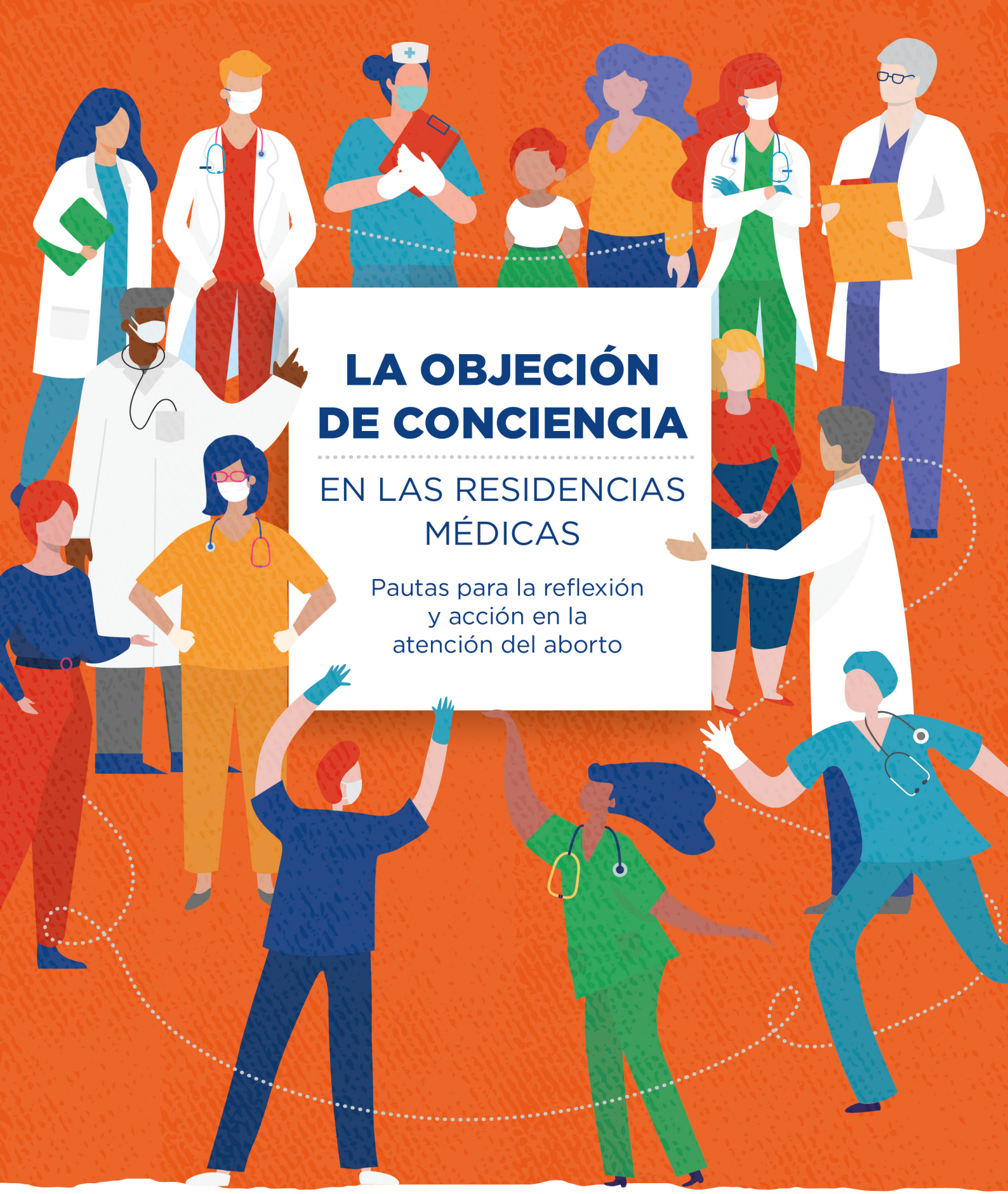


LA OBJECIÓN DE CONCIENCIA

EN LAS RESIDENCIAS MÉDICAS

Pautas para la reflexión y acción en la atención del aborto

Ipas Health. Access. Rights.

CEDES

REDAAS
RED DE ACCESO AL ABORTO SEGURO
ARGENTINA

Agustina Ramón Michel

Sonia Ariza Navarrete

Dana Repka

Revisión: Gabriela Luchetti, Roberta Laden- heim y Héctor Gustavo Cháves

Diseño e ilustraciones: Florencia Zamorano

Parte de la Serie "El aborto en la formación de la salud"

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. - 1a ed - Ciudad Autónoma de Buenos Aires: Centro de Estudios de Estado y Sociedad-CEDES, 2021. (El aborto en la formación de la salud).

Disponible en: https://repositorio.cedes.org/handle/123456789/4683

Ramón Michel, Agustina
La objeción de conciencia en las residencias médicas : pautas para la reflexión y acción en la atención del aborto / Agustina Ramón Michel ; Sonia Ariza Navarrete ; Dana Repka. - 1a ed - Ciudad Autónoma de Buenos Aires : Centro de Estudios de Estado y Sociedad-CEDES, 2021.
Libro digital, PDF - (El aborto en la formación de la salud)

Archivo Digital: descarga
ISBN 978-987-48105-4-0

1. Aborto Terapéutico. 2. Atención a la Salud. 3. Atención Médica. I. Ariza Navarrete, Sonia II. Repka, Dana III. Título
CDD 618.29

Índice

Introducción 4

Sobre este documento 6

I **Puntos de partida** 7

II **La objeción de conciencia en los marcos normativos** 9

En el derecho argentino 10

En la ética médica 12

III **Consideraciones para la formación y la atencion del aborto en las residencias** 14

IV **Respuestas y requisitos de objeción de conciencia en las residencias** 23

Condiciones para todo profesional que alegue OC, incluidos residentes. 24

Condiciones para garantizarse en las residencias 25

Condiciones adicionales para residentes que aleguen OC 26

Condiciones adicionales para docentes 27

Nota sobre las jefaturas de residentes que aleguen OC 30

En resumen 32

Introducción

En ocasiones, las exigencias de la profesión y la práctica médica pueden tensionar con ciertas creencias personales, llegando a convertirse en auténticos dilemas éticos. Algunas de estas situaciones pueden justificar una objeción de conciencia (OC) que se permite cuando una profesional[1] decide, como respuesta a su dilema, exceptuarse de realizar una práctica de salud clínicamente adecuada, legal y requerida por la persona usuaria del sistema de salud.

La OC es un fenómeno que, en el ámbito de la salud, genera numerosos debates. Se difundió desde las primeras leyes liberales de aborto en el norte global durante 1970 y se ha extendido, sobre todo, como respuesta reaccionaria al avance de los derechos sexuales y reproductivos. Este es el caso de Argentina, donde la OC ha estado fuertemente asociada a la mayor demanda de acceso al aborto legal y seguro.

