que rechazan realizar prácticas en animales de laboratorio, aquellos que por motivos religiosos se niegan a realizar examen físico a estudiantes de sexo opuesto o aquellos que por sus prácticas de culto, se oponen a realizar actividades en ciertos días u horarios.

Una interesante discusión ha surgido respecto de si se puede certificar de manera adecuada las destrezas clínicas básicas que debe poseer cualquier médico en el caso de estudiantes que, por motivos de creencias religiosas y/o culturales, se niegan a realizar examen físico a personas de sexo opuesto, como ocurre con estudiantes musulmanes²³. Cabe señalar que la religión musulmana considera que existe una cierta preferencia respecto del perfil del médico que debe examinar a un paciente (de preferencia un musulmán del mismo sexo, luego un no-musulmán de igual sexo, un musulmán de distinto sexo y de no haber ninguno de los anteriores, un no musulmán de distinto sexo), aunque permite desviarse de la norma en caso de emergencia²⁸. La realización de un examen físico completo a pacientes de ambos sexos es considerada como una práctica clínica esencial, consustancial al ser médico, por lo que no sería admisible que se aceptara que un futuro médico no adquiriera estas competencias. Compartiendo argumentos dados por otros autores, es necesario que los futuros profesionales distingan lo que es “tocar” como algo propio del acto médico, carente de toda significación erótica o sexual, de otras connotaciones del contacto físico entre personas de distinto sexo²³. Así, pareciera no haber otra alternativa que negar el invocar OC respecto de ciertos actos que son propios de la certificación de un médico, especialmente si no existen formas alternativas de adquirir la competencia considerada como esencial²¹. Una situación parecida ha sido descrita en relación a estudiantes musulmanes que se niegan a aprender respecto de problemas relacionados con el abuso de alcohol y drogas o de enfermedades de transmisión

sexual, por considerar que estos temas son contrarios a sus creencias religiosas²¹. Sin este conocimiento teórico, no estarían en condiciones de plantear diagnósticos diferenciales, indicar exámenes de laboratorio o realizar indicaciones terapéuticas, por lo que su solicitud debiese ser rechazada.

Aunque no es tan frecuente en nuestro país, algunos estudiantes han solicitado que se les exima de realizar turnos en ciertos días y horarios, por motivos religiosos. Un ejemplo de esto es la situación de estudiantes judíos ortodoxos, quienes durante los festivos religiosos y desde el anochecer del viernes hasta el día sábado, durante el *Shabat*, están impedidos de realizar cualquier tipo de actividad laboral o estudiantil, salvo en emergencias médicas significativas. Algunas Escuelas de Medicina han realizado propuestas para flexibilizar los requisitos de asistencia y formas de recuperar las actividades prácticas, que idealmente deben ser planificadas, para lo cual se solicita que los estudiantes envíen por escrito sus requerimientos. Dependerá de las circunstancias específicas si se logra modificar todas las actividades curriculares, pero atendiendo a la libertad de culto²⁹, se hace necesario que se hagan los máximos esfuerzos por permitir que los estudiantes vivan su fe sin ser penalizados académicamente por aquello.

RECOMENDACIONES

La experiencia adquirida por centros académicos extranjeros en el manejo de estudiantes que invocan OC respecto de ciertas prácticas clínicas, sugiere fuertemente que es deseable que cada centro tenga una política específica sobre los derechos y deberes del alumno objetor, que sea conocida de antemano³⁰. Estas normas deben incluir los procedimientos necesarios para que la petición sea estudiada y las formas de resolver potenciales conflictos. Estas normas pueden ser bastante específicas, incluyendo un listado de las actividades a las cuales se puede objetar y a cuales no (por ejemplo, se debe dejar en claro que los conocimientos teóricos, exámenes diagnósticos, derivación oportuna, consejería no directiva, entre otras), no son permitidas dentro del respeto a la OC³⁰. Si bien es deseable que en un mundo diverso se respeten las creencias y valores de toda la comunidad académica, en ocasiones no

