LA OBJECIÓN DE CONCIENCIA

EN LAS RESIDENCIAS MÉDICAS

Pautas para la reflexión y acción en la atención del aborto

HOJA INFORMATIVA

Ipas
Health. Access. Rights.

CEDES

REDAAS
RED DE ACCESO AL ABORTO SEGURO
ARGENTINA

La aprobación de la ley 27.610 de Acceso a la Interrupción Voluntaria del Embarazo (IVE) y a la Atención Posaborto, que consolidó el cambio de un abordaje penal a un abordaje del aborto como un evento obstétrico en la vida reproductiva de las mujeres, reconoció el derecho a interrumpir voluntariamente el embarazo en las primeras 14 semanas de gestación (interrupción voluntaria del embarazo -IVE-) mientras mantuvo las causales de legalidad (ILE), renovó la necesidad de que los profesionales de la salud adquieran **las habilidades, destrezas y actitudes necesarias para la atención del aborto.**

En este contexto y dado que parte del entrenamiento en IVE/ILE ocurrirá en las residencias, es razonable suponer **que surgirán dudas, incomodidades e incluso dilemas entre los residentes acerca de la atención del aborto que adopten la forma de objeciones de conciencia** (OC). Puede, también, que quienes desempeñen roles docentes tengan contradicciones con la provisión de esta práctica. Ante ello, **las residencias deben contar, entonces, con estrategias para lidiar con estas situaciones**, asegurando tanto la adecuada formación, el cumplimiento de los deberes profesionales, el buen funcionamiento de los equipos y la garantía de los derechos de las usuarias de los servicios.

Usamos de manera indistinta e intercalada las terminaciones “a”, “o” y “e” para los términos que designan a las personas que pueden ser de géneros diversos.

I ¿Cuáles son los puntos de partida?

La reflexión sobre los dilemas éticos que pueden surgir en la atención de IVE/ILE se enmarca en 5 premisas o principios clave, que hacen a los puntos de partida de esta conversación:

Los residentes son profesionales en formación

Las residentes son profesionales que realizan tareas asistenciales pagas y, al mismo tiempo, se forman. Por esto, se les aplican la mayoría de las reglas, derechos y deberes de personal de salud y, al mismo tiempo, derechos y obligaciones como estudiantes.

El pluralismo es un valor deseable

El pluralismo, como valor, se sostiene en el ámbito de la salud. Tomarse en serio el pluralismo implica adoptar decisiones que acojan una variedad de convicciones, tanto de integrantes de los equipos de salud como de las usuarias que acuden a los servicios.

Las creencias son vitales, nunca una justificación para dañar

El personal de salud tiene valores que influyen y guían su práctica diaria pero nunca pueden dañar a otras personas.

El aborto en Argentina es una práctica legal

A partir de la ley 27.610, la legalidad del aborto se amplió, bajo un paradigma de salud pública y derechos.

La OC es excepcional, enmarcada por límites y deberes

La OC es una excepción, pues contraria pilares éticos de la profesión como el respeto por la autonomía de los pacientes y la beneficencia. Por ello, su ejercicio viene acompañado de deberes y límites jurídicos y éticos para contener estos daños.

II ¿Cómo se regula la objeción de conciencia en los marcos normativos?

a. En el derecho argentino

En el derecho argentino, hay un reconocimiento de la OC individual enmarcado por límites, condiciones a su ejercicio, y obligaciones a quien objeta y a las autoridades sanitarias.

En el ámbito específico del aborto, el derecho a la OC es regulado por la ley 27.610,[1] que se complementa con la Resolución 1535/2021 que aprueba el "Protocolo para la atención integral de personas con derecho a la interrupción del embarazo".[2]

En este marco jurídico, se establece que **la OC sólo puede invocarse respecto de la práctica concreta de IVE/ILE** (*intervención directa*), más no respecto de otras acciones que, pese a ser necesarias para garantizar la atención integral de la salud, son intervenciones indirectas ya que no producen la interrupción de la gestación (ej.: entrega de información sobre IVE/ILE, realización de ecografías, toma de tensión arterial, apertura de la historia clínica).