Hasta hace muy poco, el aborto en el país era una práctica abordada, ante todo, en términos penales. Desde 1921 y por décadas, la regulación del aborto se limitó al artículo 86 del Código Penal que fijaba tres causales de interrupción legal del embarazo (ILE): cuando estuviera en riesgo la vida de la gestante, cuando lo estuviera su salud o cuando el embarazo fuese producto de violencia sexual. Fue recién a partir de mediados del 2000 cuando se empieza a abordar como una práctica sanitaria: por allí se emitieron las primeras guías de atención para orientar a personal de salud, se realizaron capacitaciones y arreglos de gestión que permitieron la consolidación de equipos de provisión de esta práctica. Este abordaje se consolida, el 30 de diciembre de 2020, cuando el Congreso de la Nación modificó el régimen jurídico del aborto a través de la Ley 27.610, que reconoció el derecho a interrumpir voluntariamente el embarazo en las primeras 14 semanas de gestación (interrupción voluntaria del embarazo -IVE-) y mantuvo las causales de legalidad (ILE). Durante este mismo período, se articulo toda una política pública sanitaria de garantía de este derecho en el ámbito de la salud: se actualizó el protocolo nacional para la atención de la IVE, ILE y posaborto (varias provincias adhirieron o elaboraron el suyo propio), se aprobó el uso y distribución del misoprostol para el aborto, se compraron insumos para la realización de aspiraciones manuales endouterinas (AMEU), se realizaron decenas de capacitaciones para que los servicios de salud, y se está poniendo en marcha un sistema de información desde el Ministerio de Salud de la Nación.

1. Usamos de manera indistinta la “a”, la “o” y la “e” para pluralizar los términos que designen las personas que pueden ser de géneros diversos.

Este cambio jurídico renovó la necesidad de que profesionales de la salud sean competentes en esta práctica; es decir, que adquieran las habilidades, destrezas y actitudes. Parte de este entrenamiento ocurrirá en las residencias.

En ese contexto, puede que surja en residentes dudas, incomodidades incluso dilemas acerca de la IVE/ILE. También puede que quienes desempeñen roles docentes tengan contradicciones con la provisión de esta práctica. Sin embargo, tanto docentes como residentes deben contar con los conocimientos, información y destrezas necesarias. Por ello, las residencias deben prever 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.

Este documento ofrece alternativas concretas para abordar posibles conflictos entre las creencias personales y exigencias del programa de formación en las residencias de gineco-obstetricia y otras afines, tomando el caso de la IVE/ILE y posaborto. La pregunta guía de este documento es: ¿pueden profesionales vinculadas a las residencias de tocoginecología obtener y brindar una formación adecuada para la atención de calidad mientras que, al mismo tiempo, se respetan sus creencias cuando éstas conflictúan con sus obligaciones educativas, de entrenamiento y actuación profesional? Y, de ser posible, ¿cómo lograrlo?



Sobre este documento

Este documento forma parte de la serie “El aborto en la formación del personal de salud” y complementa el documento “Interrupción legal y voluntaria del embarazo: propuesta para la formación de especialistas en ginecología y obstetricia”.[2]

Para elaborarlo, se revisaron estudios de opiniones, creencias y actitudes de profesionales de la salud, residentes y estudiantes de medicina, así como la literatura jurídica sobre OC. Se basa también en entrevistas exploratorias realizadas a residentes y personal con responsabilidades de dirección, e investigaciones previas de las autoras.[3]

Una primera versión de este documento fue revisada por Gabriela Luchetti,[4] Roberta Ladenheim[5] y Héctor Gustavo Cháves,[6] quienes realizaron comentarios muy valiosos que mejoraron este trabajo, aunque persistan errores, responsabilidad de las autoras.



2. LUCHETTI, Gabriela, LADENHEIM, Roberta, ARIZA NAVARRETE, Sonia, PÁEZ CALLEJAS, Guadalupe y RAMÓN MICHEL, Agustina. Interrupción legal y voluntaria del embarazo: propuesta para la formación de especialistas en ginecología y obstetricia. Agustina Ramón Michel (Coord.). 1ª ed. Buenos Aires: Centro de Estudios de Estado y Sociedad-CEDES, 2021.
3. RAMÓN MICHEL, Agustina, KUNG, Stephanie, LÓPEZ-SALM, Alyse y ARIZA NAVARRETE, Sonia. Regulating Conscientious Objection to Legal Abortion in Argentina: Taking into Consideration Its Uses and Consequences. Health and Human Rights, 2020, vol. 22, no 2, p. 271; RAMÓN MICHEL, Agustina, REPKA, Dana y ARIZA NAVARRETE, Sonia, Mapa global de normas sobre objeción de conciencia [en línea]. REDAAS e Ipas, 2020; RAMÓN MICHEL, Agustina, ARIZA NAVARRETE, Sonia y ALLORI, Agostina. La objeción de conciencia sanitaria en Argentina: Trayectorias regulatorias, disputas de autonomía y el rol del derecho. En RAMÓN MICHEL, A. UNDURRAGA, V. y CABRERA, O. La objeción de conciencia sanitaria en América Latina. Buenos Aires: Siglo del Hombre y Uniandes, mimeo-2021.
4. Médica gineco-obstetra. Magíster en Género, Sociedad y Políticas. Profesora adjunta en ginecología y obstetricia en la Facultad de Ciencias Médicas de la Universidad Nacional del Comahue.
5. Médica especialista en medicina interna. Magíster en Educación de Profesionales de la Salud. Directora del Departamento de Posgrado del Instituto Universitario del Hospital Italiano de Buenos Aires.
6. Abogado. Jefe del departamento de asesoría letrada del Hospital Regional Diego Paroissien.

Puntos de partida

I



Puntos de partida

I

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. Así, la residencia provee un entorno de aprendizaje dual: permite profundizar en un área del conocimiento técnico y brinda experiencia profesional a través del contacto con pacientes, bajo la guía y supervisión de otros profesionales.[7]

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 acoja una variedad de convicciones, tanto de integrantes de los equipos de salud como de las usuarias que acude 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. Estas creencias, sin embargo, no justifican el daño hacia otras personas, menos aún las usuarias, ni un apartamiento de los estándares clínicos, científicos y bioéticos de la labor médica.

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 la salud pública y derechos. Ello supone un conjunto de derechos para pacientes, por un lado, y de obligaciones para el sistema de salud y profesionales de la salud, por el otro, de ahí que esta ley prevea explícitamente la capacitación del personal de salud.

La OC es excepcional, enmarcada por límites y deberes

La OC es una excepción, pues contraría pilares éticos de la profesión como el respeto por la autonomía de los pacientes y la beneficencia. La OC tiene costos morales para quien la ejerce y, además, es delicada para el correcto funcionamiento de los servicios de la salud y puede afectar el derecho de las usuarias. En consecuencia, se fijaron deberes y límites jurídicos así como éticos para contener estos posibles daños.

7. DURÉ, María Isabel y CADILE, María del Carmen. La gestión de recursos humanos en salud. Una estrategia de consensos. 2008-2015. Buenos Aires: Dirección Nacional de Capital Humano y Salud Ocupacional [en línea]. Ministerio de Salud de la Nación, 2015.

