

REVISTA LATINOAMERICANA DE SOCIOLOGÍA JURÍDICA 2025 | N° 9

**ENSAYAR COMO PRINCIPIO.
EL REGISTRO DE OBJECCIÓN DE CONCIENCIA
SOBRE SALUD SEXUAL Y REPRODUCTIVA
EN LA PROVINCIA DE SANTA FE**

Agustina Ramón Michel

Sonia Ariza Navarrete

ENSAYAR COMO PRINCIPIO. EL REGISTRO DE OBJECCIÓN DE CONCIENCIA SOBRE SALUD SEXUAL Y REPRODUCTIVA EN LA PROVINCIA DE SANTA FE

Agustina Ramón Michel¹

ORCID 0000-0002-8778-5191

rmichelagus@gmail.com

Sonia Ariza Navarrete²

ORCID 0009-0003-7762-0929

soniaarianavarrete@gmail.com

Resumen

El derecho a la objeción de conciencia (OC), que permite a los profesionales de la salud eximirse de proveer determinados servicios que son contrarios a sus convicciones morales, enfrenta al sistema de salud con serias dificultades que afectan a las pacientes y que exigen a los tomadores de decisión implementar distintas estrategias.

Registrar a quienes objetan ha sido considerada una de estas estrategias.

Este artículo reconstruye la experiencia de uno de los primeros registros de OC en salud sexual y reproductiva de América Latina, a través de investigación documental y entrevistas con actores clave. El objetivo es ofrecer información que permita la comprensión del surgimiento, implementación y resultados de este registro, para abonar discusiones de cómo tratar este asunto desde las políticas públicas.

El registro de OC creado en la provincia argentina de Santa Fe fue concebido para facilitar la gestión sanitaria y garantizar la nueva y resistida política pública de acceso al aborto legal. Fue un ensayo regulatorio y de política, para hacer frente al formidable desafío ante las negaciones de las y los profesionales de la salud, y como tal estuvo hecha de aproximaciones sucesivas y adaptaciones que exigieron altas dosis de esfuerzo institucional.

¹ Abogada, investigadora asociada del Centro de Estudios de Estado y Sociedad, docente de la Universidad de Palermo, Buenos Aires, Argentina.

² Abogada, investigadora adjunta del Centro de Estudios de Estado y Sociedad, Buenos Aires, Argentina.

Concluimos este análisis con una serie de lecciones que sugieren que la utilidad de un registro de OC para garantizar el acceso a servicios de salud sexual y reproductiva es cuestionable, y en todo caso limitada y costosa.

Palabras clave: objeción de conciencia, política pública, salud sexual y reproductiva, aborto.

Experimentação como princípio. o registro de objeção de consciência em saúde sexual e reprodutiva na província de Santa Fé

Resumo

O direito à objeção de consciência (OC), que permite aos profissionais de saúde isentar-se de prestar determinados serviços que são contrários às suas convicções morais, apresenta sérios desafios ao sistema de saúde que afetam os pacientes e exigem que os tomadores de decisão implementem várias estratégias. Registrar os objetores tem sido considerado uma dessas estratégias.

Este artigo reconstrói a experiência de um dos primeiros registros de OC em saúde sexual e reprodutiva na América Latina, por meio de pesquisa documental e entrevistas com atores-chave. O objetivo é fornecer informações que permitam compreender o surgimento, implementação e resultados deste registro, para contribuir com discussões sobre como abordar essa questão a partir da política pública.

O registro de OC criado na província argentina de Santa Fe foi concebido para facilitar a gestão da saúde e garantir a nova e contestada política pública de acesso ao aborto legal. Foi um ensaio regulatório e de política para enfrentar o formidável desafio colocado pelas recusas dos profissionais de saúde e, como tal, envolveu aproximações sucessivas e adaptações que exigiram um esforço institucional significativo.

Concluimos esta análise com uma série de lições que sugerem que a utilidade de um registro de OC para garantir o acesso a serviços de saúde sexual e reprodutiva é questionável e, em qualquer caso, limitada e onerosa.

Palavras-chave: objeção de consciência, política pública, saúde sexual e reprodutiva, aborto.

Experimentation as a principle. the registry of conscientious objection on sexual and reproductive health in the province of Santa Fe

Summary

The right to conscientious objection (CO), which allows healthcare professionals to exempt themselves from providing certain services that are contrary to their moral convictions, presents serious challenges to the healthcare system that impact patients and require decision-makers to implement various strategies. Registering objectors has been considered one of these strategies.

This article reconstructs the experience of one of the first CO registries in sexual and reproductive health in Latin America, through documentary research and interviews with key actors. The aim is to provide information that allows for understanding the emergence, implementation, and results of this registry, to contribute to discussions on how to address this issue from public policy.

The CO registry created in the Argentine province of Santa Fe was conceived to facilitate healthcare management and guarantee the new and contested public policy of access to legal abortion. It was a regulatory and policy trial to face the formidable challenge posed by healthcare professionals' refusals, and as such, it involved successive approximations and adaptations that required significant institutional effort.

We conclude this analysis with a series of lessons suggesting that the usefulness of a CO registry to guarantee access to sexual and reproductive health services is questionable, and in any case, limited and costly.

Keywords: conscientious objection, public policy, sexual and reproductive health, abortion.

I. Introducción

Esa cosa principista de decir "no ensayemos nada"

(profesional de la salud entrevistada)

Actores con opiniones radicalmente distintas sobre el aborto, la sexualidad y la reproducción han propuesto los registros de objeción de conciencia (OC) como una solución mágica frente a los problemas que surgen cuando profesionales de salud se rehúsan a participar en prácticas de su competencia. Entre las justificaciones a favor de estos registros abundan intuiciones, aspiraciones políticas, presupuestos normativos, así como falta de evidencia acerca de cómo funcionan y qué resultados arrojan.

La OC ha encontrado en la atención de la salud sexual y reproductiva un lugar donde proliferar. El caso arquetípico es el de profesionales de la salud que se rehúsan a brindar servicios porque son contrarios a sus creencias morales o religiosas, aunque también hay hospitales y clínicas que se declaran objetoras. Los sistemas jurídicos han sido proclives a reconocer este derecho a la OC sanitaria. De hecho, las cláusulas que reconocen estas objeciones, llamadas “de conciencia”, han quedado plasmadas en la inmensa mayoría de las normas sobre aborto (Ramón Michel & Repka, 2021). La proliferación de estas denegaciones provoca serias dificultades a muchas personas que requieren los servicios, en particular a las más pobres y aquellas que viven fuera de los centros urbanos (Davis *et al*, 2022; Harries *et al*, 2014; Haaland *et al*, 2020). Estas objeciones, además, se asocian a un aumento de los conflictos entre integrantes de equipos de salud, al generar desigualdades e irregularidades en la distribución de las cargas de trabajo. De esta forma la OC se convierte en un desafío para quienes tienen a cargo la organización de los servicios y la rectoría del sistema de salud (Shanawani, 2016).

Este artículo relata una historia que inicia en los primeros años de este siglo, cuando el acceso real a los abortos se convirtió en uno de los reclamos más intensos y articulados del movimiento feminista. En ese entonces casi todo era estigma, negaciones y silencio (Ramos, Romero & Bergallo, 2009).

En aquellos años, los únicos abortos legales en la Argentina eran en casos de violación o peligro para la salud o la vida de la mujer o persona gestante. Se llamaban en ese momento *abortos no punibles* y luego fueron conocidos como *interrupciones legales del embarazo*, ILE. El aumento de exigibilidad legal y política coincide con una resistencia más ostensible de equipos de la salud a atender solicitudes de aborto, ligadura de trompas y a ofrecer anticonceptivos a adolescentes, ya sea negándose de facto o apelando a *la objeción de conciencia* reconocida en distintas leyes de competencias profesionales, de salud, y de salud sexual y reproductiva. Estas disposiciones les reconocían el derecho a eximirse de la atención por razones morales o religiosas (Ariza Navarrete & Ramón Michel, 2018; Ramón Michel *et al*, 2020; Bergallo, 2016; Vega, 2021).

Por esa época en la provincia de Santa Fe, había cierta presión social, y voluntad política, para poner en marcha una política de salud para garantizar los abortos en el marco de la ley vigente, pero las objeciones no dejaban de crecer. En este contexto, el registro público de OC se planteó como un artefacto para contener este conflicto de intereses, no sólo por quienes abogaban a favor de un acceso al aborto, sino también por actores contrarios a esta política que blandían su derecho a la OC para resistir este avance, y por tomadoras de decisión afligidas por gestionar las tensiones y las variadas demandas que brotaban en los distintos niveles del sistema de salud.

Las cláusulas de conciencia pueden implementarse por reglamentaciones y políticas públicas de salud de lo más diversas. El registro de OC es una de las tantas modalidades impulsadas, discutidas, aunque pocas veces implementadas, en las discusiones sobre el acceso al aborto. Únicamente tres países en el mundo (Nepal, Noruega y Sudáfrica) contemplan en sus leyes el deber de los servicios de salud de armar un registro o una lista de profesionales de la salud que objetan (Ramón Michel & Repka, 2021). Es decir, la imposición legal de crear registros de objetores resulta ser una tendencia poco frecuente en el derecho comparado, Sin embargo, fue el recurso usado en Santa Fe.

Este artículo reconstruye y analiza la experiencia de diez años del registro público de objetores de la provincia de Santa Fe, Argentina. Se trató del primer registro de Argentina, también uno de los primeros de América Latina, que fue puesto en marcha; en medio de un vendaval político y promovido en el marco de la primera política pública provincial de aborto legal del país.

Este trabajo busca, a través de un relevamiento documental de datos y documentos oficiales y entrevistas a actores clave de esa experiencia, reducir la falta de evidencia y análisis que existe sobre la eficacia de la reglamentación de la OC que ha detectado la Organización Mundial de la Salud (OMS, 2022). Y esperamos también que sea una historia interesante de la trayectoria de una política pública y de una regulación, que dentro de la novedad que intentó implementar, reveló aciertos, errores y ajustes.

