

Una vuelta de tuerca a la objeción de conciencia

Una propuesta regulatoria a partir de las prácticas del aborto legal en Argentina

Sonia Ariza Navarrete & Agustina Ramón Michel



Sobre las autoras

Sonia Ariza Navarrete es abogada, tiene una maestría en derecho por el Instituto Universitario Europeo (Florencia, Italia), es investigadora externa del CEDES y candidata doctoral en la Facultad de Derecho de la Universidad de Palermo.

Agustina Ramón Michel es abogada, LLM y especialista en América Latina de University of Texas (Austin) y candidata doctoral en la Universidad de Buenos Aires (UBA). Es investigadora adjunta del CEDES y profesora de la Facultad de Derecho de la Universidad de Palermo.

Este documento se terminó de escribir en agosto de 2018 en el marco del Proyecto Objeción de conciencia: formas, problemas y respuestas frente al aborto legal en Argentina (CEDES-IPAS).

Centro de Estudios de Estado y Sociedad: <http://www.cedes.org/>

Ipas: <https://www.ipas.org>

Sonia Ariza Navarrete: sonia.ariza@EUI.eu

Agustina Ramón Michel: rmichelagus@yahoo.com.ar

Sugerencia de cita: Ariza Navarrete, Sonia & 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. CEDES e IPAS, Buenos Aires, 2018.

***Agradecemos** la asistencia de Nicolás Edelcopp, las sugerencias metodológicas de Mariana Romero, Beatriz Kohen, la revisión de contenido de Beatriz Galli, Karen Padilla, Alyse López-Salm y Stephanie Kung de Ipas, y Felicitas Rossi y Mercedes Cavallo, abogadas especialistas en derechos reproductivos. También nuestro agradecimiento a los comentarios sobre versiones anteriores de propuesta de regulación por parte de profesionales de la salud de REDAAS: Gabriela Lucchetti, Daniel Teppaz, Ruth Zubriggen y Mariana Romero, y de las abogadas Paola Bergallo, Romina Faerman, Cecilia Garibotti y Cecilia Hopp. Las opiniones y errores que pudiera contener este documento son responsabilidad de las autoras.*

Contenidos

Organización del documento 4

Introducción 5

Metodología	6
Panorama legal de la objeción de conciencia en Argentina	8

Parte 1

Reconceptualizando la objeción de conciencia desde la práctica

1.1 Planteamiento del problema	12
1.2 Distintas posiciones sobre su aceptabilidad	13
1.3 Perspectiva histórica	15
1.4 Justificaciones en contexto	17
1.5 Malentendidos: la conciencia en la práctica	21
1.6 Renombrar a partir de la práctica	23

Parte 2

Propuesta de regulación sobre objeción de conciencia

2.1 Introducción	29
2.2 La objeción de conciencia frente a la IVE en Argentina	29
2.3 Propuesta regulatoria: negación a la provisión de servicios de IVE por razones morales o religiosas	30
2.3.1 Cláusula para una ley de despenalización y legalización de la IVE	30
2.3.2 Cláusulas para la reglamentación de la ley de despenalización y legalización de la IVE	31
2.3.3 Justificación	33

Bibliografía 45

Organización del documento

El documento está organizado en una introducción y dos partes que pueden leerse y consultarse de manera autónoma.

- › **Introducción:** presentamos el contexto de la investigación y sus objetivos. También incluimos la sección metodológica y un panorama legal de la objeción de conciencia (OC) en Argentina.
- › **Parte 1:** hacemos un desarrollo conceptual y contextual de la llamada OC. En primer lugar, *planteamos el problema de investigación*: el acceso a la interrupción legal del embarazo (ILE). En segundo lugar, reseñamos las *distintas posiciones sobre la aceptabilidad de la OC*. En seguida, contextualizamos estas posturas en un *recuento histórico* de la figura de la OC.
- › **Parte 2:** ofrecemos una *propuesta regulatoria para la negación a la provisión de servicios de ILE por razones morales o religiosas* que pone el foco en el acceso a los servicios y en la garantía de los derechos de las personas gestantes y de lxs profesionales que proveen a conciencia servicios de ILE, respetando la libertad de quienes deciden negarse a su provisión por no poder resolver el conflicto moral interno. En primer lugar, presentamos las cláusulas regulatorias modelo para incluirse tanto en una futura ley de liberalización del aborto y su reglamentación, con la justificación correspondiente.