La objeción de conciencia en los marcos normativos

II



II

La objeción de conciencia en los marcos normativos

En el derecho argentino

Hay varias definiciones posibles para la OC. La Corte Suprema de Justicia de la Nación de Argentina, en el fallo "Asociación de Testigos de Jehová c/ Consejo Provincial de Educación del Neuquén s/ acción de inconstitucionalidad" (2005), la definió como **el derecho a no cumplir una norma u orden de la autoridad que violente las convicciones íntimas de una persona, siempre que dicho incumplimiento no afecte significativamente los derechos de terceros ni otros aspectos del bien común.**[8]

La Constitución Nacional no reconoce explícitamente un derecho a la OC, pero sí reconoce los derechos humanos a la libertad de conciencia en el artículo 14,[9] y a la libertad individual y la privacidad en el artículo 19.[10] Estos son considerados fundamentos jurídicos de la OC. También las constituciones provinciales del país reconocen la libertad de conciencia.[11]

De todos modos, del derecho a la libertad de conciencia no se sigue automáticamente un derecho a la OC. Por ejemplo, los defensores oficiales y juezas no pueden ejercer la OC para rehusarse a participar o defender acusados de abuso de niñas y niños, violencia y abuso grave intrafamiliar, justamente por la primacía de un derecho de rango constitucional y también convencional que es el derecho a la defensa en juicio del acusado. Se entiende que actuar en

8. Corte Suprema de Justicia de la Nación, "Asociación de Testigos de Jehová c/ Consejo Provincial de Educación del Neuquén s/ acción de inconstitucionalidad", 5 de agosto de 2005. Consid. 13) Highton de Nolasco.
9. Art. 14 garantiza que el derecho "de profesar libremente su culto".
10. Art. 19 establece que "las acciones privadas de los hombres que de ningún modo ofendan al orden y a la moral pública, ni perjudiquen a un tercero, están sólo reservadas a Dios, y exentas de la autoridad de los magistrados. Ningún habitante de la Nación será obligado a hacer lo que no manda la ley, ni privado de lo que ella no prohíbe".
11. RAMÓN MICHEL, Agustina [et al] 2021.

estos casos hace parte de una labor y especialidad elegida. Sin embargo, en el campo de la salud se ha reconocido la posibilidad de que profesionales se rehúsen a llevar a cabo un tratamiento que contraria sus convicciones morales o religiosas.[12]

En el ámbito específico del aborto, la Ley 27.610 reconoce el derecho individual a la OC a "el o la profesional de salud que deba intervenir de manera directa en la interrupción del embarazo". En "FAL", la Corte Suprema de la Nación previamente fijó pautas similares.[13]

Según la Ley 27.610, 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, anestesia).

Además, **la ley impone límites específicos al ejercicio de la OC**, reafirmados en el Protocolo para la Atención Integral de las Personas con Derecho a la Interrupción Voluntaria y Legal del Embarazo (Resolución 1535/2021).[14] Así, 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

A estos límites se suman **deberes en cabeza de quienes invoquen OC** y de los efectores donde se desempeñen (Ley 27.610. art. 10; Resolución 1535/2021):

- 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.

12. Ibid.
13. Para más detalle, ver: RAMÓN MICHEL, Agustina, ARIZA NAVARRETE, Sonia y REPKA, Dana. Objeción de conciencia en la Ley sobre Interrupción del Embarazo de Argentina. Buenos Aires: REDAAS, 2021.
14. Dirección Nacional de Salud Sexual y Reproductiva (Argentina). Resolución 1535/2021: Protocolo para la Atención Integral de las Personas con Derecho a la Interrupción Voluntaria y Legal del Embarazo [en línea]. Buenos Aires: Ministerio de Salud de la Nación, 2021.

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. Aquellos efectores de salud del subsector privado o de la seguridad social que no cuenten con profesionales para realizar la IVE/ILE a causa del ejercicio individual y libre de la OC de los profesionales que lo integran "deben prever y disponer la derivación a un efector que realice efectivamente la prestación y que sea de similares características al que la persona solicitante de la prestación consultó" (art. 11). Según la Resolución 1535/2021, dichos efectores deben diseñar de forma anticipada mecanismos de derivación siguiendo las técnicas de la referencia y contrarreferencia con efectores que realicen efectivamente la prestación, conforme a los principios de buena fe y no obstaculización. Por su parte, **los efectores del sistema de salud pública no pueden negarse, por razones de la OC de su personal, a la provisión de IVE/ILE.**

En conclusión: 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 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.

La normativa deontológica protege la libertad de conciencia de profesionales con la misma intensidad con que protege la libertad de elección de sus pacientes. Sin embargo, son las profesionales quienes están obligadas a llevar su reflexión ética hacia el respeto por los derechos de sus pacientes, ponderando las consecuencias de sus decisiones profesionales.

De tal suerte, la ética profesional se convierte en un instrumento que provee criterios indispensables para la reflexión profesional en un marco de avances científicos, técnicos y legales cambiante. De la ética profesional de donde provienen los tradicionales principios de beneficencia y no maleficencia, el respeto de la autonomía de cada paciente, la promoción de la justicia individual y social a través del ejercicio de la profesión, la solidaridad con colegas y con la comunidad, la priorización de los derechos e intereses de pacientes, el uso adecuado de la tecnología y los avances de la ciencia, entre otros.

En relación con la provisión del aborto y la OC, **ningún marco ético aporta respuestas unívocas, pero recurrir al método de la reflexión y deliberación en principios y valores, dentro de la ley, permite el respeto de las obligaciones que esta impone**. Por ello, resulta un ejercicio de suma relevancia para un ejercicio profesional adecuado, ya que permite

considerar de forma más consistente con la realidad en la cual se inserta la práctica, los costos morales que implica el ejercicio de la OC, así como la afectación a colegas y pacientes.[15]

En línea con los deberes exigidos por el derecho argentino, la Federación Internacional de Ginecología y Obstetricia (FIGO) indica algunos comportamientos éticos que deben seguir quienes ejercen la OC. En la Resolución sobre OC (2006),[16] **FIGO afirma que, para comportarse éticamente, los profesionales que objetan deben cumplir como mínimo con cuatro deberes**:

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.