II. Metodología y materiales

En este artículo, presentamos los resultados de una investigación mixta. Incluye la sistematización y análisis de datos oficiales del registro público, y entrevistas con actores clave. Además, se examinaron notas de prensa para reconstruir el contexto. Esta combinación de materiales permitió estudiar en profundidad el registro y apreciar su diseño e implementación en una ventana de tiempo suficientemente amplia para ofrecer conclusiones significativas.

La revisión documental se centró en la normativa provincial sobre OC y proyectos de ley presentados sobre OC durante el período de diez años estudiado. Se examinaron los datos oficiales del registro de OC en tres momentos diferentes: 2011, 2015 y 2019. Para esta recopilación se emplearon buscadores en línea del gobierno (Gobierno de la Provincia de Santa Fe, 2023), del legislativo local (<https://diputadosantafe.gov.ar/web/>), así como pedidos de información pública.

Se realizaron veinticuatro (24) entrevistas semiestructuradas entre mayo y julio de 2019, con tomadoras de decisiones tanto actuales como de gestiones anteriores (5), activistas de organizaciones de la sociedad civil integrantes del consejo consultivo de salud sexual y reproductiva de la provincia (5), directoras (3) y profesionales de la salud que son proveedores de servicios de salud reproductiva (7) y objetores de conciencia (4).

El protocolo de investigación para el estudio que acá reportamos fue aprobado por el Comité de Ética en Investigación de la Secretaría de Salud Pública de la municipalidad de Rosario, con dictamen positivo del 14 de mayo de 2019, y respaldado por las autoridades provinciales. Se respetaron los resguardos de confidencialidad y se obtuvo el consentimiento informado de todas las personas participantes.

En cuanto a la selección de entrevistadas se consideraron varios factores, incluyendo la relación con la gestión de servicios de salud reproductiva y la OC, la participación en la formulación de políticas de salud reproductiva desde la sociedad civil, y la relación con la provisión de estos servicios. Para la selección de participantes se contactó a integrantes de la Red de Acceso al Aborto Seguro de Argentina (REDAAS) (REDAAS, 2023) y la Red de Profesionales de la Salud por el Derecho a Decidir de la provincia a través de correos electrónicos (Red De Profesionales de la Salud por el Derecho a Decidir, 2023). Adicionalmente, se consultó con informantes clave para completar el grupo elegible. Una vez identificado, se procedió a seleccionar por conveniencia hasta completar la muestra proyectada y/o alcanzar la saturación en cada grupo.

La guía de entrevistas abordó diversas dimensiones, como el conocimiento y la opinión sobre el diseño e implementación de la política pública de OC, las experiencias de objeción propia o ajena en el ejercicio de la práctica profesional y las recomendaciones para la regulación de la OC. Nos basamos en la teoría de la interacción contextual para el armado de la guía de entrevistas y el análisis de la información obtenida de las mismas (Bressers, 2004).

Las entrevistas fueron llevadas a cabo por las autoras y una tercera persona, en su mayoría de manera presencial (18/24), el resto de forma virtual (video llamada), con una duración promedio de 45 minutos cada una. Todas fueron grabadas con audio, sin video. Para garantizar la confidencialidad de la información se utilizó una etiqueta alfanumérica de tres dígitos compuesta por dos letras y un número sucesivo para cada entrevista. La identidad de la persona entrevistada sólo la conocen las entrevistadoras. El procesamiento de las grabaciones de audio se hizo a partir de las etiquetas anonimizadas.

La codificación para el análisis de contenido fue manual. Para garantizar la consistencia a través de la comparación y para la resolución de algunas discrepancias, sin desacuerdos significativos en la interpretación de los datos, se utilizaron códigos preestablecidos y se permitió la creación de nuevos códigos y subcódigos, así como interpretaciones inductivas durante el proceso de análisis (ver tabla). El tamaño de la muestra fue suficiente para alcanzar la saturación de los temas.

III. La creación del registro de OC en salud sexual y reproductiva

Lo primero que se percibía era la pesada sombra del caso de Ana María Acevedo.

Fue un hito, un episodio que marcó y que todavía sigue operando (activista santafesina, entrevistada)

Santa Fe, una provincia teñida históricamente por un relativo progresismo social y menos influencia de la Iglesia Católica que en otras provincias argentinas, adoptó tempranamente políticas de salud sexual y reproductiva. La primera ley provincial fue aprobada en 2001. Estas políticas se intensificaron con la llegada del Partido Socialista al gobierno local en 2007. Fue la primera vez que este partido accedió al poder ejecutivo en Argentina.

El año 2007 también marcó un momento importante en la historia legal y política del aborto en Argentina. Tras varios casos de mujeres y adolescentes que habían solicitado una ILE infructuosamente, la provincia de Buenos Aires, el municipio de Rosario en Santa Fe y el Ministerio de Salud de la Nación dictaron protocolos y normas sobre la atención del aborto no punible, nombre que tenían por entonces los supuestos de ILE. El objetivo era suministrar pautas claras a los equipos de salud para que se presten a brindar este servicio sin intervenciones judiciales ni de otro tipo.

El año 2007 es aquel en que se hizo patente en Santa Fe el daño que podía causar una OC extralimitada. Ana María Acevedo, una joven de 19 años con cáncer, murió en el Hospital Iturraspe tras habersele negado, por objeción de conciencia de su equipo médico, el tratamiento para un cáncer debido a su embarazo y pese a su solicitud desesperada, y la de su madre, de interrumpir el embarazo (Corte Suprema de Santa Fe, 2018; Cuñado, 2013; Liscia, 2012).

Tres años después, en 2010, y bajo la *pesada sombra* de la muerte de Ana María Acevedo, relato recurrente en las personas que entrevistamos, Santa Fe se convirtió en la primera jurisdicción argentina en consagrar una política pública de lo que en ese momento se llamó *aborto no punible* (Ramón Michel & Ariza Navarrete, 2019).

El escenario estaba convulsionado, con viejas y nuevas resistencias, por la decisión política de incluir el aborto como práctica de salud y no como una práctica clandestina, y por un completo desconocimiento acerca de cuántos y cuáles profesionales estaban dispuestos a

sumarse. Es así como la Subdirección de géneros e interculturalidad del Ministerio de Salud provincial, a cargo de esta política pública, abrió la discusión con su Consejo Asesor, formado por integrantes de la sociedad civil, sobre cómo encauzar la política de aborto. Uno de los aspectos que ganó más prominencia fue la OC.

En ese ámbito y bajo la sombra de grandes dosis de hostilidad en los servicios de salud, resucitó la idea del Registro Público de Objeción de Conciencia. Se entendió que esto permitiría ganar cierto control y claridad sobre la cantidad de profesionales disponibles para garantizar el derecho y sobre las resistencias. En palabras de una activista entrevistada:

“(...) el registro, entonces, era principalmente una forma de saber quiénes y en dónde estaban los objetores de conciencia. Como sociedad civil, eso era muy importante para poder controlar la objeción, que no existieran abusos, que hubiera siempre personal disponible”.

Se convocó a expertas y activistas del Consejo Asesor y de otras provincias para que diseñaran la propuesta, en un intento de que la gestión de gobierno no quedara a solas en el ojo de la tormenta. Este proceso desembocó en la Resolución 843 aprobada en abril de 2010 (Resolución 843, 2010) que disponía la entrada en vigor del “Registro de Objetores de Conciencia en todo el sistema sanitario de la Provincia de Santa Fe”.

No se trataba de un nuevo registro, sino de uno creado por la reglamentación de la Ley provincial 11.888/2001 de salud sexual y procreación responsable. Esta reconocía un derecho a la OC frente a dichas prácticas, pero no modelaba el derecho. Su Decreto Reglamentario 2442 de 2002 dispuso la creación del registro, convirtiéndose en el primero de su especie por estas tierras (“Una práctica destinada a salvar vidas”, 2012).

El decreto contemplaba que el Programa de salud sexual y reproductiva:

“(...) llevará un registro de los agentes de salud que expresen OC; la misma deberá realizarse en forma escrita y ante la autoridad inmediata superior, a fin de facilitar la organización de las actividades que permitan implementar las estrategias del “Programa” (Decreto 2442, 2002)”.

Es decir, ya en 2002 el registro era visto sobre todo como una herramienta para hacer viable la gestión sanitaria y cumplir con los objetivos propuestos para las políticas de salud reproductiva.

IV. El registro como catalizador

[El registro de OC] fue en ese momento una herramienta para exponer las posiciones (...) para abrir la discusión sobre la interrupción de embarazo
(Directora de Hospital)

Para el momento en que se estableció la estrategia del registro de OC en Santa Fe - y aún en lugares en los cuales persiste la pregunta sobre la gestión de la OC-, se consideró que el registro era la vía más directa y concreta para prevenir violaciones a los derechos humanos de las mujeres:

“Cuando se arrancó con esto fue medio con los tapones de punta, en relación con lo que había pasado con Ana María Acevedo, como tipo "Bueno, esto no va a volver a pasar"; para mí está bien, la verdad que no tengo una crítica destructiva con relación a eso, me parece que hay “cuestiones coyunturales” (ex gestora del sistema de salud).

A su vez, el registro encontró adeptos en las filas contrarias al derecho al aborto. Para esta postura, el registro funciona como un ordenador simbólico, una manera de institucionalizar el derecho a la OC, o al menos darle más vigor. De las opiniones de algunas objetoras en Santa Fe, surge que el registro fue visto por varias personas como una oportunidad de oficializar una identidad profesional como objetores de conciencia: “...me acuerdo de una situación de una pediatra objetando, y en realidad no tenía por qué, porque no tenía vinculación con la práctica, entonces no tenía qué objetar, pero quería marcar su posición” (directora de hospital).

Entonces, ambas posiciones coinciden en asignarle al registro una alta dosis de expresividad política, aunque se desconozca, por falta de evidencia, cómo funcionan y cuál es su impacto. El registro aparece como un supuesto remedio a las tensiones que suscitan algunas prácticas de salud sexual y reproductiva, en particular, el aborto.