Además, tanto la Ley 27.610 en su artículo 10 como el Protocolo nacional en su sección 6 **imponen límites específicos al ejercicio de la OC, así como reconocen deberes específicos a quienes invoquen OC.**

Límites al ejercicio de la OC

La OC no puede invocarse:

- Cuando exista peligro para la vida o la salud de la gestante que requiera atención inmediata e impostergable.
- En el caso de atención pos aborto.
- Si no existiera profesional disponible para realizar la práctica de forma oportuna.

Deberes asociados a la OC

Se impone como deberes en cabeza de quienes invoquen OC y de los efectores donde se desempeñen:

- Mantener su decisión en todos los ámbitos, público, privado o de la seguridad social, en los que ejerza su profesión.
- Derivar de buena fe a la paciente para que sea atendida en forma temporánea y oportuna, sin dilaciones.
- Notificar oportunamente la voluntad de objetar a las autoridades del establecimiento de salud y/o a quien corresponda, antes de una solicitud de atención de IVE/ILE.
- Cumplir con el resto de sus deberes profesionales y obligaciones jurídicas. Ello incluye respetar el deber de informar sobre el derecho a la IVE/ILE, y respetar, proteger y garantizar la autonomía de la persona gestante.

La Ley 27.610 no permite la OC institucional y establece la obligación de los tres subsistemas de salud de garantizar los servicios de IVE/ILE.

b. En la ética médica

La ética médica, en tanto marco normativo, completa al jurídico para ofrecer respuesta a las situaciones de OC. El buen manejo de los conflictos morales hace posible ofrecer soluciones que consideren los valores en juego, respetando los límites legales.

Si bien ningún marco ético aporta respuestas unívocas respecto de la provisión del aborto y la OC, **la Federación Internacional de Ginecología y Obstetricia (FIGO) indica algunos comportamientos éticos que deben seguir quienes ejercen la OC,** que se condicen con los deberes exigidos por el derecho argentino y que surgen de su Resolución sobre OC del 2006:

1. Informar, proporcionando "notificación pública de los servicios profesionales que se niegan a realizar por motivos de conciencia".
2. Derivar, refiriendo "a los pacientes que soliciten estos servicios a otros profesionales que no se opongan a su prestación".
3. Brindar atención oportuna cuando la derivación no es posible y el retraso pondría en peligro la salud y el bienestar de los pacientes.
4. Brindar atención en situaciones de emergencia, independientemente a las objeciones personales de los profesionales.[3]

Además, en esa misma Resolución, se marca el límite general del no daño y **la obligación de "informar a los pacientes de todas las opciones medicamente indicadas para su atención médica y respetar su elección"**, es decir, que los derechos de los pacientes constituyen un límite ético al ejercicio de la OC.

III

¿Qué se debe tener en cuenta para la formación y la atención del aborto en las residencias?

Primera consideración:

La práctica profesional puede generar situaciones de incomodidad moral, dudas éticas y dilemas. Y esto está bien. Sin embargo, el ejercicio de la OC se justifica sólo cuando la contradicción entre la provisión de un servicio y las creencias morales más centrales son irreconciliables. Para resolver estas situaciones, todo profesional de la salud deberá recurrir al acervo de experiencias previas análogas, a la ponderación de los valores y deberes en tensión, así como a la reflexión honesta sobre el origen y alcance de su incomodidad o contradicción. Además, la reflexión en equipo y el acompañamiento en el proceso de formación de las residentes en IVE/ILE se presentan como recursos fundamentales para facilitar el abordaje de la práctica y conferir seguridad al momento de asumir su atención.[4] Es menester, entonces, que la residencia cuente con mecanismos para promover estas reflexiones.