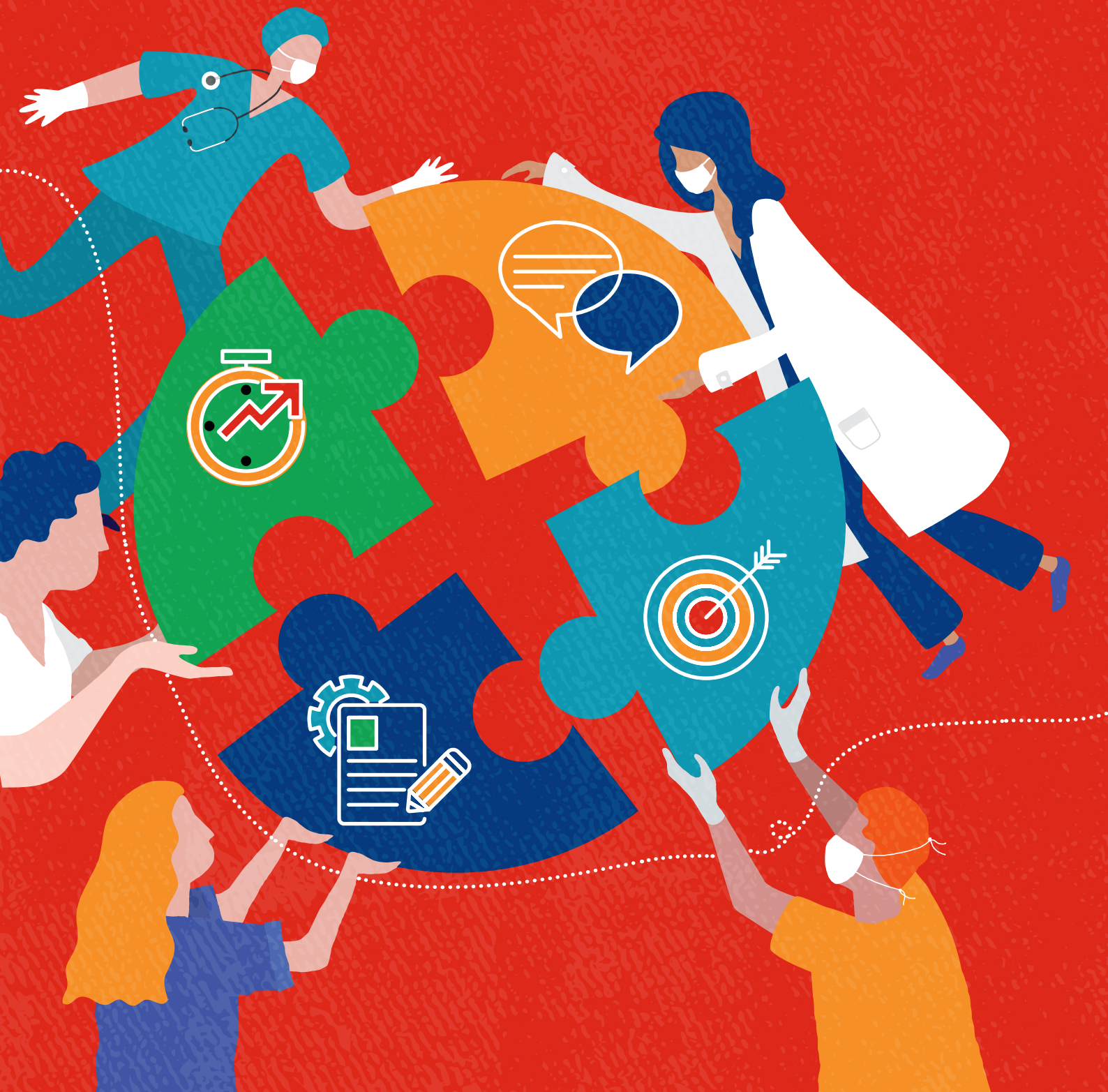
Además, en esa misma Resolución, se marca el límite general del daño y **la obligación de "informar a los pacientes de todas las opciones médicamente indicadas para su atención médica y respetar su elección"**, es decir, que los derechos de los pacientes constituyen un límite al ejercicio de la OC.



15. ARIZA NAVARRETE, Sonia y RAMÓN MICHEL, Agustina. Una vuelta de tuerca a la objeción de conciencia: Una propuesta regulatoria a partir de las prácticas del aborto legal en Argentina [en línea]. Buenos Aires: CEDES e IPAS, 2018.
16. FIGO. Resolución sobre objeción de conciencia. Kuala Lampur: FIGO, 2006.

III

Consideraciones para la formación y la atención del aborto en las residencias



III

Consideraciones 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, deberá recurrirse a todo el 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.

Para ello, en la residencia se cuenta con tutores, docentes, colegas con más experiencia y compañeras residentes, que han enfrentado estas situaciones y que pueden apoyarle. En efecto, 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. Como surge de la experiencia en residencias en dos hospitales del Gran Santa Fe: [17]

> En estas residencias, el entrenamiento de quienes no habían tenido ninguna formación en ILE, se entramó en una ética del cuidado vinculada a la solidaridad, empatía, cuidado de sí misma y de los otros y otras … Las entrevistadas dan cuenta de este acompañamiento, tanto como residentes como desde su lugar de instructoras, y luego durante su relación con las personas que solicitaban la ILE, y

17. 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.

otros equipos. Durante su formación, al contactar por primera vez con situaciones de ILE se sintieron protegidas frente al sufrimiento emocional. Posteriormente, desde su rol de instructoras, cuidaban y acompañaban a quienes se sentían interpeladxs por la práctica. Asimismo, en su actitud hacia equipos con limitaciones formativas, se consideraban a disposición para facilitarles nuevos saberes y acompañarlos en su aprendizaje.

La residencia debe, entonces, contar 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 ello se siguen algunas 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. Estudiar teóricamente implica conocer los aspectos técnicos de la práctica, pero también la evidencia acerca de su impacto tanto en la vida individual de las usuarias, como en la sociedad y en el sistema de salud.
- 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. Uno de los principales desafíos de les residentes es gestionar su propia competencia.[18]
- Deben adquirir experiencia en técnicas necesarias para llevar adelante todas las prácticas a las cuales está obligada. Por ejemplo, obtener experiencia en la realización de aspiraciones manuales endouterinas (AMEU) en huevo muerto y retenido o evacuación post aborto, y no necesariamente en la práctica de una IVE/ILE por esta técnica de forma que, si llegara el caso en que debe proveer este servicio, pueda hacerlo adecuadamente.

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. Es así como adquieren experiencia y habilidades en el cuidado de pacientes y pueden progresivamente ejecutar esas habilidades con mayor independencia.[19]

Cuarta consideración: *la responsabilidad de la atención y de las decisiones adoptadas es compartida entre residentes y supervisores, quienes, además, están encargadas de entrenar-*

18. 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.
19. Ministerio de Salud de la Nación (Argentina). Resolución 1993/2015: Reglamento básico general para el sistema nacional de residencias – aprobación [en línea]. Buenos Aires: Ministerio de Salud de la Nación, 2015.

les, evaluarles y son sus modelos de rol. Estudios relacionados con las residencias muestran que, a medida que avanza la residencia, las residentes tienden a perder empatía y endurecer sus posturas si no cuentan con un liderazgo (jefaturas de residencia, docentes y coordinadoras) que incentive la reflexión moral, el profesionalismo y la autoevaluación.[20] El impacto de las actitudes, comportamientos y visiones de docentes en la práctica profesional es profundo. Si estas figuras docentes se muestran empáticas con colegas y pacientes, dispuestas a abordar dudas técnicas o situaciones dilemáticas, incluso errores, de forma reflexiva y colaborativa, sus estudiantes incorporarán esas prácticas y modelos de profesionalismo.[21]

En el mismo sentido, las opiniones individuales y las prácticas institucionales determinan la disposición de residentes a la prestación de IVE/ILE. El carácter de aprendices es determinante para las residentes, quienes pueden ser influenciables por lo que perciben será de agrado de sus evaluadores.[22] Así lo manifiesta una psicóloga residente del equipo ILE de un centro de salud del municipio de Morón:

> Porque quienes se forman en el hospital (segundo nivel de atención), los residentes de tocogineco, no son formados en la perspectiva de acceso a ILE, ni a ningún otro tipo de derechos sexuales, en general hacen lo que les dice el jefe o la jefe. Y quien resuelve, también... no es el equipo el que resuelve. Hay una o dos personas que resuelven.[23]