Pero hay, si se quiere, una tercera posición, que podemos llamar sanitarista, de aquellas que consideran al registro como una herramienta para obtener información sobre la disponibilidad de personal médico y con ello estar en posición de garantizar los servicios. Es un gesto político de moderación. Perseguía un doble objetivo: reconocer, pero también limitar la OC para garantizar los derechos de las pacientes. Así fue al menos para quienes estaban a cargo de la política pública de aborto en Santa Fe en el 2010:

“La verdad es que teníamos que organizar un caos de una provincia con casi mil efectores de salud, pero no sabíamos donde dábamos respuesta o no dábamos respuesta en relación con que la gente decía: “No, yo no pongo DIU, porque soy objetor de conciencia”, el otro decía: “yo no doy anticoncepción de emergencia porque soy objetor de conciencia”. “Y cada uno por su cuenta declamaba algo que no hacía, pero no había ningún orden en eso, y tampoco sabíamos si eso era genuino o no” (gestor de política pública)”.

Esto era lo que pensaban y a lo que aspiraban quienes gestionaban la política de aborto y de OC en la provincia, mientras que las provincias aledañas preferían evitar el asunto y con un gobierno nacional pendular en su apoyo, según el ministro de salud de turno. Pero hoy, varios de estos protagonistas, sin perder la autocomprensión, confiesan que ante lo complejo que terminó siendo todo el asunto, hoy tomarían otro camino y evitarían concentrarse en la OC, y en particular, en el registro:

“Pero yo digo a veces si tengo que resumirlo, buscaría otro mecanismo a ver cuál es la situación de los servicios para la organización; no usaría la OC. Sí la tendría en cuenta. Pero la tendría en cuenta para ser procesada por otros mecanismos. Pero no tal cual lo hicimos. A mí me resulta muy difícil pensar una estrategia descontextualizada” [...] “Entonces no sé si tomaría como regulación

la de la OC, no entraría por ahí” [...] “Entraría por otro lugar” (ex gestora y médica).

Estas interpretaciones divergentes sobre el rol y uso del registro han convivido con una falta de consenso no sólo sobre el registro, sino sobre la permisibilidad de un derecho a la OC. Este debate está incluso aún abierto dentro del feminismo y del campo de la salud pública, dos movimientos a favor del aborto legal. Tal como lo cuenta una activista entrevistada:

“Sabíamos que esto dividía al movimiento, porque siempre hubo, como ahora, dos grandes tendencias. Una en la que dicen no, no hay que aflojar, hay que sacar la OC”. Esa cosa principista de decir “No ensayemos nada, no veamos”. Pero se puede ensayar, sin perder el horizonte de que alguna vez podamos sacarla, de que no exista la objeción, pero mientras tanto, qué control tenemos de aquellos que son objetores, de aquellas que son objetoras, y que hacen uso y abuso de una práctica que es pública, eso es lo que a nosotros nos llevó. Hubo mucho disgusto con parte de la militancia, nosotras somos militantes, pero veíamos en la práctica que eso era una necesidad”.

Este desacuerdo quedó evidenciado desde los comienzos del registro santafesino y se mantuvo relativamente activo durante sus más de diez años de vigencia en diversos ámbitos, no solo en el activismo. En el campo sanitario también existieron miradas contradictorias sobre este derecho. Un médico con experiencia en gestión describió a la OC como:

“una eximición (sic) extraordinaria de las obligaciones que tiene un funcionario público de la salud para llevar adelante procedimientos o prácticas, pero es, insisto, extraordinario. En nuestro medio, la OC resulta en un pretexto elegante para desde cualquier punto de la atención, y hasta satélites de la atención, no hacer cosas, o no trabajar (...) Hay un abuso de la definición de OC”.

De modo bien distinto, una médica colega de este médico consideró a la OC como un debido ejercicio de libertad individual.

Asimismo, los conflictos y desacuerdos que engendró el registro santafesino condensan distintas mentalidades no sólo sobre razonamientos jurídicos y morales acerca de la aceptabilidad de la OC sino también sobre cómo se llevan adelante cambios sociales a través de los derechos y las políticas públicas. Así, por ejemplo, una directora de hospital entrevistada recordó que el registro terminó funcionando como un mecanismo “para exponer las posiciones, medio que salió de esa manera. ... una herramienta para abrir la discusión sobre la interrupción de embarazo, que no teníamos cómo entrar en algunos lugares (...)”.

Esta discusión se mantuvo abierta durante toda la administración del gobierno socialista, entre 2010 y 2019, que promovió ajustes sobre cómo abordar las objeciones y concretamente sobre cómo implementar el registro, aumentando y relajando la presión para registrarse, por ejemplo. Esto permitió acompañar el registro con otras acciones de política pública, para abordar las observaciones que permitió el registro sobre el personal sanitario y el funcionamiento de los servicios.

La falta de sinergia en los entendimientos sobre los efectos, la naturaleza, y motivación de la OC, así como en las diferentes visiones y objetivos asignados al registro de OC, contribuyeron al proceso altamente disputado y confuso de su implementación, aunque es probable que haya sido una forma de sintetizar estos conflictos irresolubles, que seguramente hubieran aparecido por otros canales.

V. El registro en sus formas

Un papel pegado en la heladera [en la sala de médicos] que era el formulario de objeción. Nadie sabía lo que era (médico)

El registro de OC se implementó a través de un formulario único proporcionado por el Ministerio de Salud de Santa Fe. En este se detallan las prácticas objetables y se exigía especificar los casos de objeción parcial, así como la motivación general de la objeción. Se

permitió objetar una amplia gama de prestaciones, entre las cuales estaban la anticoncepción permanente y transitoria, atención posaborto, aborto legal y la atención de adolescentes. Esta amplitud fue criticada, tanto por parte del activismo, como de proveedores de servicios de salud.

Se admitió la OC parcial, es decir negarse a ciertos casos dentro de la práctica clínica. Una de las más frecuentes fue el aborto después del primer trimestre. Habilitar la objeción parcial fue, en los inicios, una respuesta pragmática en un escenario encendido y de escasez de profesionales.

La legitimación para objetar se extendió a todo el personal sanitario. Las autoridades buscaban conocer la postura sobre la provisión de estos servicios, bajo el entendimiento de que esta información permitirá organizar mejor los servicios. Sin embargo, esta decisión de legitimación amplia fue objeto de críticas por parte del movimiento de mujeres y de personas expertas, quienes argumentaban que la OC debía ser estricta. Esta postura fue adoptada más adelante por la OMS (OMS, 2022) y por la Ley Nacional 27.610 de acceso a la interrupción voluntaria del embarazo y la atención posaborto (Deza, 2017; Ariza Navarrete, 2010). Sin embargo, otras voces celebraron la amplitud del registro:

“(…) otra cosa que también estuvo bien trabajada fue que no era solo para médicos, era para todo el equipo, desde el administrativo que recibe para que el paciente se lleve una anticoncepción, el enfermero que la entrega, que escucha. Fue extensivo para todo el equipo, eso también me parece que fue una buena estrategia. Si no, quedaba como que era del campo médico la objeción (gestora)”.

El registro fue público, o al menos durante un tiempo. La información recolectada en el mismo se publicó en la web del Ministerio de Salud para facilitar su amplia consulta. Esta decisión generó malestar entre quienes se oponían al aborto legal, caracterizando al registro como una “caza de brujas” (Didier, Romero & Parini, 2016; “Argentina: Inician campaña por objeción de conciencia ante aborto”, 2012). El objetivo de esta publicidad de la información, tanto para las usuarias de los servicios como para las autoridades no se cumplió ya que la consulta de la web no fue muy exitosa y la desactualización del registro fue prominente. Así lo indicó una de las activistas entrevistada:

“La idea era que las personas antes de atenderse pudieran estar seguras de que el profesional no era objetor, si necesitaban un aborto. Lo que ocurre es que no todas las personas tienen acceso a internet o saben cómo consultar. Incluso teniendo acceso muchas no lo hacen, no es..., como te dijera..., común”.

La realidad es que ninguno de estos propósitos pudo cumplirse cabalmente. Por un lado, las personas entrevistadas coinciden en que la información registrada no logró capturar el panorama y la disponibilidad del personal y tampoco pudo actualizarse regularmente, ya que no se contemplaron confirmaciones periódicas o mecanismos de actualización de los datos de efectores y horarios de trabajo de las personas registradas. Por otro lado, tras su publicación, quedó claro que ni las usuarias ni las autoridades de los efectores consultaban estos datos y que usaron otras estrategias para acceder y gestionar la práctica.

VI. El registro en movimiento

Se mandaron y se dieron cuenta de quién era quién, de cómo estaba la grieta ahí adentro, quiénes estaban a favor y quién en contra... Se mataron laburando, se mataron (profesional de la salud)

VI.1. La puesta en marcha y los primeros análisis

La implementación del registro se organizó desde el Ministerio de Salud en seis etapas: confección de formularios, su distribución, relevamiento del personal en los efectores, regreso de los formularios al nivel central, validación de las objeciones y publicación en la web (Fig.1).

El formulario OC se distribuyó a los efectores de salud de la provincia acompañado de un instructivo y reuniones con coordinadores de los cinco nodos (Fig.2) en los que está dividido el sistema de salud santafesino, para asegurar la comprensión de la estrategia.

Como sugieren algunas entrevistadas, algo falló en esa etapa. En algunos casos falló la información que recibieron esos coordinadores, en otros el problema estuvo en la transmisión a directores de hospitales y centros de salud. Ello generó confusiones sobre qué

se podía objetar o cómo se tenía que llenar el formulario. Así lo cuenta una profesional de la salud:

“(…) en ese momento yo estaba de jefa de guardia en el [nombre de un hospital provincial] y no me enteré, es más, me enteré a través de un compañero de guardia muy enojado... En ese momento, había, es verdad, un papel pegado en la heladera [en la sala de médicos] que era el formulario de objeción. Nadie sabía lo que era”.