Segunda consideración:

Las residentes son profesionales en formación que deben progresivamente asumir la realización, de forma autónoma, de prácticas y decisiones médicas. De esto, se siguen tres consecuencias:

- **Deben cumplir con el currículo:** Ni docentes ni residentes pueden negarse a estudiar teóricamente una práctica que deben proveer al menos en casos de emergencia o que no son susceptibles de OC (ej.: atención posaborto), incluso si, en principio, pudieran tener un conflicto de carácter moral con ello.
- **Son profesionales que deben adquirir y desarrollar habilidades, conocimientos y actitudes para desempeñarse en todos los dominios de la especialidad médica elegida**, y esto requiere asumir una responsabilidad individual en el cuidado de las usuarias de IVE/ILE.
- **Deben adquirir experiencia en técnicas necesarias para llevar adelante todas las prácticas.**

Tercera consideración:

La residencia es una instancia de formación en la especialidad fuertemente experiencial. Para el residente, la actividad esencial es la interacción con sus pacientes bajo la guía y supervisión de sus tutores, con un programa que contemple lo pedagógico fuertemente integrado con lo organizacional y administrativo del servicio.

Cuarta consideración:

La responsabilidad de la atención y de las decisiones adoptadas es compartida entre residentes y supervisores, quienes, además, están encargadas de entrenarles, evaluarles y son sus modelos de rol. En este marco, el carácter de aprendices es determinante para las residentes, quienes pueden ser influenciables por lo que perciben será de agrado de sus evaluadores.[5] Y es que, en efecto, las opiniones individuales y las prácticas institucionales determinan la disposición de residentes a la prestación de IVE/ILE. Todo ello hace parte del "**currículo oculto**", nombre que reciben aquellos contenidos y formas de ejercer la profesión que, si bien formalmente no aparece en los programas, resultan determinantes para definir el tipo de especialistas que saldrán de las residencias.

En este contexto, es necesario explicitar un mínimo -estructural- de valores de las residencias y asegurar que las personas involucradas en ellas (docentes, supervisores, jefes, etc.) los promulguen tanto en el desarrollo del programa formal como en sus actitudes y comportamientos.[6]

Quinta consideración:

Usualmente, en la residencia no se alienta la reflexión moral compleja. Una situación que usualmente no encuentra formas de canalizarse es cómo reconocer los propios errores, y cómo lidiar -y, llegado el caso, reportar- con los errores o acciones inadecuadas de colegas.[7] Por ello, es necesario que la supervisión no solo se enfoque en los aspectos técnicos, sino que provea un entrenamiento integral sobre la práctica profesional y promueva el profesionalismo de les residentes, a través de espacios de reflexión y diálogo que permitan abordar los distintos dilemas éticos que enfrentan, sin temor a que ello afecte su calificación o sea tomado como un indicativo de mal desempeño.

Sexta consideración:

Las motivaciones para recurrir a la OC muchas veces están asociadas a desconocimientos, prejuicios y miedos que pueden trabajarse no solo ni especialmente a través de prohibiciones, límites y permisos legales sino a través de espacios de reflexión, información clínica y legal, intercambios entre colegas y compañeras, experiencia directa con pacientes y entrenamiento. Los principales motivos que explican el mal uso de la OC tiene que ver con:

- El desconocimiento de la normativa de IVE/ILE.
- Falta de capacidad técnica.
- Sensación de ineptitud emocional.
- Estereotipos y prejuicios sobre las personas que requieren un aborto.
- Miedo al estigma.
- Jerarquía y sesgos contra la atención de la IVE/ILE en las residencias.[8]

Se comprobó que cuando los residentes toman un contacto con las realidades de las usuarias tienden a mejorar su opinión de la IVE/ILE. El contacto con estas situaciones les ayuda a respetar y tolerar las decisiones de las usuarias.[9]

Séptima consideración:

El propósito de las residencias médicas es formar profesionales para que tengan conocimientos, habilidades, actitudes y comportamientos necesarios. Esto incluye formar en la residencia en IVE/ILE y sobre la naturaleza, limite y alcance de la OC. Es necesario que la residencia desarrolle espacios, mecanismos y promueva actitudes en su personal para abordar los posibles conflictos emocionales y las diferencias de opinión entre sus integrantes –residentes y formadores– para ayudar a garantizar una discusión y negociación abiertas y un ambiente de trabajo cómodo.[10] Todas las personas en la residencia deberían acercarse a la experiencia profesional de proveer IVE/ILE antes de decidir acerca de una posible objeción. Ello, por cuanto, como hemos insistido, no es posible tomar una decisión informada o realizar un juicio moral completo, sin el conocimiento teórico y experiencial de la práctica que se asume presenta un conflicto moral.