Esta experiencia ilustra la importancia de tener presente el "currículo oculto": 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.[24] En general, la supervisión y evaluación de las residentes (con una duración promedio de 4 años) es realizada, muchas veces, por el mismo equipo. Esto supone, por un lado, que existe un seguimiento del avance en la formación, pero, a su vez, los residentes son mucho más permeables al currículo oculto. Por todo esto, es necesario explicitar un mínimo -estructural- de valores de las residencias y asegurar que las personas involucradas en ellas (docentes, supervisores,

20. FAÚNDES, Anábal, ALVES DUARTE, Graciana, ANDALAFT NETO y de SOUSA, María Helena. The closer you are, the better you understand: the reaction of Brazilian obstetrician—gynecologists to unwanted pregnancy. Reproductive health matters, 2004, vol. 12, no sup24, p. 47-56; LISKER, Rubén, CARNEVALE, Alessandra y VILLA, Antonio R. Acceptance of induced abortion amongst medical students and physicians in Mexico. Revista de investigación clínica, 2006, vol. 58, no 4, p. 305-312; LIPP, Allyson. A review of termination of pregnancy: prevalent health care professional attitudes and ways of influencing them. Journal of Clinical Nursing, 2008, vol. 17, no 13, p. 1683-1688; WONKAM, Ambroise y HURST, Samia A. Acceptance of abortion by doctors and medical students in Cameroon. The Lancet, 2007, vol. 369, no 9578, p. 1999; BEN NATAN, Merav y MELITZ, Osnat. Nurses' and nursing students' attitudes towards late abortions. International nursing review, 2011, vol. 58, no 1, p. 68-73; MUSSELMAN, Laura J., MACRAE, Helen M., REZNICK, Richard K. y LINGARD, Lorelei A. 'You learn better under the gun': intimidation and harassment in surgical education. Medical education, 2005, vol. 39, no 9, p. 926-934; SCOTT, Karen M., Caldwell, Patrina N.Y, BARNES, Elizabeth H. y BARRETT, Jenny. "Teaching by humiliation" and mistreatment of medical students in clinical rotations: a pilot study. Medical journal of Australia, 2015, vol. 203, no 4, p. 185.
21. WORLY, Brett, Professionalism education of OB/GYN resident physicians: What makes a difference? Open Journal of Obstetrics and Gynecology, 2013, vol. 3, p. 137-141.
22. MUSSELMAN [et al], p. 927.
23. 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.
24. Término que refiere a las lecciones tanto positivas como negativas que aprenden las residentes, y están integradas en la estructura y cultura organizacional. LEHMANN, Lisa Soleymani; SULMASY, Lois Snyder y DESAI, Sanjay. Hidden curricula, ethics, and professionalism: optimizing clinical learning environments in becoming and being a physician: a position paper of the American College of Physicians. Annals of internal medicine, 2018, vol. 168, no 7, p. 506-508.

jefes, etc.) los promulguen tanto en el desarrollo del programa formal como en sus actitudes y comportamientos.[25]

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.[26] 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. Muchas veces en los servicios se valora más a las residentes "operativas"; es decir, a aquellas que resuelven los problemas sin cuestionamientos y no desafían la autoridad. Tal como lo indica una residente:

> El humanismo y el idealismo son rasgos buenos e importantes en los médicos jóvenes, atributos que debemos reconocer y aprovechar durante su formación. Pero en lugar de construir sobre ellos … el proceso de convertir a un estudiante en médico - las horas despiadadamente largas, el trabajo duro implacable y las situaciones desesperadas, la miseria, la depresión y la muerte - en realidad contribuyen a su destrucción. En última instancia, llegamos a ver a los pacientes a los que alguna vez quisimos ayudar como enemigos; llegamos a reconocer sus gritos de ayuda como intentos de evitar que nos quedemos dormidos.[27]

Sexta consideración: *las motivaciones para recurrir a la OC muchas veces están asociadas a desconocimientos, prejuicios y miedos que pueden trabajarse no sólo 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.*

De acuerdo a la evidencia empírica, las profesionales de salud no objetan únicamente por razones morales o religiosas, sino que frecuentemente recurren a la OC por otras razones, algunas atendibles y otras verdaderamente problemáticas.[28] Los principales motivos que explican el mal uso de la OC tienen que ver con:

---

25. Ministerio de Salud de la Nación (Argentina). Bloques transversales [en línea]. Buenos Aires: Ministerio de Salud de la Nación, 2020.
26. ROSENBAUM [et al], p. 405.
27. "[H]umanism and idealism are good and important traits in young doctors, attributes we should recognise and build upon during their training. But instead of building on them…the process of turning a student into a doctor – the unmercifully long hours, the unforgiving hard work and desperate situations, the misery and depression and death – actually contributes to their destruction. We ultimately come to view the patients we once wanted to help as the enemy; we come to recognise their cries for help as attempts to prevent us from getting to sleep". MARION, Robert. Rotations: The 12 Months of Intern Life. Nueva York: HarperCollins, 1997.
28. 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.

- Desconocimiento de la normativa de IVE/ILE.[29] En algunas oportunidades optan por invocar OC porque es un camino más fácil, les evita situaciones que perciben poco seguras legalmente. Es probable que esta razón no sea tan presente en la actualidad donde las capacitaciones están accesibles en mayor cantidad y calidad.

- Falta de capacitación técnica. Tanto a nivel grado en la carrera de medicina como, muchas veces, durante su paso por las residencias, estas técnicas no son debidamente transmitidas. En consecuencia, por temor o ante la falta de capacitación técnica, los residentes optan por la OC.[30]

- Sensación de ineptitud emocional. Los abortos son procedimientos que pueden acarrear diversos sentimientos tanto en las mujeres que van a abortar como en el personal de salud. Por ello, algunas las residentes prefieren evitarlo y, por ello, invocan OC. Tal como indicó Robert Burt: "no hemos prestado atención a cuán frágiles son las defensas de los médicos, qué sucesos los perturban y cuán existencial es el material del que se ocupan".[31]

- Estereotipos y prejuicios sobre las mujeres y otras personas con capacidad de gestar que requieren un aborto. La falta de cercanía a casos de IVE/ILE puede hacer que la percepción acerca de quienes las solicitan se nutra únicamente de suposiciones comunes sobre, por ejemplo, las razones: "no se cuidaron", es decir, prefieren no usar anticonceptivos para evitar gestaciones no intencionales. Ello omite la realidad de muchas personas sufren violencia sexual, pero también otras violencias, que impiden el acceso oportuno a servicios de salud, otras no los usan por falta de educación sexual o de acceso, etc.

- Miedo al estigma. No ser "abortero". Hoy todavía, a pesar de ser una practica legal, común y recomendada en el marco de los derechos humanos, el aborto sigue teniendo un fuerte estigma. Por un lado, por percepciones acotadas de las formas de proteger la vida en gestación. Por otro, en el marco del ejercicio profesional debido a la falta de incentivo y jerarquización de esta práctica clínica. Esta se percibe como una práctica poco reputada y se percibe que quienes la realizan pueden estar encasillados por su compromiso con la garantía de este derecho, aunque sin duda su ejercicio profesional es mucho mas amplio. De forma que quienes no tienen una fuerte comprensión de la necesidad e importancia de esta práctica, pueden verse tentados a recurrir a la OC para evitar estas consecuencias que perciben como adversas.