podrá acogerse la petición, si esto es demasiado gravoso para la entidad. Un ejemplo es la negativa a realizar actividades académicas en día sábado; en algunos casos se podrá aceptar el requerimiento, pero no siempre se podrá programar una actividad especial en otro día, como suele suceder con los exámenes prácticos estructurados (ECOE). La Asociación Médica Americana hace un llamado a las escuelas de medicina a identificar aquellas actividades que califican para hacer OC y los mecanismos por los cuales se puede obtener dicha dispensa³¹. Otros, en cambio, han sugerido que en vez de hacer un listado de condiciones en las cuales se permita o no eximirse de realizar el procedimiento, es más adecuado poner el contexto general mediante el cual se puede o no autorizar la OC. En nuestra opinión, es preferible un marco de referencia general más que un listado específico, puesto que siempre surgirán nuevas peticiones que no pudieron ser previstas al momento de redactar la política; bajo esta modalidad, se espera que sea el estudiante quien explique de manera fundamentada los motivos de su solicitud.

Tabla 1. Principios que guían la eximición de actividades docentes por motivos de OC.

-
1. Las escuelas de medicina deben identificar los diversos conflictos que se originan entre la conciencia individual del médico y los deseos de los pacientes o las políticas de las instituciones de salud, como parte de las discusiones curriculares regulares sobre aspectos éticos y profesionales.
 2. Las escuelas de medicina deben tener mecanismos que permitan a los estudiantes ser excusados de actividades que violan sus creencias religiosas o éticas. Las escuelas deben definir y revisar periódicamente de qué tipo de actividades se puede eximir un estudiante al invocar OC, y qué alternativas curriculares son requeridas para los estudiantes que se eximen de cada actividad.
 3. Antes de matricularse, los futuros estudiantes deben ser informados de las políticas académicas relacionadas con la exención de actividades por motivos de conciencia.
 4. Deberían haber políticas escritas formales respecto de otorgar una dispensa por motivos de OC, incluyendo los procedimientos para obtenerla y el mecanismo para tratar asuntos de conciencia que no están cubiertos en las políticas formales.
 5. Las políticas relacionadas con las dispensas por motivos de OC deben ser aplicadas de manera consistente.
 6. Los estudiantes deben ser requeridos para aprender los contenidos básicos o los principios que subyacen los procedimientos o actividades que ellos pretenden eximirse de realizar. Cualquier excepción a este principio debe ser explícitamente descrito por la escuela.
 7. El cuidado del paciente no debe nunca ser comprometido si se permite a los estudiantes ser excusados de participar en una determinada actividad por motivos de conciencia.
-

Adaptado y traducido por el autor desde el documento de la Asociación Médica Americana ³¹

CONCLUSIONES

Existen numerosas razones por las cuales un centro formador puede permitir que sus estudiantes invoquen razones de conciencia para solicitar no realizar un determinado procedimiento. Por un lado, está el de promover una adecuada sensibilidad ética y mejorar así todo el proceso de deliberación y reflexión ética cuando se requiere fundamentar el por qué se desea ser excluido de una determinada práctica. Por otra parte, un rechazo a la solicitud terminaría disminuyendo la necesaria heterogeneidad y diversidad estudiantil, puesto que los estudiantes objetores evitarían postular al centro que no tolera la OC. Finalmente, el prohibir la OC por parte de estudiantes o residentes podría amenazar con pasar a llevar su autonomía e integridad moral³⁰. No obstante, existen ciertos intereses y valores que deben ser considerados cuando se contempla la posibilidad de acceder a la solicitud. Entre estos están el establecer ciertas competencias claves, que deben ser adquiridas por todos los estudiantes; considerar cómo el currículo local se puede adaptar a estas peticiones; no discriminar a estudiantes/residentes objetores; y el impacto que esto pudiese tener en los pacientes, en los estudiantes y en el cuerpo académico.