En conclusión, en todas las residencias, docentes, supervisores y coordinadoras deben asegurar la provisión de todas las prestaciones de salud legales dentro de sus servicios, un entorno adecuado para el aprendizaje de las mismas y espacios de reflexión acerca de la práctica profesional, para asegurar que las residentes van a poder completar su formación de forma integral.

IV ¿Cuáles son las respuestas y requisitos de OC en las residencias?

Por todo lo expuesto, además de los límites y deberes asociados que todo profesional que alegue OC debe respetar, existen, por un lado, ciertas condiciones especiales que deben garantizarse en las residencias y, por el otro, ciertas condiciones adicionales que rigen para residentes que aleguen OC, docentes y jefaturas de residentes, que deben tenerse en cuenta.

	CONDICIONES QUE DEBEN GARANTIZARSE O REQUISITOS QUE DEBEN CUMPLIRSE RESPECTO A LA OC
EN LAS RESIDENCIAS EN GENERAL	1. Proveer contenidos específicos sobre IVE/ILE a lo largo de la residencia, tanto desde el punto de vista legal como clínico y de atención.[11] 2. Contar con lineamientos claros para el ejercicio de la OC sobre: a) el proceso de formación y reflexión que puede llevar a una OC dentro de la residencia, b) los recaudos, cargas y deberes que deben asumir quienes la ejercen, c) su compromiso ético de garantizar los derechos de las pacientes y los demás deberes profesionales, morales y civiles en el marco del ejercicio de su especialidad. 3. Asegurar que todos los residentes tengan el conocimiento teórico y la experiencia práctica sobre IVE/ILE, que les permita tomar decisiones informadas. Por ejemplo, es posible diseñar un dispositivo en el cual la residente que muestra resistencia inicialmente o que comunique su intención de objetar participe en la consejería sobre IVE/ILE, acompañada por un docente o jefa de residencia, para presenciar la consejería y receta de medicamentos para una IVE ambulatoria. Otra alternativa posible es asignarle a las residentes que aleguen OC el estudio de historias clínicas de pacientes que han atravesado una IVE/ILE, de modo que puedan acercarse a más casos y tener un panorama acerca de sus implicancias. 4. Asegurar el cumplimiento de las tareas asignadas y, en el caso de residentes que objeten, aquellas asignadas para compensar aquellas tareas de las cuales serán eximidas. 5. Contemplar reglas para que todas las personas con cargos de jerarquía dentro de la residencia puedan conducir de forma adecuada los grupos sin que sus posiciones personales afecten el desarrollo de su tarea. 6. Prever e informar mecanismos para la distribución equitativa de trabajo entre residentes.