- Jerarquías y sesgos contra la atención de la IVE/ILE en las residencias. En aras a generar buena imagen en sus superiores, algunos residentes pueden adoptar una suerte de

29. Entrevistas a Analía Messina, médica tocoginecóloga. Jefa del servicio de Obstetricia del Hospital Álvarez (2019), Viviana Mazur, médica generalista integrante del Programa de salud sexual de Buenos Aires, en la coordinación de salud sexual, médica en el Hospital Santojanni, y cuatro residentes de tocoginecología de hospitales dependientes del gobierno de CABA.

30. Entrevista a Analía Messina, médica tocoginecóloga. Jefa del servicio de Obstetricia del Hospital Álvarez, 2019.

31. BURT, Robert. La muerte es esa mujer que deambula tomando nombres: Intersecciones de la Medicina, el Derecho y la Cultura en los Estados Unidos. Buenos Aires: Colección Ciencias Jurídicas Universidad de Yale-Universidad de Palermo, 2016.

> "sumisión" o acomodamiento hacia sus superiores.[32] Ello, acompañado por un contexto de salarios bajos, alta carga laboral y educativa, y una dependencia para ubicarse laboralmente a futuro, puede llevarles a preferir seguir la actitud que promueva el servicio, ya sea la provisión de IVE/ILE o la OC. Así lo indica un profesional de salud entrevistado: (...) es como una especie de "obediencia debida"; los residentes de servicios objetores temían que de no declararse objetores no tuvieran acceso a las prácticas y al entrenamiento necesario.[33]

En lo que respecta la capacidad técnica para la IVE/ILE, análisis indican que la cercanía con la práctica tiende a mejorar la opinión sobre ella.[34] Se encontró que las experiencias tempranas con la provisión de aborto y anticoncepción pueden afectar el conocimiento, actitudes e intenciones de proveerlo.[35] Steele sostiene que el conocimiento general de los estudiantes y el apoyo a los servicios de aborto aumentaron después de ofrecer los procedimientos.[36] En la misma línea, una encuesta de la Universidad de Nuevo México halló que, luego de que estudiantes participaran en procedimientos de aborto, pasaron a considerarlos una experiencia altamente positiva ya que les permitió observar lo que las mujeres atraviesan física y emocionalmente: el 94% de los participantes opinaron que, luego de observar las prácticas, hubo un cambio de actitud a favor del acceso al aborto.[37]

Asimismo, se comprobó que cuando los residentes toman un contacto con las realidades de las usuarias tienden a mejorar su opinión de la IVE/ILE.[38] El contacto con estas situaciones les ayuda a respetar y tolerar las decisiones de las usuarias. Hay una clara tendencia a flexibilizarse a favor del aborto fundada en parte por la empatía[39] y porque empiezan a considerar la IVE/ILE parte integral de la atención de la salud. Las opiniones del personal de salud que interviene en estas prácticas se vuelvan aún mas liberales.[40] En Brasil, por ejemplo, se registró que jóvenes profesionales que tenían menos tiempo de exposición a embarazos no intencionales, en comparación con sus colegas mayores, eran menos propensos a ayudar a sus pacientes.[41] Por

32. PÉREZ TORT, p. 60-62.
33. ARIZA NAVARRETE, Sonia y RAMÓN MICHEL, Agustina, 2018.
34. AIYER, Aryan N., RUIZ, George, STEINMAN BA, Allegra y HO, Gloria Y.F. Influence of physician attitudes on willingness to perform abortion. Obstetrics & Gynecology, 1999, vol. 93, no 4, p. 576-580.
35. PACE, Lydia, YARROW, Sandahl, BACKUS, Lois, SILVERIA, Maria y STEINAUER, Jody. Medical Students for Choice's Reproductive Health Externships: impact on medical students' knowledge, attitudes, and intention to provide abortions. Contraception, 2008, vol. 78, no 1, p. 31-35.
36. STEELE, Rosie. Medical students' attitudes to abortion: a comparison between Queen's University Belfast and the University of Oslo. Journal of Medical Ethics, 2009, vol. 35, no 6, p. 390-394.
37. ESPEY, Eve, OGBURN, Tony y DORMAN, Fara. Student attitudes about a clinical experience in abortion care during the obstetrics and gynecology clerkship. Academic Medicine, 2004, vol. 79, no 1, p. 96-100.
38. LIPP, Allyson. A review of termination of pregnancy: prevalent health care professional attitudes and ways of influencing them. Journal of Clinical Nursing, 2008, vol. 17, no 13, p. 1683-1688.
39. 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.
40. LIPP, p. 1685.
41. FAUNDES, Ánabal, ALVES-DUARTE Graciana Alves, NETO, Jorge Andalaff y De SOUSA, Maria Helena. The closer you are, the better you understand: the reaction of brazilian obstetrician—gynaecologists to unwanted pregnancy. Reproductive health matters, 2004, vol. 12, no sup24, p. 47-56.

su parte, en nuestro país, un estudio de caso centrado en consejerías pre y post aborto del Municipio de Morón puso de manifiesto que las primeras experiencias de residentes en relación al aborto fueron tan significativas que, para la mayoría de ellos, constituyeron "momentos bisagra" en su trayectoria profesional, al impulsarlos a formarse y organizarse dentro de los efectores para dar respuesta a la demanda de estas prácticas.[42]

En igual sentido, una residente de un hospital del Gran Santa Fe sintetizó el impacto que significó el abordaje de IVE/ILE en su posicionamiento personal de la siguiente forma:

> Fue todo muy movilizador. Yo no tenía idea de la práctica de ILE, y me encuentro con eso, con que se abordaba esta situación en el hospital, y yo... fue como... llegué a mi casa y le digo ´imamá, no sabés!´. Fue así; mi mamá me dijo: ´no digás nada, no andés diciendo estas cosas, pero fijáte nena´. Fue toda una movilización para mí, yo hice colegio católico, soy católica, implicó mucho en mí. Una cierta carga emocional al principio, de cómo... de poder lograr no poner en juego mis ideales y que eso no afecte al paciente. Logré con el tiempo... me llevó mi primer año, y en segundo año ya logré abordar los pacientes, atenderlos. Esto de poder no poner en juego mis pensamientos en la práctica de la paciente me llevó tiempo, fue algo totalmente nuevo que me encontré acá cuando empecé el hospital.[43]

En resumen, el cambio de opinión está asociado con experiencias profesionales y personales. Conocer y empatizar con aquellas personas que están en situación de aborto es crucial para mejorar las actitudes hacia el aborto.[44]

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, límite 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.[45]

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. Así, las OC se deben trabajar con las residentes en ámbitos de formación con el objetivo de conocer las características y alcances de su invocación y tomar, a partir de ello, una decisión informada.[46]

---

42. PÉREZ TORT, p. 41.
43. DEL ROSSO, p. 69.
44. LISKER, Rubén [et al]. Acceptance of induced abortion amongst medical students and physicians in Mexico. Revista de Investigación clínica, 2006, vol. 58, no 4, p. 305-312.
45. 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.
46. DEL ROSSO, p. 79.