En la medida que se promuevan políticas de respeto a la objeción de conciencia que sean transparentes y conocidas por todos, incluyendo futuros postulantes, se podrán tomar decisiones informadas respecto de elección de lugares donde realizar la formación clínica y también respecto de la elección de especialidad. En este contexto, nos parece que centros formadores con políticas intolerantes respecto de estudiantes objetores obstaculizarán el crear un ambiente académico diverso y pluralista lo que, a la larga, terminará desfavoreciendo a futuros pacientes.

REFERENCIAS

1. Ley 20.130. Regula la despenalización de la interrupción voluntaria del embarazo en tres causales. Publicada el 23.09.2017, MINSAL, Chile. Disponible en <http://bcn.cl/222kz>. Fecha de acceso 25 octubre 2018.
2. Aprueba reglamento para ejercer objeción de conciencia según lo dispuesto en el artículo 119 Ter del Código Sanitario. Publicado en el Diario Oficial de la República de Chile, Núm 42.187, de fecha 23 octubre de 2018.
3. Beca JP, Astete CA. Objeción de conciencia en la práctica médica. *Rev Med Chil* 2015; 143(4):493-8.
4. Salas SP, Besio M, Borquez Estefo G, Salinas RA, Valenzuela CY, Micolich C, et al. [Position paper from the Department of Ethics of the Chilean College of Physicians about conscientious objection]. *Rev Med Chil* 2016; 144(3):382-7.
5. Besio M. Objeción de conciencia, Profesión médica y Proyecto sobre despenalización del aborto en Chile. *Rev Med Chil* 2016; 144:377-81.
6. Morales-Guzmán-Barrón R. Consciousness objection and the medical student. *Rev Soc Peru Med Interna* 2008; 21(2):78-81.
7. McCormick PW. Report 1 of the Council on ethical and judicial affairs (CEJA Report 1-I-14). Physician Exercise of Conscience. Disponible en [https://http://www.ama-assn.org/sites/default/files/media-browser/public/about-ama/councils/Council Reports/council-on-ethics-and-judicial-affairs/i14-ceja-physician-exercise-conscience.pdf](https://http://www.ama-assn.org/sites/default/files/media-browser/public/about-ama/councils/Council%20Reports/council-on-ethics-and-judicial-affairs/i14-ceja-physician-exercise-conscience.pdf). Fecha de acceso 27 octubre 2018. 2014.
8. Colegio Médico de Chile AG, *Código de Ética* 2011: Editado e impreso por Ediciones Tierra Mía Ltda. Santiago de Chile.
9. Asociación Médica Mundial. Declaración sobre el término del embarazo por indicación médica. Adoptada por la 24ª Asamblea Médica Mundial Oslo, Noruega, agosto 1970, y enmendada por la 35ª Asamblea Médica Mundial Venecia, Italia, octubre 1983, la 57ª Asamblea General de la AMM, Pilanesberg, Sudáfrica, octubre 2006, y la 69ª Asamblea General de la AMM, Reykjavik, Islandia, octubre 2018.
10. Couceiro A, Seoane JA, Hernando P. [Conscientious objection in the clinical setting. A proposal for its appropriate use]. *Rev Calid Asist* 2011; 26(3):188-93.
11. Montero Vega A. La objeción de conciencia de los profesionales y su relación con la atención en salud sexual y reproductiva de adolescentes en Santiago de Chile. *Acta bioeth* 2014; 20:197-206.
12. Casas L. Invoking conscientious objection in reproductive health care: evolving issues in Peru, Mexico and Chile. *Reprod Health Matters* 2009; 17(34):78-87.
13. Guiahi M, Maguire K, Ripp ZT, Goodman RW, Kenton K. Perceptions of family planning and abortion education at a faith-based medical school. *Contraception* 2011; 84(5):520-4.