EN LAS RESIDENCIAS EN GENERAL	7. Desarrollar estrategias de abordaje de actitudes y acciones indebidas en la provisión de IVE/ILE. Los incumplimientos leves o incluso la reticencia deberían dar lugar a acciones pedagógicas y de reflexión que permitan revisar y modificar los aspectos necesarios para su formación y la aprobación de la residencia, incluso entendiéndola como una rendición de cuentas horizontal no sancionatoria. 8. Prever sanciones adecuadas frente al incumplimiento grave o persistente de los estándares y deberes.
RESIDENTES QUE ALEGUEN OC	**1.** Deben conocer y tener experiencia en técnicas que, usadas en otras prácticas, aseguren su capacidad técnica para resolver casos que no son pasibles de OC. Para el caso de la práctica de técnicas quirúrgicas, por ejemplo, los residentes que aleguen OC deben practicarlas para la evacuación de un feto muerto y retenido o la atención posaborto. **2.** Deben adquirir experiencia y acreditar competencia en los aspectos relacionados con cuestiones clínicas (diagnóstico, atención de emergencias, etc.) y de la atención (rutas dentro del servicio, aspectos legales y técnicos, relación con al paciente, etc.).
DOCENTES QUE ALEGUEN OC	**1.** Deben asegurarse de estar debidamente capacitadas para trasmitir conocimiento teórico, clínico, legal y de servicios sobre las prácticas. **2.** Deben proveer toda la formación teórica y práctica sobre la IVE/ILE requerida en la especialidad y promover las condiciones para el ejercicio de la autonomía profesional de sus residentes. **3.** Deben asumir el rol docente tras una reflexión acerca de las implicancias de sus posiciones y su efecto sobre residentes a su cargo. Deben tomar los recaudos necesarios para evitar imprimir sesgos a sus estudiantes, o, dado el caso, optar por no asumir ese rol.
DOCENTES QUE ALEGUEN OC	**4.** Deben asumir el cargo de docencia siendo objetora, siempre y cuando, tanto a nivel individual como institucional, se tomen los recaudos necesarios para evitar que "de forma explícita o implícita" su OC promueva o desincentive la provisión de la IVE/ILE. Una estrategia posible al respecto es dividir las tareas de formación entre docentes y supervisores. De esta forma, quienes tengan una OC, puedan realizar la supervisión de tareas no relacionadas con la práctica objetada y deben evitar emitir opiniones que puedan desincentivar a sus residentes. Esta limitación es razonable ya que se fundamenta en las necesidades del cargo que implica la provisión de servicios, la enseñanza y la garantía de acceso a las prácticas objetadas; en este caso, la IVE/ILE.
JEFES DE RESIDENTES	**1.** Deben estar dispuestas a realizar todas las prácticas que requiere el servicio que coordinan. Ello por cuanto se requiere que puedan enseñar en la práctica todas las tareas correspondientes a su servicio y que estén en condiciones de incentivar una reflexión ética y profesional neutral y abierta con les residentes que tengan las condiciones de idoneidad para el cargo de jefe de residencia. **2.** Deben adoptar una posición que procure una mejor disposición de los servicios para garantizar tanto la OC de quienes asi lo soliciten, como las mejores condiciones para la provisión de las prácticas para quienes se encuentran comprometidos con la garantía de este derecho.

Fuente: Elaboración propia.

En resumen

La OC no puede atentar contra la adquisición de las habilidades necesarias para el ejercicio profesional de la especialidad elegida. Tanto docentes, supervisoras, coordinadoras como residentes deben basar su razonamiento profesional en la conjunción de conocimientos teóricos y prácticos, así como en sus experiencias profesionales. Por tanto, la decisión de eximirse de la provisión de un servicio debe tener en consideración las cargas que ello supone para las pacientes, los demás integrantes del equipo y para el sistema de salud.

En este marco, **todo profesional de la salud, incluso cuando algunas de sus creencias personales entren en conflicto con la provisión de IVE/ILE, debe:**

- Tratar a las pacientes de **manera justa**, **con respeto y amabilidad**, a través de actitudes y una comunicación libre de juicios y discriminación.
- Ejercer su profesión conforme a sus valores y creencias, siempre y cuando **cumpla con las obligaciones para con sus pacientes**. Las creencias personales no pueden jamás ser una excusa para no respetar, proteger y garantizar los derechos de las pacientes.
- Ofrecer una **atención con estándares apropiados**, para la cual deben actualizarse.
- Mantener a la **paciente informada de sus opciones**. La profesional debe estar dispuesta y ser capaz de discutir y brindar información sobre las opciones en el embarazo, incluida la IVE/ ILE, y todas las formas de anticoncepción, en un lenguaje adecuado para la paciente sin sesgos o juzgamientos.
- Estar en condiciones de **proveer atención posaborto**. Esto es contar con las habilidades destrezas y conocimientos necesarios para garantizar esta atención de emergencia.
- Dialogar y reflexionar acerca de cualquier **creencia personal que pueda comprometer la atención de las pacientes** o que pueda afectar a la dinámica de trabajo.