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 formal integral.





Respuestas y requisitos de objeción de conciencia en las residencias

IV

IV

Respuestas y requisitos de objeción de conciencia en las residencias

Si habiendo reflexionado y tenido en cuenta sus obligaciones legales y los principios éticos que debe guiar su práctica, un profesional de la residencia decide alegar OC podrá hacerlo bajo ciertas condiciones:

Condiciones para cualquier profesional que alegue OC, incluidos residentes

1. La OC no puede dar lugar a una discriminación o maltrato a pacientes. Nadie puede negarse a tratar a una persona o grupo en particular debido a sus creencias. Tampoco puede negarse a tratar una persona por considerar que su estado es consecuencia de sus propias elecciones. Desprenderse de prejuicios y estereotipos acerca de las personas que requieren o proveen IVE/ILE es indispensable para un ejercicio profesional adecuado.
2. Informar la OC de manera previa y por escrito a la máxima autoridad del efector. La profesional podrá retirar la OC en cualquier momento por el mismo medio.
3. Actualización en los contenidos sobre IVE/ILE: aspectos legales y técnicos, rutas de atención, incluyendo estrategias de derivación.
4. Adquirir las habilidades y destrezas necesarias para la atención de posaborto (práctica no susceptible de OC).

5. Cumplir con las prestaciones sustitutorias que fueran establecidas para la redistribución de tareas y para cumplir con los requerimientos de la formación o de docencia, según corresponda.

6. Deberá emplear su conocimiento, experiencia y rol para cuidar de la salud de su paciente, respetando su autonomía, sin interferir en su decisión acerca de la IVE/ILE, lo que incluye:

   - Suministrar de manera transparente información veraz, suficiente y clara, de acuerdo con las capacidades y condiciones de la gestante.[47]
   - Derivar de buena fe.

7. Cumplir toda otra obligación profesional y legal que corresponda a la relación médico-paciente, incluida la confidencialidad y la calidad de la atención sanitaria.

Condiciones para garantizarse en las residencias

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.[48]

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 debe asumir quienes la ejercen OC, 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.

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.

---

47. Ello surge expresamente de la Resolución 1535/2021, que establece que: "Las/os profesionales de la salud y las autoridades públicas tienen la obligación de suministrar toda la información disponible de forma dinámica y a lo largo de todo el proceso de atención, incluso si no hay una solicitud explícita por parte de la persona respecto al derecho a la interrupción del embarazo. (Comisión Interamericana de Derechos Humanos, 2011). La información debe ser actualizada, completa, comprensible y brindada en lenguaje y con formato accesibles (art. 5 e, Ley 27.610)" (Pág. 19).

48. 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.

6. Prever e informar mecanismos para la distribución equitativa de trabajo entre residentes.
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.

Condiciones adicionales para residentes que aleguen OC

Como se ha dicho, todos los estudiantes residentes deberán adquirir y demostrar competencia técnica, clínica y de atención para manejo del aborto a fines de obtener la certificación profesional en la especialidad según el programa correspondiente.

Esto no implica que deban realizar directamente IVE/ILE, en el marco de la residencia, sino que deben conocer y tener experiencia en técnicas que, usadas en otras prácticas, aseguran su capacidad técnica para resolver casos que no son pasibles de OC como atención postaborto, IVE/ILE en casos de peligro para la vida o la salud de la gestante que no pueda ser postergados, etc. Igualmente, debe 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.).

DISPOSITIVOS DE FORMACIÓN EXPERIENCIAL

Algunas cuestiones a tener en cuenta para el diseño de formación en IVE/ILE y OC:

Consejerías y OC

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, por ejemplo. De esta forma, podrá acercarse a las historias de las usuarias y entender de forma experiencial las circunstancias y necesidades que llevan solicitud de dicha práctica, así como la forma en la que la profesional puede asistir.

AMEU como técnica para la salud reproductiva

Para el caso de la práctica de técnicas quirúrgicas, la residente debe practicarlas para la evacuación de un feto muerto y retenido o la atención posaborto. De esta forma, aprenderá la técnica sin poner en riesgo su integridad moral en ese momento y podrá reflexionar de forma informada acerca de la posible OC.

El análisis de las historias clínicas

Puede asignarse a la residente que solicita la OC el estudio de historias clínicas de pacientes que han atravesado una IVE/ILE, de forma que puedan acercarse a más casos y tener un panorama acerca de sus implicancias, resguardando la identidad de la paciente.

Condiciones adicionales para docentes

Las docentes de residencia son profesionales que, junto con sus labores ordinarias, asumen el rol de formadores de estudiantes de la especialidad, en este caso de tocoginecología. Los docentes tienen la responsabilidad de promover un proceso de reflexión-acción enfocado en generar condiciones pedagógicas para promover la formación de profesionales competentes para afrontar los retos de su desempeño profesional.

Por ello, si un docente alega OC debe cumplir con las siguientes condiciones para llevar adelante la tarea docente:

1. Asegurarse de estar debidamente capacitadas para trasmitir conocimiento teórico, clínico, legal y de servicios sobre las prácticas.
2. 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. 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.
4. 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.

La experiencia de la instructora –en tanto docente a cargo de la formación de residentes- de la residencia del hospital Santo Tomé en Santa Fe es ilustrativa como ejemplo de buenas prácticas en los términos de las propuestas expuestas.

Se trata de una residencia que, al momento en el que comienzan a implementarse las primeras políticas de ILE en la provincia, se encontraba en la situación de que la mayoría de quienes la integraban se oponía a la práctica, si bien "de palabra" ya que nunca llegaron a firmar el formulario de objeción.[49]

Ante esta situación, la instructora de la residencia priorizó la escucha e impulsó la formación de las residentes. Como surge del relato de uno de los residentes de aquel entonces:

> También estaba ese mito que si no hacías abortos no te daban un puesto en la provincia, que no dijeras que eras objetor para conseguir un cargo. Incluso llegamos a los abogados del colegio de médicos. El abogado del colegio médico nos dijo que eso no era legal y le fuimos a decir a la instructora que nos estaba queriendo hacer algo ilegal, y estábamos indignadas. La instructora nos brindó el espacio de escucha y nos dijo que nadie nos iba a obligar a hacer algo que no queramos, pero que no cerremos la posibilidad de informarnos.[50]

Así, en tanto profesional con mayor jerarquía, pudo brindar acompañamiento a los residentes y contribuyó a articular capacitaciones con CEDES para aportar claridad en relación a las dudas normativas que ests últimos tenían. En efecto, en palabras de

49. DEL ROSSO, p. 109.
50. Ibid. p. 110.

la instructora, la posibilidad de desarrollar argumentos más sólidos "nos dio la posibilidad de explicarles los fundamentos a los que no acompañan; tener en claro por qué acompañás".[51]

En la actualidad, la decisión de la instructora de no invocar OC responde a un proceso subjetivo vinculado a un sentido del deber profesional y la pertenencia a espacios grupales:

> Tiene que ver con las respuestas que uno puede dar como profesional y para lo que se formó, pero también te une con la gente que vos laburás. Es algo en común con el espacio colegiado, es algo en común con redes de profesionales: nosotros estamos unidos, hay un bienestar. Una nunca va a quedar sola, siempre vas a tener con quién, sabemos con quién contás. Pero el objetor está solo salvo que sea amigo tuyo y te llame; porque si no, no saben a quién recurrir."[52]

ESTRATEGIAS PARA LA SUPERVISIÓN DE RESIDENTES: REFLEXIÓN & DIVISIÓN DE TAREAS

División de tareas por razón de OC. Una estrategia posible 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. Para ello, se deberán, además, tomar los recaudos necesarios para que la opinión acerca de la práctica no afecte o influya en les residentes, por ejemplo, evitando referirse a la práctica, y cuando no sea posible, indicar la legalidad de la práctica sin hacer juicios morales sobre la misma.