14. Foster AM, Dennis A, Smith F. Do Religious Restrictions Influence Ectopic Pregnancy Management? A National Qualitative Study. *Women's Health Issues* 2011; 21(2):104-9.
15. Asociación Médica Mundial . Declaración de la AMM sobre la eutanasia. Adoptada por la 39ª Asamblea Médica Mundial Madrid, España, Octubre 1987 y reafirmada por la 170ª Sesión del Consejo Divonne-les-Bains, Francia, Mayo 2005 y reafirmada por la 200ª Sesión del Consejo de la AMM, Oslo, Noruega, Abril 2015. Disponible en <https://http://www.wma.net/es/politicas-post/declaracion-de-la-amm-sobre-la-eutanasia/>. Fecha de acceso 29 octubre 2018.
16. Asociación Médica Mundial. Declaración de la AMM sobre el suicidio con ayuda médica. Adoptada por la 44ª Asamblea Médica Mundial Marbella, España, Septiembre de 1992 y revisada en su redacción por la 170ª Sesión del Consejo Divonne-les-Bains, Francia, Mayo 2005 y reafirmada por la 200ª Sesión del Consejo de la AMM, Oslo, Noruega, Abril 2015. .
17. Bator EX, Philpott B, Costa AP. This moral coil: a cross-sectional survey of Canadian medical student attitudes toward medical assistance in dying. *BMC Med Ethics* 2017; 18(1):58.
18. Jacobs RK, Hendricks M. Medical students' perspectives on euthanasia and physician-assisted suicide and their views on legalising these practices in South Africa. *S Afr Med J* 2018; 108(6):484-9.
19. Boudreau JD. Physician-assisted suicide and euthanasia: can you even imagine teaching medical students how to end their patients' lives? *Perm J* 2011; 15(4):79-84.
20. Figo Committee For The Ethical Aspects Of Human R, Women's H, International Federation of G, Obstetrics. Ethical guidelines on conscientious objection in training. *Int J Gynaecol Obstet* 2015; 128(1):89-90.
21. Wicclair MR. Conscience-based exemptions for medical students. *Camb Q Healthc Ethics* 2010; 19(1):38-50.
22. Nordstrand SJ, Nordstrand MA, Nortvedt P, Magelssen M. Medical students' attitudes towards conscientious objection: a survey. *J Med Ethics* 2014; 40(9):609-12.
23. Card RF. Is there no alternative? Conscientious objection by medical students. *J Med Ethics* 2012; 38(10):602-4.
24. Strickland SL. Conscientious objection in medical students: a questionnaire survey. *J Med Ethics* 2012; 38(1):22-5.
25. Committee on Health Care for Underserved Women. ACOG Committee opinion no. 612: Abortion training and education. *Obstet Gynecol* 2014; 124(5):1055-9.
26. Turk JK, Preskill F, Landy U, Rocca CH, Steinauer JE. Availability and characteristics of abortion training in US ob-gyn residency programs: a national survey. *Contraception* 2014; 89(4):271-7.

27. Myran DT, Bardsley J, El Hindi T, Whitehead K. Abortion education in Canadian family medicine residency programs. *BMC Med Educ* 2018; 18(1):121.
28. Padela AI, Rodriguez del Pozo P. Muslim patients and cross-gender interactions in medicine: an Islamic bioethical perspective. *J Med Ethics* 2011; 37(1):40-4.
29. Ley 19.638. Ministerio del Interior. Establece normas sobre la constitución jurídica de las iglesias y organizaciones religiosas. Promulgada el 01-10-1999. Disponible en <http://www.leychile.cl/N?i=145268&f=1999-10-14&p=>. Fecha de acceso 30 octubre 2018.
30. Wicclair M. *Conscientious Objection in Health Care: An Ethical Analysis*. Cambridge University Press, 2011. ISBN 1139500198. Disponible en <https://books.google.cl/>. p 199-202. 2011.
31. American Medical Association Policy H-295.896, 2018. Conscience Clause: Final Report. Disponible en <https://policysearch.ama-assn.org/policyfinder/detail/Conscience%20Clause?uri=%2FAMADoc%2FHOD.xml-0-2195.xml>. Fecha de acceso 25 octubre 2018.