El Ministerio de Salud tomó nota y duplicó los esfuerzos para mejorar la información sobre el registro. Pero también actores de la sociedad civil se lanzaron a dar asesoramiento acerca del registro de OC, en algunos casos a partir de consultas de personal de salud objetor o dudoso, que desconfiaba de la información que brindaba el gobierno, a quien identificaba como sesgado a favor del aborto. Así lo relata una de las médicas objetoras entrevistada:

“Los mismos abogados que nos iban a defender o que nos iban a condenar son los que nosotros pedimos que vinieran a explicarnos algo o nos dijeran algo, y el que vino fue el doctor [nombre médico del responsable de la subdirección provincial]... Sin embargo, nosotros tuvimos capacitación por medios alternativos, hay un grupo que se llama Médicos Por la Vida, que dio muchas charlas sobre OC muy buenas”.

En algunos servicios los trabajadores se declararon preventivamente objetores, apoyados en esta sensación de incompreensión o de dudas en torno a “toda esta historia del registro”. En palabras de una trabajadora social:

“En principio hubo mucha confusión con relación a cómo quedaba vinculada la objeción con lo legal. Entonces en algunos centros se planteaba que para no tener problemas eran todos objetores y después se veía. Eso hubo que volver a trabajarlo, hubo que volver a explicar que el proceso era al revés, que el problema legal estaba en si uno no recibía alguna situación que tenía que ser alojada por la institución”.

Este tipo de objeciones preventivas también respondía a décadas de un estatus quo y estigma contra el aborto y su percepción de ilegalidad, cuestiones que exceden el proceso de implementación del formulario. El registro de OC era parte de una política de acceso al aborto que generaba suspicacias y resistencias directas, además de cierta desconfianza política. Ambas eran novedosas y desafiaban ciertos entendimientos muy asentados en los servicios de salud: el aborto como práctica peligrosa que se realizaba en condiciones inseguras fuera del sistema de salud, la percepción de los equipos de salud como actores remediales que salvaban las vidas de esas mujeres; era común la creencia de que el aborto legal era algo que no existía en la Argentina o que en todo caso los equipos estaban en su deber y competencia al negar y desalentar a las mujeres a abortar. Esta desconfianza queda bien retratada en el siguiente testimonio:

“Al principio fue medio desprolijo. Entonces fue bueno, el que no está de acuerdo, discutamos a través de esto, hay que llenar este formulario... Para mí hubo un pozo negro, porque muchos formularios que se llenaron nunca lo vimos ... Hubo una lista en un momento que decían que estaba, pero, o sea, no la pudimos recuperar aparentemente, no sé si la mayoría de los formularios llegaron al Ministerio (...)” (Directora de Hospital, objetora).

Existía una desconfianza no solo de profesionales objetores hacia las autoridades del Ministerio de Salud, sino que estaba presente también entre colegas:

“Esta persona que es casi obstaculizadora te diría, (...) dice “Yo no iba a ponerme a trabajar ni a firmar un papel que me lo habían dejado en la puerta de la heladera” (...) y a mí es algo que me quedó porque yo me acuerdo del papel poniéndose amarillo en la puerta de la heladera sin que nadie lo hubiese trabajado” (profesional de la salud).

El registro además expuso otro tipo de prácticas al interior de los servicios de salud. El trato jerárquico de las autoridades de los efectores llevó a que varios profesionales, sobre todo jóvenes, completaran el formulario “por orden” de sus superiores. Así lo relatan dos tocoginecólogas:

“Me acuerdo una ginecóloga que dijo: “El día que yo entré a la residencia me hicieron firmar esto, aunque yo les decía que no”. Pero era un mandato del servicio, el servicio era famoso por ser objetor, el servicio entero, contra la ley, pero la obligaron como residente”.

En otros casos, como en el de los hospitales de mayor complejidad, se configuró una tendencia a colectivizar el contenido del formulario de OC. Esto se vio por ejemplo entre enfermeras que respondieron con redacción de argumentos idénticos y objetando las mismas prácticas, en un acto de colectivización ajeno a la noción original de la OC como derecho individual. Esta situación sugiere, para el ministerio, influencias indebidas de colegios profesionales y organizaciones religiosas.

Frente a las confusiones que generó esta primera etapa de implementación, quienes estaban a favor de la política de aborto dirigieron críticas encendidas a la iniciativa misma del registro. Como lo indica una médica entrevistada:

“Se tendría que haber preparado a la gente dentro de los hospitales. Porque aparte de llamarle la atención sobre qué era ser objetor o qué no era ser objetor, la incomprensión de los derechos que había en los hospitales era impresionante (...) no hubo un ablande”.

El registro fue gestionado por el nivel central. El Ministerio de Salud desarrolló toda la estrategia, tanto el registro como la gestión de las OC y las acciones de política subsiguientes. Esto generó que los niveles de gestión directa de los hospitales se desentendieran de todo el asunto y asumieran que era responsabilidad exclusiva del Ministerio de Salud. Había una sensación de distancia, de un vínculo muy delgado y poco claro entre el registro y los servicios de salud, tal como sugiere este médico proveedor entrevistado: “no sé para dónde fue ese formulario una vez que lo completamos, si tuvo algún curso o quedó solamente para ver quién es objetor y quién no, no sé”.

El Ministerio evaluó las motivaciones incluidas en el formulario, rechazando aquellas que expusieran falta de comprensión de las normas, falta de conocimientos técnicos o clínicos, opiniones discriminatorias o requisitos ilegales. Durante esta evaluación, se detectó una importante desinformación sobre la regulación y los estándares legales. En

algunos formularios se afirmaba que la interrupción del embarazo era siempre ilegal, se desconocía el concepto de “aborto no punible” y el de “interrupción legal del embarazo” (ILE). Algunas OC se basaban en instrucciones informales de hospitales que prohibían ilegalmente la realización de la ILE. Además, se encontraron imprecisiones sobre el alcance de los supuestos de aborto legal, como interpretaciones restrictivas de las causales. También se identificaron solicitudes de requisitos ilegales como la “autorización judicial”. Objeción a la atención a adolescentes sin sus padres, o a la provisión de ligadura de trompas a mujeres que no tenían hijos, o se requería la “indicación médica” para la vasectomía. Estos hallazgos sugerían que las objeciones no eran sólo, o ni siquiera principalmente, religiosas, sino basadas en desconocimiento, presión de pares, entre otros factores.

Luego de la primera revisión de formularios, y ante ese panorama, la Dirección de género, encargada de estas políticas en la provincia, se lanzó por los primeros dos años a realizar acciones complementarias: la sensibilización y la formación de equipos adicionales para mejorar el conocimiento sobre OC, cuestiones legales, estándares científicos y pautas clínicas; ateneos (reuniones periódicas con equipos de diferentes efectores) para analizar casos y compartir estrategias de abordajes con el objetivo de combatir el estigma, entre otras.

Para esta misma época, cerca de 2012, se inició el proyecto de “colegiados”, que fueron reuniones mensuales de todos los efectores de cada nodo, para tratar distintos temas, incluida la OC. “Los colegiados fueron una experiencia preciosa”, comenta una médica gestora. Los colegiados dieron continuidad a la formación y discusión sobre OC para encontrar estrategias para garantizar las prácticas, la articulación entre servicios y la coordinación con los nodos, superando la etapa donde todo era diseñado desde arriba.

Era evidente que el registro había catalizado y mostrado a las autoridades sanitarias un sinnúmero de problemas, vacíos y tensiones, algunas vinculadas a la salud sexual y reproductiva, otras más estructurales y generales. Según explica una médica:

“Se realizaron visitas efector por efector para capacitar. Lo que pasa es que, en estas cuestiones de la visita, que prácticamente estuvieron dos años trabajando, ahí se dieron cuenta que faltaba mucho terreno por ganar antes de llegar a eso. Se encontraron con todas las problemáticas de los hospitales”.

VI.2. El fallo FAL y las disputas sobre el registro

En medio del proceso de implementación del registro de OC, se produjo un fallo histórico de la Corte Suprema de Justicia de la Nación que respaldó el derecho al aborto, marcando un cambio importante en la percepción y aplicación de la ley, al reemplazar el lenguaje penal por uno de derechos (Corte Suprema de Justicia de la Nación Argentina, 2012). Hasta ese momento, alegar que el artículo 86 del Código Penal permitía el aborto en ciertas circunstancias era complicado. El fallo de la Corte Suprema, además, destacó la importancia de regular y controlar la OC, reconociendo que ésta podía convertirse en una barrera para el acceso a la atención médica.

Poco tiempo después y a raíz de esta decisión, el gobierno de Santa Fe adoptó el protocolo nacional sobre aborto y se reavivó el interés en el registro de OC (Resolución 612, 2012). Sin embargo, para este momento el registro ya acumulaba mucha resistencia de grupos reaccionarios, pero también dentro de las filas a favor del derecho al aborto. Una activista lo recuerda así:

“Después sobre la marcha empezaron las dificultades y el cansancio. Hubo mucha bronca, mucha bronca por la puesta en marcha del registro. Incluso también dentro de la militancia nuestra, del activismo nuestro, también estaba la revancha de lo partidario. Estos socialistas siempre quieren hacer cosas raras y demás, pero bueno”.

Sectores conservadores redoblaron los esfuerzos para expandir la OC entre los profesionales de los hospitales. Uno de los picos de esta intensificación del conflicto fue el apartamiento de un director de hospital por su promoción de la OC (“Apartado por ser provida”, 2015).

En medio de este escenario, el Ministerio de Salud emitió la Resolución 267/2014, que reafirmó la vigencia del registro como mecanismo para acreditar la OC en la provincia. Se incorporó, a la par, una línea de teléfono para denunciar a profesionales que se negaran a prestar servicios sin estar inscriptos en el registro.

Durante este período, la publicidad de los datos del registro generó especial controversia. De un lado, se argumentaba que el carácter público del registro violaba la

privacidad y la libertad de culto. Del otro lado, se multiplicaban las voces que cuestionaban la efectividad del registro. Por ello, el gobierno abordó estas resistencias consultando con instituciones académicas y de la sociedad civil, tanto de provincias como algunas a nivel nacional, para protegerse de cierto desgaste de capital político, para encontrarle justificaciones y, más que nada, para encontrar soluciones a los múltiples desafíos que el registro estaba produciendo.