Es necesario que las docentes objetoras tengan tareas que no se vinculen directamente con la práctica 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. Además, sirve para evitar que se instituya una concepción moral prevalente contrario al cumplimiento de las obligaciones profesionales y legales dentro del equipo e incluso dentro de la institución.

51. Ibid. p. 110.
52. Ibid, p. 110.

Nota sobre las jefaturas de residentes que aleguen OC

Esta figura merece una reflexión especial por el rol que cumple dentro de la residencia. La jefatura de residencia tiene una relación especialmente directa con les residentes y por tanto la incidencia de sus decisiones profesionales, relacionadas con la formación y la gestión de la residencia tienen un enorme impacto en la residencia y en las residentes.[53] Así, es necesario tomar recaudos adicionales y limitar la OC para este cargo de forma que se garantice la correcta y adecuada gestión de las residencias.

La jefatura es ejercida por una profesional recién egresada de la residencia que se convierte en referente, canaliza la comunicación con las unidades docentes y gestiona las necesidades relacionadas con el proceso formativo de quienes fueron sus compañeros.

Por estas características, tiene especial incidencia en la formación que se desarrolla en la residencia, dado que, por ejemplo, prioriza contenidos de ateneos y cursos, designa quienes realizarán las diferentes prácticas médicas y arbitra en los conflictos en el marco de la residencia. Estas decisiones van dando forma a parte del currículo de la residencia. Además, la jefatura de residencia cumple funciones humanitarias que comprenden todas aquellas acciones relacionadas con la solución de conflictos, la atención a problemas personales o dificultades de adaptación de los médicos residentes, así como con la mejora, en general, de la experiencia en la residencia, no sólo en términos de proceso formativo.

Dadas estas tareas y rol, se espera que la jefa de residentes sea una figura accesible para les residentes, con quien pueda analizarse posibles problemas que surjan, discutir las soluciones más apropiadas y llevarlas a efecto. Tanto es así, que para la elección de jefes de residencia no solo se toman en consideración las evaluaciones que haya tenido durante todo su ciclo de formación como residente, sino también el concepto personal que la candidata hubiere alcanzado entre sus pares, superiores, staff docente, directora de programa y/o departamento de docencia, su capacidad demostrada de trabajo en equipo y sus habilidades comunicacionales.

Por todo ello, y teniendo en cuenta que quienes ejerzan dicho cargo deben cumplir con requisitos de idoneidad, se considera que sólo las profesionales que estén dispuestas a realizar todas las prácticas que requiere el servicio que coordinan pueden optar por este cargo. 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 tienen las condiciones de idoneidad para el cargo de jefe de residencia.

53. PÉREZ TORT, p. 60-62.

Tal como lo reconocen las normas de empleo público, por ejemplo, el proceso de selección se debe realizar mediante la implementación de sistemas que aseguren "la comprobación fehaciente de la idoneidad, méritos, competencias y actitudes laborales adecuadas para el ejercicio de las funciones" (art. 56, Decreto 214/06). Las actitudes laborales son aquellas conductas que se desarrollan en el marco del empleo que, sin ser parte de las tareas propias de un cargo, conforman los modos y relaciones desarrolladas en el marco laboral. Son relevantes porque determinan el grado de compromiso y éxito en el desarrollo de una función, así como la autorrealización de las personas en su trabajo.

En el mismo sentido, las normas sobre empleo público, (por ejemplo, la ley 25.164/99), reconocen que para cubrir un cargo de mayor jerarquía no solo se requiere el conocimiento técnico necesario, sino además cumplir con una serie de requisitos actitudinales que permitan satisfacer las necesidades de dicho empleo. Indicando que las funcionarias deben apartarse de las tareas en las que puedan originar interpretaciones de parcialidad (artículo 23.k), como sería la negativa a la provisión de IVE/ILE por razones morales o religiosas.

En este sentido, en el caso de les jefes de residencia, por ser un cargo unipersonal que tiene la responsabilidad de garantizar el acceso a las prácticas ya sea organizando el servicio o interviniendo personalmente cuando les residentes no puedan realizarlas, y que además por su nivel jerárquico influyen en las dinámicas de trabajo de los equipos, es necesario que el cargo sea ocupado por una persona que acuerde con la provisión de todas las prácticas sanitarias legales. La medida se propone como una forma de garantizar la libertad de conciencia tanto de las profesionales de la salud como de las solicitantes. De este modo, desde la jefatura se asegura una postura que permitirá, como lo ha mostrado la evidencia, una mejor disposición de los servicios para garantizar tanto la OC de quienes así lo soliciten, como las mejores condiciones para la provisión de las prácticas para quienes se encuentran comprometidos con la garantía de este derecho.

En resumen



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 de forma de la decisión de eximirse de la provisión de un servicio tenga en consideración las cargas que ello supone para las pacientes, los demás integrantes del equipo y para el sistema de salud.

Los comportamientos y opiniones de profesionales de mayor jerarquía tienden a ser internalizados, justificados e incluso reproducidos por muchos residentes como parte de su proceso de aprendizaje. Este modelo de rol no solo promueve o modela la práctica profesional de residentes en aspectos técnicos, sino también conductuales, emocionales y éticos.

Es esperable que toda profesional de la salud incluso cuando algunas de sus creencias personales entren en conflicto con la provisión de IVE/ILE, cumpla los siguientes principios y deberes:[54]

1. Tratar a las pacientes de manera justa, con respeto y amabilidad, a través de actitudes y una comunicación libre de juicios y discriminación.
2. Ejercer su profesión conforme a sus valores y creencias, siempre y cuando cumpla con las obligaciones para con sus pacientes. Las creencias personales no puede jamás ser una excusa para no respetar, proteger y garantizar los derechos de las pacientes.
3. Ofrecer una atención con estándares apropiados, para la cual deben actualizarse.
4. 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.
5. Estar en condiciones de proveer atención posaborto. Esto es contar con las habilidades destrezas y conocimientos necesarios para garantizar esta atención de emergencia.
6. 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.

54. Ver: The faculty of Sexual & Reproductive Healthcare-FSRH, Guidance for those undertaking or recertifying FSRH qualifications whose personal beliefs conflict with the provision of abortion or any method of contraception. Glasgow: FSRH, 2017; Nursing & Midwifery Council-NMC, The code: Professional standards of practice and behaviour for nurses, midwives and nursing associates. Londres: NMC, 2015.







ISBN 978-987-48105-4-0