Introducción

En este trabajo abordamos el caso de profesionales de la salud que se niegan a proveer la interrupción legal del embarazo (ILE) con fundamento en creencias religiosas o morales, conocido como ejercicio de objeción de conciencia (OC).

En buena parte de Occidente se permite el ejercicio de la OC en el contexto de los servicios de salud.¹ Hay varias formas de objeción: farmacéuticos que se niegan a vender anticonceptivos; médicos que invocan creencias religiosas como fundamento para denegar servicios de fertilidad a personas solteras o con parejas del mismo sexo o para hacer ligaduras de trompas o practicar ILE; profesionales de la salud que se amparan en los derechos de las personas con discapacidad para rehusarse a realizar diagnósticos prenatales, o en legislación sobre igualdad de género para oponerse a intervenciones de adecuación corporal; enfermeras que se excusan de prestar servicios a mujeres que solicitan o tuvieron un aborto por creencias religiosas; estudiantes de medicina que rehúsan utilizar animales durante su entrenamiento médico basándose en motivos morales, entre otros casos.²

En las últimas décadas el uso de la OC se ha expandido, especialmente en el campo de los derechos sexuales y reproductivos.³ En la práctica, la OC no ha cesado en generar y empeorar las barreras de acceso a la salud sexual y reproductiva, en particular la ILE en los más diversos países.⁴ Evidencia reciente muestra la correlación entre la incidencia de la OC y problemas relacionados con la provisión de servicios de salud reproductiva, tales como falta de acceso, demoras, malos tratos, morbilidad y mortalidad materna, entre otros.⁵ Ciertos grupos han sido perjudicados más que otros en este contexto: las personas jóvenes, migrantes, con discapacidad, con orientaciones sexuales e identidades de género diversas, indí-

genas, las mujeres que viven en zonas suburbanas y en jurisdicciones más conservadoras han experimentado de modo más crudo estos problemas generados por el mal uso y abuso de la llamada OC tanto por efecto directo como indirecto.⁶

Además de las cuestiones legales e impacto práctico, están las implicancias éticas. La OC sería un caso de rechazo moral, en donde el profesional (que no pudo resolver internamente su dilema) reconoce que, a pesar de que varios principios de ética profesional lo exigen, no podrá brindar una atención de calidad a pacientes que solicitan ILE, y por eso recurre a esta excepción, trasladando el caso y la carga de trabajo a sus colegas. Puesto así, la OC debería ser ante todo un acto de humildad, no de soberbia moral, menos aún de fundamentalismo religioso o de presión política encubierta.⁷

La Corte Suprema de la Nación y la política sanitaria argentina han otorgado reconocimiento jurídico y también político a la OC. Ya las primeras leyes sobre derechos reproductivos reconocían, de maneras más o menos explícitas, la OC. La Corte Suprema siguió esta línea cuando, en un fallo sobre ILE en 2012, ratificó el derecho a la OC individual.⁸ Sin embargo, aún no se cuenta con una regulación específica, ni la política sanitaria ha lidiado con sus condiciones y límites, ni tampoco con su abuso o distorsión, pese a que la negación de profesionales a brindar servicios de salud reproductiva se traduce en la vulneración de derechos de pacientes y falta de acceso a servicios vitales, como lo mostraron casos de resonancia.⁹

En este trabajo sobre OC a la ILE en Argentina, nos enfocamos en lo que entendemos es una vacante: **una propuesta para regularla en el marco de una política pública**. Lo hacemos de manera empíricamente informada –en particular, relevando las formas que adquiere la OC, y las opiniones de profesionales de la salud sobre las causas e impacto a través de una encuesta y una serie de entrevistas– y con un encuadre conceptual que pone en juego anhelos normativos, necesidades

concretas, experiencias cotidianas tanto de los equipos de salud como de las autoridades sanitarias, así como las características estructurales de la formación médica, las condiciones institucionales de los servicios de salud y el ambiente sociopolítico.

Metodología

Esta investigación incluyó la revisión documental de normas jurídicas, artículos académicos y notas periodísticas; la realización de una encuesta y una serie de entrevistas, además de consultas a expertxs jurídicos en derechos reproductivos, profesionales de la salud, activistas y sociólogas.

Relevamos datos secundarios sobre la regulación y modelos de gestión de la OC frente a prácticas de salud reproductiva en Argentina y a nivel comparado. Para ello, revisamos tanto la regulación vigente como los modelos de gestión adoptados en diversas jurisdicciones y países.