NOTAS AL PIE

1. Ley 27.610 de 2020 [Congreso de la Nación Argentina]. Ley de Acceso a la Interrupción Voluntaria del Embarazo. 30 de diciembre de 2020. Boletín Oficial Nº 34.562. Recuperado de: https://www.boletinoficial.gob.ar/detalleAviso/primera/239807/20210115.
2. Resolución 1535 de 2021 [Ministerio de Salud de la Nación]. Protocolo para la Atención Integral de las Personas con Derecho a la Interrupción Voluntaria y Legal del Embarazo. Edición 2021. Disponible en: https://bancos.salud.gob.ar/sites/default/files/2021-05/protocolo-IVE_ILE-2021-26-05-2021.pdf.
3. DEL ROSSO, María Flavia. "Aborto legal en el hospital". La política de acceso a la interrupción legal del embarazo en dos hospitales generales del Gran Santa Fe: su implementación desde la perspectiva de equipos que realizaban la práctica en esos efectores al año 2018 [en línea]. Tesis de maestría. Santa fe: Universidad Nacional de Rosario, 2021, p. 69.
4. DEL ROSSO, María Flavia. "Aborto legal en el hospital". La política de acceso a la interrupción legal del embarazo en dos hospitales generales del Gran Santa Fe: su implementación desde la perspectiva de equipos que realizaban la práctica en esos efectores al año 2018 [en línea]. Tesis de maestría. Santa fe: Universidad Nacional de Rosario, 2021, p. 69.
5. PÉREZ TORT, Mailén, Interrupciones Legales del Embarazo en el Municipio de Morón: redefiniendo las prácticas médicas [en línea]. Tesis de grado. Buenos Aires: Universidad Nacional de San Martín, 2021, p. 60.
6. Ministerio de Salud de la Nación (Argentina). Bloques transversales [en línea]. Buenos Aires: Ministerio de Salud de la Nación, 2020.
7. ROSENBAUM, Julie R., BRADLEY, Elizabeth H., HOLMBOE, Eric S., y FARREL, Michael H. Sources of ethical conflict in medical house staff training: a qualitative study. The American journal of medicine, 2004, vol. 116, no 6, p. 402-407.
8. Ver: RAMÓN MICHEL, Agustina y ARIZA NAVARRETE, Sonia. Usos imprevistos y respuestas a la objeción de conciencia en el aborto legal. Buenos Aires: REDAAS & Ipas, 2019; FAÚNDES, Anibal, DUARTE, Graciana Alves; y OSIS, Maria José Duarte. Conscientious objection or fear of social stigma and unawareness of ethical obligations. International Journal of Gynecology & Obstetrics, 2013, vol. 123, p. S57-S59; KÜNG, Stephanie Andrea, WILKINS, Jasmine Danette, DÍAZ DE LEÓN, Fernanda, HUARAZ, Freddy y PEARSON, Erin. "No queremos problemas": motivos de la negación de servicios de interrupción legal del embarazo por objeción de conciencia en México y Bolivia. Reproductive Health, 2021, vol. 18, no 44.
9. BROCK, Elyse N., STOCKDALE, Collen K., HOUSE, Hans R., HARDY-FAIRBANKS, Abbey J. The impact of clinical clerkships on medical students' attitudes toward contraception and abortion: a pilot study. Proceedings in Obstetrics and Gynecology, 2015, vol. 5, no 2, p. 1-5.
10. BEN NATAN, Mark Y MELITZ, Olly. Nurses' and nursing students' attitudes towards late abortions. International nursing review, 2011, vol. 58, no 1, p. 68-73.
11. LUCHETTI, Gabriela [et al]. Interrupción legal y voluntaria del embarazo: propuesta para la formación de especialistas en ginecología y obstetricia. 1a ed. Buenos Aires: Centro de Estudios de Estado y Sociedad-CEDES, 2021.

Ramón Michel A, Ariza Navarrete S, Repka D. La objeción de conciencia en las residencias médicas: pautas para la reflexión y acción en la atención del aborto. Hoja Informativa. Ciudad Autónoma de Buenos Aires: Centro de Estudios de Estado y Sociedad-CEDES, 2023.

Versión extendida del documento acá:

Ipas
Health. Access. Rights.

CEDES

REDAAS
RED DE ACCESO AL ABORTO SEGURO
ARGENTINA