VI.3. La desactivación del registro

Para 2015, tras las críticas y problemas respecto de la publicidad y la actualización del registro, las nuevas autoridades (del mismo Partido Socialista) decidieron abandonar la estrategia del registro de OC, aunque no ha sido derogada. En primer lugar, lo eliminaron de la página web del Ministerio de Salud. Aunque se mantuvo abierta la posibilidad de registrarse, ésta no fue difundida. La ineficacia del registro, su baja adhesión y la creciente controversia sobre su uso fueron las razones que llevaron a tomar esta decisión. Algunos proveedores coinciden en este punto, como sugiere el relato de este médico:

“El registro (...) es algo que no existe, no sé qué les dirá el resto, pero se abrió en su momento, una idea que desde mi punto de vista no funcionó. Yo creo que [nombre de un prestador conocido en la provincia] seguramente la tiene hecha la OC. El resto casi segura que no, que es objeción de palabra... No sé bien por qué, no leí los lineamientos de cómo fue planteado, pero no, no.... A los territorios casi no llegó”.

Indican incluso pesimismo sobre la eficacia de esta estrategia del registro, debido a que no mejoró el acceso de las pacientes a la práctica y trajo un sinfín de problemas. Por el contrario, hay quienes creen que hay que ir por un camino más suave, como opina esta médica: *“Para mí, desde la práctica de estos últimos años, sin duda la mejor política es la capacitación, y dar a conocer a los profesionales cuál es la legislación vigente, cuáles son las técnicas, y cuáles son las responsabilidades”.*

A pesar de la evidencia, hubo voces, sobre todo desde el activismo, que criticaron la decisión de desactivar el registro y acreditan parte de los problemas a la falta de “voluntad política para colaborar con esto y continuarlo [al registro de OC]” (activista entrevistada).

Desde ese momento, las autoridades en lugar de centrarse en el registro viraron hacia el acceso a la salud reproductiva. La política se centró entonces en el fortalecimiento de los equipos que proporcionan servicios, brindándoles capacitación y condiciones adecuadas. Según una gestora entrevistada:

“Decidimos hacer una actualización. Se mejoró la página [del Ministerio de Salud], se puso más información sobre la objeción, qué se podía y qué no se podía hacer con la objeción. A la vez decidimos revisar el registro porque para ese momento ya estaba muy desactualizado, nadie lo consultaba y traía mucho malestar. Decidimos repensar esta estrategia y mientras tanto enfocarnos en la provisión de servicios... volvieron los ateneos, bueno una especie de colegiados... o reuniones de formación y reflexión. También invertimos más en fortalecer los equipos. Pensamos que la clave no estaba en la objeción, y sí en la provisión”.

La discusión para la ampliación del derecho al aborto en 2018, conocida como “marea verde” también tuvo lugar en Santa Fe. (“Realizarán marchas a favor y en contra del aborto en Santa Fe”, 2018). Las manifestaciones contrarias incluyeron pronunciamientos a favor del derecho a la OC (“Despenalización del aborto: realizarán concentración para apoyar la objeción de conciencia”, 2018). Coincidiendo con la apertura del debate en el Congreso Nacional argentino, la Universidad Católica de Santa Fe, junto a la Asociación Civil Ojo Ciudadano y la ONG médicos por la vida presentaron un protocolo privado para el ejercicio de la OC (“Se presentó el Protocolo de Objeción de Conciencia frente al aborto no punible”, 2018). En dicho protocolo, se defendía un uso amplio de la OC por cualquier personal de salud y, además, se manifestaba a favor de la OC institucional (Universidad Católica de Santa Fe, 2018). La defensoría de la provincia, por su parte, organizó una serie de conferencias en respuesta (“La objeción de conciencia. A propósito del protocolo para interrupción de

embarazos”, 2018). Al tiempo, la diputada socialista Augsburger presentó un proyecto de ley para limitar la OC en la provincia (Nardone, 2018).

La Ley 27.610 de acceso a la interrupción legal del embarazo y la atención posaborto, finalmente aprobada en 2020, estableció una regulación más precisa de la OC, limitando quiénes pueden objetar, prohibiendo la objeción en la atención posaborto (Ley 27.610, 2021), e inaugurando una nueva etapa en la política pública del aborto tanto en el país como en Santa Fe.

VII. El registro en números

*Frecuentemente desvela a quienes toman
decisiones saber si lo que hacen a través de
las políticas tiene el efecto esperado
(Bertranou, 2019).*

La experiencia del registro puede evaluarse también a través de los datos sobre las objeciones presentadas y la información registrada. En este caso hemos analizado tres momentos clave en la implementación de esta política: el inicio (2011), el cambio de gestión provincial (2015) y después del debate por la ampliación del derecho al aborto en Argentina (2019), analizando cómo fue cambiando la composición y las características de la OC registrada en cada uno.

VII.1. La OC en el tiempo

La implementación del registro conllevó acciones complementarias en respuesta a la evaluación continua de los resultados. Dada la naturaleza disputada de esta política, se invirtió considerable capital político, especialmente en los primeros años. Las medidas incluyeron la difusión de información sobre la OC, la mejora de objeciones presentadas y el desarrollo de herramientas tecnológicas para la difusión en línea y la denuncia de incumplimientos.

Durante el período de implementación del registro de OC, el contexto social, político y regulatorio con relación al aborto experimentó cambios significativos. El fallo de

la CSJN F.A.L en 2012, el cambio en los objetivos de la gestión provincial en relación con la salud sexual y reproductiva en 2014, y el extenso debate legislativo y social en 2018 para ampliar el derecho al aborto influyeron en la visibilidad y la posición del personal sanitario frente a la OC. Todo ello impactó en la cantidad y características de la OC registrada que varió de forma significativa en los tres momentos estudiados.

En 2011 se presentaron 315 objeciones, pero solo la mitad se consideraron válidas (“Sólo 136 médicos de toda la provincia se manifestaron objetores de conciencia”, 2014; “El Ministerio de Salud ya validó a 136 profesionales como objetores de conciencia”, 2014). En 2015 hubo una disminución a 150 debido a intervenciones y capacitaciones gubernamentales, al liderazgo asumido por la gestión, y a la claridad acerca del compromiso con la política de aborto que proyectó ésta. En 2019 las objeciones aumentaron a 237, posiblemente influenciadas por el movimiento a favor de la ampliación del derecho al aborto y la falta de interés de las autoridades en el registro.

Dentro del grupo de OC consideradas inválidas en 2011, la mayoría de ellas (90) no presentaron motivación, otras (59) presentaron motivaciones diferentes a las razones morales o religiosas que son las únicas protegidas por la OC; y un tercer grupo (13), aunque afirmaron tener una objeción parcial frente a una práctica, no especificaron aquellos casos ante los cuales interpusieron esa OC. Además, un grupo considerable de motivaciones (76) fueron rechazadas por desinformación sobre el marco legal o sobre los aspectos clínicos de la atención (Fig. 3). Los formularios, en muchos casos, presentaron más de una razón de invalidez.

La fluctuación en la cantidad de objeciones registradas coincide con la intensidad de la implementación del registro y el contexto social y político. Sin embargo, es crucial destacar que la información registrada en estos periodos no reflejó completamente la cantidad real de personas con objeciones legítimas en la provincia. El registro no llegó a todos los efectores y muchas objeciones no se completaron correctamente. Además, no hubo mecanismos periódicos de confirmación o actualización de la información, limitando su precisión en el tiempo.

VII.2. La OC en el espacio

La descentralización en la gestión sanitaria a través de cinco nodos por el gobierno socialista fue relevante para la implementación del registro de OC en Santa Fe. Esta distribución administrativa fue clave en la distribución de formularios y la realización de acciones complementarias al registro, entre otras. Por ello, observar la distribución de la OC en cada nodo resulta indicativo.

En 2011 la OC se concentró en números absolutos en el nodo de Rosario, en contraste con el nodo Santa Fe, que tuvo la menor cantidad de formularios pese a ser el segundo más poblado (Fig. 4). No es posible asegurar que ello refleje una disponibilidad efectiva de personal sanitario para la provisión de servicios de salud reproductiva, ya que podría justificarse simplemente por una menor adherencia a la presentación del formulario para registrar la OC.

En 2015, la OC disminuyó en todos los nodos después de las acciones implementadas por el gobierno frente a los desafíos identificados en la primera etapa de implementación: capacitaciones, espacios de reflexión sobre la OC, entre otras. En Rosario, pasó de 220 a 86 objeciones, en Rafaela de 45 a 33, en Reconquista de 21 a 15, en Venado Tuerto de 20 a 13 y en Santa Fe de 8 a 3. En 2019, en cambio, la OC aumentó en general, y también varió su distribución en los nodos, aumentó en Rosario y disminuyó en Santa Fe, por ejemplo.

La figura 4 compara la distribución territorial en los tres momentos relevados. La distribución de la OC a nivel territorial se vio influenciada por factores políticos (determinación de intendentes y autoridades del sistema de salud), sociales (movimientos locales a favor y en contra del aborto, por ejemplo) y la implementación de la política pública (acciones de coordinadores de nodos, autoridades de efectores y normativas municipales), incluyendo las acciones de capacitación y la información proporcionada al personal sanitario por parte del Ministerio de Salud de la provincia. Las fluctuaciones en la objeción reflejan también los cambios en la orientación gubernamental y el debate público sobre el aborto y la OC en el sistema de salud. Sin embargo, problemas logísticos y de coordinación también pueden haber influido en la magnitud y la distribución territorial de la objeción de conciencia.

VII.3. La OC en las profesiones y cargos

En 2010, se permitió que cualquier miembro del personal sanitario presentara objeciones, lo que llevó a la inclusión de diversas profesiones y cargos, algunos sin relación con la salud sexual y reproductiva. Esto resultó en objeciones en 30 categorías en 2011, abarcando 16 profesiones de la salud, siete trabajos no profesionales y siete cargos de gestión, incluyendo especialidades no relacionadas con la salud sexual y reproductiva como cardiología y odontología (Fig. 5). La amplitud inicial en la legitimación para el registro permitió expresar “opiniones” de personal no relacionado con la salud reproductiva, distorsionando su objetivo.

En 2015, tras acciones complementarias, hubo una reducción del 41% en las categorías de profesiones y cargos que presentaron objeciones, concentrándose en salud sexual y reproductiva. Esta tendencia se mantuvo en 2019, reflejando la restricción que realizó el Ministerio a la OC en 2018 limitándose a profesiones relacionadas con la provisión de servicios de salud sexual y reproductiva (Fig. 6).

La comparación entre los tres momentos estudiados muestra una progresiva concentración de OC en profesiones relacionadas con la provisión directa de prácticas de salud sexual y reproductiva, atribuible en parte a capacitaciones y regulaciones implementadas desde 2015, y en parte a la pérdida de centralidad del registro en el marco de una mayor discusión y debate social sobre estos temas.

VII.4. La OC en las prestaciones

En un principio, se autorizó la OC para 15 prácticas de salud sexual y reproductiva y se permitió la objeción parcial solo para algunos casos en cada práctica. La práctica más objetada en todo momento ha sido el aborto, seguido por la anticoncepción de emergencia. Esto no resulta llamativo, pero sí lo es que la tercera práctica más objetada haya sido la atención a “menores de edad”. Sabemos que la atención de la salud sexual y reproductiva en la adolescencia es clave para evitar resultados negativos en la salud presente y futura (Ministerio de Salud de la Nación Argentina, 2023). Asimismo, resulta llamativo que todos los métodos anticonceptivos transitorios sean resistidos, aunque en menor proporción, en una

provincia con una implementación fuerte de los programas de salud sexual y reproductiva desde 2001.

En 2011, las prácticas más objetadas fueron el aborto no punible con el 92% de las objeciones, la anticoncepción de emergencia (AHE) y la “atención a menores de edad” con el 25% de las objeciones cada una. Seguidas por la ligadura tubaria (17.8%), atención posaborto (16.8%), DIU (13.6%), DIU con progesterona (13%), vasectomía (12.7%), anticoncepción hormonal inyectable (10.8%), otras formas de anticoncepción hormonal (10.5%), otros métodos de barrera (7.3%), métodos basados en el conocimiento del cuerpo (5.8%), anticoncepción hormonal oral (5.8%), método de lactancia y amenorrea (4.4%), y preservativos (3.5%).

En 2015 y 2019, el aborto continuó siendo la prestación más objetada, aunque en menor proporción: pasó de 289 en 2011 a 137 en 2019. Por su parte, las objeciones a la anticoncepción de emergencia también disminuyeron, pasando de 79 en 2011 a 28 en 2019 (Fig. 7).

Además, hubo un cambio significativo que puede reflejar el resultado de los debates sociales sobre el aborto y sobre la anticoncepción como una forma de evitarlo: la atención postaborto pasó al tercer lugar y la atención de adolescentes al cuarto lugar. Sin embargo, la anticoncepción de emergencia mantuvo un alto grado de objeción, lo cual podría sugerir la persistencia de la percepción incorrecta de este método como abortivo o el desconocimiento acerca de los bajos riesgos asociados a su uso.

Disminuyó la cantidad de OC y, al mismo tiempo, se concentró en prácticas con mayor disputa social, en particular, el aborto. Esta reducción puede explicarse posiblemente por las capacitaciones y los espacios de reflexión habilitados por el Ministerio de Salud en efectores estratégicos, el trabajo intenso con centros del primer nivel, y una mayor circulación social de información y mayor certeza legal respecto al aborto.

VIII. Lecciones de un ensayo

Una política no es algo que acontece de una vez por todas. Es algo que se rehace sin cesar
(Lindblom, 1959).

El manejo de las objeciones a la prestación de servicios de salud sexual y reproductiva resultó ser un desafío monumental para la gestión sanitaria. Permitir que el personal de salud pueda rehusarse a realizar una práctica que hace parte de su competencia debido a conflictos morales o razones religiosas ha sido, parafraseando al proverbio chino, treparse a un tigre, querer montarlo y luego no saber cómo bajarse.

La conjunción de una percepción errada sobre la complejidad del tema y la voluntad de hacer algo para revertir la negación a la provisión de abortos probablemente haya sido, en gran parte, lo que impulsó al gobierno a poner en marcha el registro de OC en salud sexual y reproductiva.

Albert O. Hirschman ha sostenido que la única forma en que empleamos nuestros recursos creativos al máximo es cuando juzgamos erróneamente la naturaleza de la tarea, al presentárnosla como más rutinaria, simple y menos exigente de creatividad de lo que resultará ser. Las personas no buscan desafíos, sostiene en su razonamiento Hirschman, sino que, por el contrario, tienden a asumir y lanzarse a nuevas tareas debido a la ilusión de que la tarea será relativamente fácil, más fácil y manejable de lo que finalmente resultará ser. Luego, atrapadas en la mitad de la montaña, las personas descubren la verdad y, al ser demasiado tarde para retroceder, se ven obligadas a terminar el trabajo de manera creativa. No es tan claro que quienes impulsaron y tuvieron a su cargo el registro público de OC en Santa Fe estuvieran originalmente envueltos en este halo que describe el economista alemán, pero no hay dudas de que hubo más complejidad de la inicialmente prevista y que hubo, también, más creatividad (Yardley, 2012).

Uno de los efectos de pensar que el problema es simple es que ideamos una solución simple. Pensamos por ello que, al accionar una sola palanca, ocurrirá una sola cosa -la que esperamos-, pues todo lo demás se fusionará alrededor de ella (Yardley, 2012). Y eso es un error. Quizás indefectible, pues es la condición bajo la cual tomadores de decisión se lanzan a diseñar e implementar, por ejemplo, una política pública. Así, los marcos legales ambicionan una protección ponderada de los derechos de las pacientes y del personal de salud. Sin embargo, en la práctica termina siendo una fórmula extremadamente difícil -conciliar lo inconciliable. Bajo la ilusión que describe Hirschman, el registro público se propuso y se creó como una manera de lidiar de forma definitiva con las objeciones de profesionales de la salud. Como la palanca mágica.

En efecto, el registro de OC se ha presentado como una solución magistral para resolver el problema de las objeciones hecha de varios ingredientes. Ingredientes legales: que resuelven el extendido reconocimiento legal del derecho a la OC, no sólo en las leyes de aborto, en las de salud reproductiva sino también en un sinnúmero de leyes de incumbencias profesionales en las cuales se contempla un derecho a la OC (Ramón Michel, Ariza Navarrete & Allori, 2024). Ingredientes sanitarios: que atacan el impacto de las denegaciones en la prestación de servicios que comprometen la disponibilidad y el acceso a los servicios, particularmente para personas de bajos recursos y en zonas no urbanas; además de los conflictos al interior de los equipos de salud debido a la asignación y distribución de las cargas de trabajo (Ramón Michel *et al*, 2020). Ingredientes políticos: que ponderan los conflictos en torno al aborto y otras prácticas que desafían las normas convencionales de sexualidad y reproducción que la OC condensa, por ello, su uso se expande y su permisión jurídica genera profundos desacuerdos.

El registro de la provincia de Santa Fe, surgió en un momento donde la evidencia era escasa y la regla era la penalización del aborto. Si bien ya circulaba como una figura posible para abordar las objeciones, lo cierto es que para 2010 se sabía poco y nada sobre su funcionamiento. Y en una combinación de audacia, apremio, voluntad política (y quizás por subestimar la complejidad, diría Hirschamn), el gobierno socialista santafesino en colaboración con parte de sociedad civil, activistas y expertas, se lanzó a crear el registro, bajo proyecciones - luego superadas por la realidad- sobre la gran cantidad de objeciones, la utilidad de contar con información sobre personal de salud resistente y su efecto disuasivo contra el abuso de la OC.

Lo que finalmente mostró la experiencia de Santa Fe es que ensayar no es fácil, pero que es la única manera de hacer algo cuando hay muy poco; que en el ensayo habrá errores, pero también posibilidades de ajustes, los cuales serán posibles justamente porque existe más que una única palanca, puesto que adentrarse en el problema irá mostrando sus complejidades, pero también las herramientas que pueden ser empleadas.

La complejidad se presentó en varias dimensiones y de distintas maneras. Desde el inicio, en la mente de sus gestoras, el registro tuvo como finalidad la garantía del acceso al aborto y otras prestaciones de salud reproductiva. Pero esta mirada tuvo que convivir con otros entendimientos y propósitos sobre la OC y el registro. Así, una parte del movimiento

de mujeres que se oponía al reconocimiento de la OC, y por tanto a cualquier herramienta para gestionarla, terminaron estando del mismo lado de profesionales de salud y sectores religiosos que estaban en contra del registro por considerarlo una “caza de brujas”. Por otra parte, sectores del movimiento de mujeres y feminista colaboraron en la instalación del registro como mecanismo para detener el abuso de la OC, junto con profesionales opuestos al derecho al aborto que vieron en el registro una oportunidad de plantar bandera de resistencia. He aquí ya un tipo de complejidad: la que emerge a partir de las distintas maneras de entender el problema de la OC y de las herramientas que se deberían implementar para solucionarlo.

Además, el registro como estrategia de gestión reveló y catalizó no solo debates sobre la OC y el aborto en los servicios de salud, sino también sobre la gestión ministerial, el rol de las directivas de efectores; y las carencias legales, técnicas y organizativas dentro de los servicios, que en ocasiones excedieron por completo al tema en cuestión.

La implementación del registro fue un proceso de aproximaciones sucesivas hacia un problema que fue cambiando a la luz de los resultados en cada paso, las complejidades que iban emergiendo, y de las nuevas consideraciones sobre la OC y las estrategias para asegurar la provisión de servicios de calidad (Lindblom, 1959). Inicialmente concebido como una herramienta definitiva para solucionar un problema largamente identificado, el registro fue revelando problemas que llevaron a ajustes para finalmente desestimarlos como respuesta adecuada. Bajo esta perspectiva, la desactivación del registro no fue un fracaso, sino, por el contrario, un paso natural dentro de una iniciativa experimental que nunca estuvo condicionada por dogmas.

El registro santafesino deja lecciones para futuras discusiones sobre política y reglamentación de la OC sanitaria. “Fue un error brutal no haber tenido un piloto”, se lamentó una de las entrevistadas. Esta frase sintetiza con bastante tino una primera lección.

Otra lección fundamental se relaciona con la calidad y el uso de la información proporcionada por el registro. La experiencia de Santa Fe ha demostrado que se requiere más que voluntad política para utilizar de manera adecuada y eficaz la información generada por un registro de este tipo. La incapacidad para lograr sus objetivos en este sentido abre espacio para la consolidación de identidades rígidas, fomenta la desconfianza en la eficacia de la gestión y aumenta los conflictos dentro de los equipos de salud. Así, si no se tratan las

deficiencias en la información, el conocimiento o las prácticas que distorsionan el carácter personal, moral y religioso de la OC, el registro, en un entorno conservador, podría convertirse en una herramienta que perpetúa el status quo, contraviniendo los derechos sexuales y reproductivos. Esta es otra lección clave.

Una tercera lección es que, aunque el registro de OC se convirtió en una herramienta de la política pública, no puede considerarse como una política pública en sí misma. Inicialmente se pensó que el registro resolvería las dificultades derivadas de las objeciones, pero rápidamente se evidenció la necesidad de complementarlo con otras acciones para abordar las situaciones surgidas del diagnóstico inicial. Se requiere entonces desarrollar una política pública integral. Así, más que un simple registro, lo que se necesitaba era un diagnóstico comprensivo de la accesibilidad de las prácticas, para lo cual otras herramientas podrían haber sido más eficientes y menos riesgosas.

La última, y quizás la lección más importante, es que los registros de objeción de conciencia y toda herramienta para el abordaje de la OC deben considerarse dentro de una política pública más amplia de acceso a los servicios de salud sexual y reproductiva, y no convertirse nunca el eje vertebrador de la misma.

Referencias bibliográficas

Ariza Navarrete, Sonia y Agustina Ramón Michel. (2018). *Una vuelta de tuerca a la objeción de conciencia: Una propuesta regulatoria a partir de las prácticas del aborto legal en Argentina*, Buenos Aires, CEDES e IPAS.

Ariza Navarrete, Sonia. (2010). “La objeción de conciencia sanitaria: un estudio exploratorio sobre su regulación”. Agustina Ramón Michel y Paola Bergallo (coordinadoras). *La reproducción en cuestión: Investigaciones y argumentos jurídicos sobre el aborto*, Buenos Aires, Eudeba, pp. 401-437.

- Bergallo, Paola. (2016). “La lucha contra las normas informales que regulaban el aborto en Argentina”. Cook, Rebecca, JN Erdman y BM Dickens (editores). *El aborto en el derecho transnacional. Casos y controversias*, México, Fondo de Cultura Económica, p. 198.
- Bressers, Hans. (2004). “Implementing sustainable development: how to know what works, where, when and how”. En Lafferty, WM (editor). *Governance for sustainable development: the challenge of adapting form to function*, Cheltenham, Edward Elgar, pp. 284–318.
- Cuñado, Betina. (2013). “El Drama del aborto no punible en Argentina”. *Bagoas – estudios gays: género e sexualidades*, V.7, No. 9, pp. 190-206.
- Davis, J. M., Haining, C. M., & Keogh, L. A. (2022). “A narrative literature review of the impact of conscientious objection by health professionals on women’s access to abortion worldwide 2013–2021”. *Global Public Health*, 17(9), 2190-2205.
- Deza, Soledad. (2017). “Objeción de conciencia y aborto: creencias propias, violencias ajenas”. *Revista de Bioética y Derecho*. Nro. 39, pp. 23-52.
- Didier, María Marta, Esteban J. I. Romero y Nicolás F. Parini. (2016). “Registro de objetores de conciencia: implicancias de los derechos a la igualdad y a la protección de datos personales”. *Persona y Derecho*, Nro.73, pp. 231-259.
- Grimshaw, Jeremy M., Martin P. Eccles, Anne E. Walker y Ruth E. Thomas. (2002). “Changing physicians' behavior: what works and thoughts on getting more things to work”. *The Journal of continuing education in the health professions*, 22(4), pp. 237–243.
- Haaland, M. E., Haukanes, H., Zulu, J. M., Moland, K. M., & Blystad, A. (2020). “Silent politics and unknown numbers: Rural health bureaucrats and Zambian abortion policy”. *Social Science & Medicine*, p. 251.

- Harries, J., Cooper, D., Strebel, A., & Colvin, C. J. (2014). “Conscientious objection and its impact on abortion service provision in South Africa: a qualitative study”. *Reproductive health*, 11(1), pp. 1-7.
- Lindblom, Charles. (1959). “The Science of Muddling Through”. *Public Administration Review*, Nro. - 19, pp. 79-88.
- Liscia, María Herminia B. di. (2012). “Cuerpos expuestos y sin derechos: Los abortos no punibles en Argentina”. *La Aljaba*, Nro. 16, pp. 65-84.
- Ramón Michel, Agustina y Sonia Ariza Navarrete. (2019). “La legalidad del aborto en Argentina”. Buenos Aires: Red de Acceso al Aborto Seguro (Argentina), REDAAS, *Serie de Documentos* N°9.
- Ramón Michel, Agustina, Sonia Ariza Navarrete y Agustina Allori A. “La OC sanitaria en Argentina: Trayectorias regulatorias, disputas de autonomía y el rol del derecho”. Ramón Michel A., Undurraga V., Cabrera O. (comps.) *La objeción de conciencia en el área de salud*. Buenos Aires, Siglo del Hombre, Uniandes. 2024.
- Ramón Michel, Agustina, Stephanie Kung, Alyse López-Salm y Sonia Ariza Navarrete. (2020). “Regulating conscientious objection to legal abortion in Argentina: Taking into consideration its uses and consequences”, *Health and Human Rights*, 22(2), pp. 271-283.
- Ramos, Silvina, Mariana Romero y Paola Bergallo. (2009). “Debate II. El acceso al aborto permitido por la ley: un tema pendiente de la política de derechos humanos en Argentina”. Centro de Estudios Legales y Sociales. *Derechos Humanos en Argentina: Informe 2009*, Buenos Aires, Siglo Veintiuno Editores, pp. 451-491.
- Shanawani, H. (2016). “The challenges of conscientious objection in health care”. *Journal of religion and health*, 55(2), pp. 384-393.
- Universidad Católica de Santa Fe (2018). “Protocolo de objeción de conciencia frente al aborto no punible en la provincia de Santa Fe”. Santa Fe, Universidad Católica de Santa Fe.

Vega, Lucía de la. (2021). Poner el cuerpo: entre la violencia institucional y la garantía de acceso a la interrupción del embarazo [*Tesis de maestría*, Universidad Nacional de La Plata], p. 80.

Referencias digitales

“Apartado por ser provida”. (15 mayo 2015). *CitizenGo*. Recuperado de: https://citizengo.org/es/20205-restituyan-dr-vitaloni_[Consultado 29 mayo 2024].

“Argentina: Inician campaña por objeción de conciencia ante aborto”. (11 junio 2012). ACI Prensa. Recuperado de: <https://www.aciprensa.com/noticias/argentina-inician-campana-por-objecion-de-conciencia-ante-aborto> [Consultado 29 mayo 2024].

“Denuncia penal contra médicos y autoridades del Iturraspe”. (28 mayo 2007). El Litoral. Recuperado de: https://www.ellitoral.com/edicion-online/denuncia-penal-medicos-autoridades-iturraspe_0_W8xPZzT3a6.html [Consultado 29 mayo 2024].

“Despenalización del aborto: realizarán concentración para apoyar la objeción de conciencia”. (22 junio 2018). LT9 – La líder de la región. Recuperado de: <https://www.lt9.com.ar/11563-despenalizacion-del-aborto-realizaran-concentracion-para-apoyar-la-objecion-de-conciencia> [Consultado 29 mayo 2024].

“El Ministerio de Salud ya validó a 136 profesionales como objetores de conciencia”. (28 mayo 2014). La Capital (Rosario). Recuperado de: <https://www.lacapital.com.ar/la-ciudad/el-ministerio-salud-ya-valido-136-profesionales-como-objetores-conciencia-n445804.html> [Consultado 29 mayo 2024].

“La objeción de conciencia. A propósito del protocolo para interrupción de embarazos”. (01 agosto 2018). [Servicio Público Provincial de Defensa Penal. Poder Judicial de la Provincia de Santa Fe. Recuperado de: <http://www.defensasantafe.gob.ar/prensa-comunicacion/noticia/la-objecion-de-conciencia-a-proposito-del-protocolo-para-interrupcion-de-embarazos-327> [Consultado 29 mayo 2024].

Ministerio de Salud de la Nación (Dirección de Adolescencias y Juventudes); FUSA. (2023). Situación de salud de adolescentes y jóvenes en Argentina. Recuperado

de:<https://bancos.salud.gob.ar/recurso/situacion-de-salud-de-adolescentes-y-jovenes-de-la-argentina-edicion-2023>. [Consultado 29 mayo 2024].

Nardone, Noel. (24 agosto 2018). “Buscan regular la objeción de conciencia en Santa Fe”. Vía País (Edición Rosario). Recuperado de: <https://viapais.com.ar/rosario/561731-buscan-regular-la-objeccion-de-conciencia-en-santa-fe/> [Consultado 29 mayo 2024].

“Realizarán marchas a favor y en contra del aborto en Santa Fe”. (18 mayo 2018). LT9 – La líder de la región. Recuperado de: <https://www.lt9.com.ar/10199-marchas-a-favor-y-en-contra-del-aborto-en-santa-fe> [Consultado 29 mayo 2024].

“Se presentó el Protocolo de Objeción de Conciencia frente al aborto no punible”. (20 abril 2018). Universidad Católica de Santa Fe. Recuperado de: <https://www.ucsf.edu.ar/se-presento-el-protocolo-de-objeccion-de-conciencia-frente-al-aborto-no-punible/> [Consultado 29 mayo 2024].

“Sólo 136 médicos de toda la provincia se manifestaron objetores de conciencia”. (24 mayo 2014). La Capital (Rosario). Recuperado de: <https://www.lacapital.com.ar/la-ciudad/solo-136-medicos-toda-la-provincia-se-manifestaron-objetores-conciencia-n444793.html> [Consultado 29 mayo 2024].

Organización Mundial de la Salud. (2022). Directrices sobre la atención para el aborto [Abortion care guideline].

Ramón Michel, Agustina y Dana Repka. (2021). Mapa global de normas sobre objeción de conciencia en aborto, Buenos Aires, REDAAS e Ipas. Recuperado de: <https://redaas.org.ar/objeccion-de-conciencia/mapa-global-sobre-objeccion-de-conciencia/?ocid=1583>. [Consultado 29 mayo 2024].

Red de Acceso al Aborto Seguro de Argentina. (2022) ¿Quiénes somos? Recuperado de: <http://www.redaas.org.ar/quienes-somos-REDAAS> [Consultado 29 mayo 2024].

Red de Profesionales de la Salud por el Derecho a Decidir. (2022). ¿Quiénes somos? Redsaluddecidir.org. Recuperado de: <http://redsaluddecidir.org/quienes-somos/>[Consultado 29 mayo 2024].

Yardley, William (23 diciembre 2012), “Albert Hirschman, Optimistic Economist, Dies at 97”, The New York Times. Recuperado de: <https://www.nytimes.com/2012/12/24/business/albert-o-hirschman-economist-and-resistance-figure-dies-at-97.html> [Consultado 29 mayo 2024].

Jurisprudencia

Corte Suprema de Justicia de la Nación. (2012). Sentencia Caso “F.A.L s/ Medida autosatisfactiva”. Fallos: 335:197, 13 marzo de 2012.

Corte Suprema de la Provincia de Santa Fe. (2008). Sentencia Caso “Requerimiento de instrucción fiscal N.º 1 ref./a la muerte de Ana María Acevedo”. Expte. 2165/07, 11 de agosto de 2008.

Normativa

Ley 11.888 de 2001 [Provincia de Santa Fe]. Programa de Salud Reproductiva y Procreación Responsable. XX de XX de 2001. Boletín Oficial de la Provincia de Santa Fe.

Ley 27.610 de 2021. Ley de Acceso a la Interrupción Voluntaria del Embarazo. Boletín Oficial de la República de Argentina Nro. XXX.

Proyecto de ley 36950 CD-FP-S de 2019. Por el cual se crea el Registro Provincial de Objetores de Conciencia en el ámbito del Ministerio de Salud de la Provincia [Estado: caducado]. Presentado por Alicia Gutiérrez. Santa Fe: Sistema Integral de Expedientes Legislativos de la Cámara de Diputadas y Diputados de la Provincia de Santa Fe. Recuperado de: <http://186.153.176.242:8095/index.php?go=le>. [Consultado 29 mayo 2024].

Decreto 2442 de 2002 [Provincia de Santa Fe]. Reglamentación de la Ley 11.888. Programa de Salud Reproductiva y Procreación de 2002. Boletín Oficial de la Provincia de Santa Fe. Una práctica destinada a salvar vidas”. (2 junio 2012).Página 12 (Edición Rosario). Recuperado de: <https://www.pagina12.com.ar/diario/suplementos/rosario/9-34064-2012-06-03.html> [Consultado 29 mayo 2024].

Resolución 2136 de 2010. Prórroga de la creación de Registro de Objetores de Conciencia.

FECHA: Boletín Oficial de la Provincia de Santa Fe.

Resolución 612 de 2012 [Ministerio de Salud de la Provincia de Santa Fe]. Adhesión a la Guía Técnica para la Atención Integral de los Abortos No Punibles. 17 de abril de 2021.

Boletín Oficial 26/04/2012. Recuperado de: <https://e-legis-ar.msal.gov.ar/hdocs/legisalud/migration/html/20358.html> [Consultado 29 mayo 2024].

Resolución 843 de 2010. Registro de Objetores de Conciencia en todo el sistema sanitario de la Provincia de Santa Fe. Boletín Oficial de la Provincia de Santa Fe.

PS. Nota de las autoras: Agradecemos a todas las personas que contribuyeron a este estudio durante el trabajo de campo, que generosamente respondieron nuestras consultas y entrevistas. En especial, queremos reconocer a Beatriz Kohen por sus ideas, a Susana Arminchiardi, Sandra Formia y Daniel Teppaz por su valiosa colaboración en el campo, y a Liiri Oja y Pilvi Tuulia Rämä por las conversaciones. Agradecemos también a Dana Repka por su asistencia durante el proceso de escritura del trabajo. Todos los errores y las opiniones expresadas en este artículo son exclusivamente nuestras.

Anexos

ENSAYAR COMO PRINCIPIO. EL REGISTRO DE OBJECCIÓN DE CONCIENCIA SOBRE SALUD SEXUAL Y REPRODUCTIVA EN LA PROVINCIA DE SANTA FE

VI. El registro en movimiento

VI. 1. Puesta en marcha y primeros análisis



Figura 1. Recorrido de los formularios para el registro de OC.

Fuente: Elaboración propia.



Figura 2. Distribución de formularios por nodos.

Fuente: Elaboración propia.

VII. El registro en números

VII. 1. La OC en el tiempo

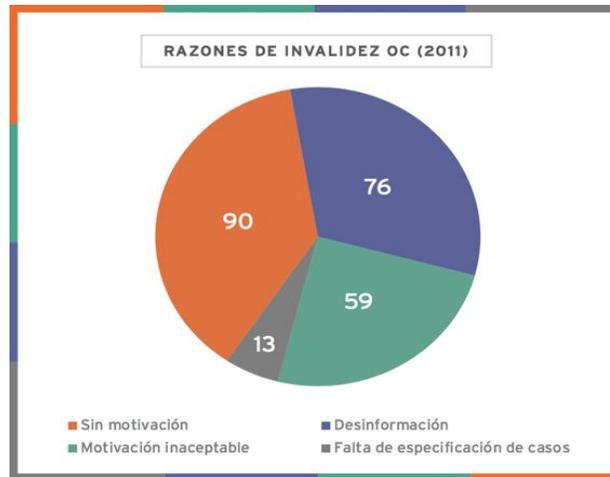


Figura 3. Objeciones inválidas de acuerdo con la razón de invalidez, Santa Fe, 2011.

Fuente: Elaboración propia.

VII. 2. La OC en el espacio



Figura 4. Cantidad de objeciones por Nodo, Santa Fe: 2011, 2015 y 2019.

Fuente: Elaboración propia.

VII. 3. La OC en las profesiones y cargos



Figura 5. Cantidad de objeciones presentadas por profesión y cargo, Santa Fe, 2011.

Fuente: Elaboración propia.



Figura 6. Objeciones por profesión en Santa Fe, 2011, 2015 y 2019.

Fuente: Elaboración propia, disponible en sitio web de REDAAS

VII. 4. La OC en las prestaciones

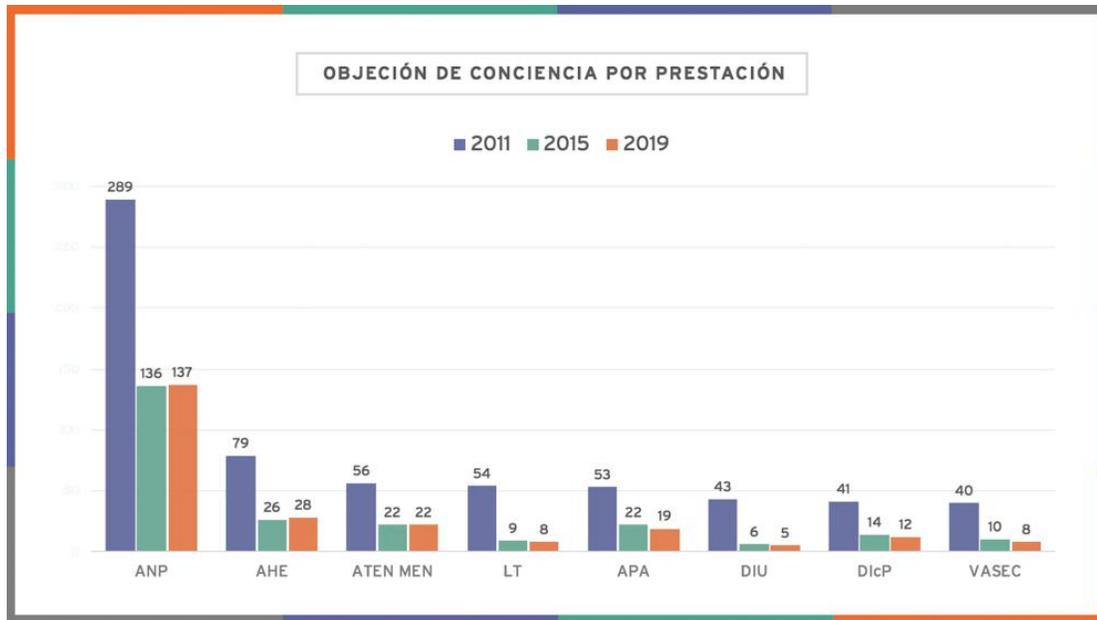


Figura 7. Cantidad de objeciones por prestación, Santa Fe, 2011, 2015 y 2019.

Fuente: Elaboración propia, disponible en sitio web de REDAAS.

REVISTA LATINOAMERICANA DE SOCIOLOGÍA JURÍDICA 2025 | N° 9