Respecto al componente empírico, diseñamos y aplicamos entrevistas semiestructuradas para conocer la actuación institucional frente a la OC, y una encuesta a profesionales de salud para conocer las dinámicas de la OC en los servicios. Las entrevistas fueron semiestructuradas (n=11) dirigidas a gestores del sistema público de salud con cargos de coordinación en servicios de salud reproductiva o jefxs de servicios de salud. Se realizaron en total 11 entrevistas, hasta llegar a la saturación de la información. Se entrevistó a: dos personas que han tenido a cargo la gestión de programas y direcciones de salud sexual y procreación responsable a nivel nacional, cinco gestorxs de programas provinciales de salud sexual y procreación responsable, tres jefxs de gestión de ginecología, obstetricia, o tocoginecología y unx asesorx de programas de salud sexual y reproductiva. La mayoría de las entrevistas se llevaron a cabo por Skype con una duración de 45 minutos

en promedio. Fueron transcritas, codificadas y sistematizadas para garantizar el anonimato. En el documento se utilizaron citas textuales y referencias indirectas a las entrevistas para no afectar el compromiso de confidencialidad de la identidad de quienes participaron.

Diseñamos y aplicamos una encuesta a proveedores de servicios de salud reproductiva (n=269) en el subsistema público de salud. La encuesta se desarrolló en dos etapas. La primera fue de preparación para la aplicación de la encuesta, en esta etapa se recibió aprobación del proyecto por el Comité Ética de la Investigación del Hospital Británico de la Ciudad de Buenos Aires, y se realizó la selección y convocatoria de las redes de profesionales de la salud para la integración de la muestra.¹⁰ Durante la segunda etapa, se habilitó la autoadministración de los formularios a través de la plataforma online Survey Monkey. Como resultado obtuvimos 269 respuestas de las cuales 13 (4,8%) corresponden a profesionales no médicos relacionados con la atención de la ILE (seis abogadx, cuatro comunicadorxs, unx politólogo, unx antropólogo, unx administrativx sanitari). Decidimos incorporar estos formularios a la lectura general de la encuesta dada la relación de las respuestas con las dinámicas del fenómeno en estudio. La mayoría de las preguntas fueron respondidas por una media de 79,6% de las personas encuestadas.

Principales resultados de la encuesta

La primera parte de la encuesta apuntó a la identificación de las personas participantes. Encontramos que la mayoría son médicxs generalistas (38,6%), una proporción importante tiene entre 30 y 39 años de edad (36,4%) y tiene más de 21 años de experiencia profesional (25,6%). La mayor parte de la muestra (59,1%) trabaja exclusivamente en el subsector

público, un 24,5% tanto en servicios públicos como en privados. Una proporción importante de participantes trabaja en centros de salud (38,6%) y en hospitales de segundo y tercer nivel de complejidad (30,4%). La mayoría de las personas encuestadas provee servicios de salud reproductiva (82,5%) y servicios de ILE (68,7%).

En relación con la religiosidad, un alto porcentaje de lxs encuestadxs no se identifican con el catolicismo ni con el cristianismo (53,1%) que son las religiones mayoritarias en Argentina. Además, una proporción importante de las personas encuestadas no practica una religión en particular (54,6%) y el 21,1% la practica de forma individual sin asistir a ritos o congregaciones.

Adicionalmente, en la encuesta se preguntó, en particular, por la aceptación de la OC en prácticas sanitarias y de salud reproductiva, especialmente al aborto. Una proporción importante de las personas encuestadas considera que la OC no debería estar permitida en general en salud (41,6%) y un porcentaje ligeramente menor considera que no debería estar permitida para prácticas de salud reproductiva (39%).

Se preguntó también acerca de la experiencia en los servicios en los que se desempeñan. Según lxs entrevistadxs, el aborto es la práctica más objetada en salud reproductiva (64,6%), seguida por la ligadura de trompas (24,1%) y la vasectomía (16,7%). Según la opinión de la mayoría de encuestadxs, la OC responde a prejuicios sobre las mujeres que solicitan las prácticas (52%), seguida por miedo a la estigmatización social o profesional (42%).

De acuerdo con la experiencia de la mayoría, el efecto preponderante de la OC es el retraso de la atención y la generación de obstáculos para el acceso a las prácticas objetadas (66,1%), además, afecta la calidad de la atención brindada por los equipos de salud (62%) y sobrecarga a algunos integrantes de los equipos de atención (58,3%).

La información obtenida tanto en la encuesta como en las entrevistas se analizó según tres niveles de interacción estudiados respecto de este fenómeno:

Para el nivel macro se consideró información relevante los informes de políticas públicas nacionales, provinciales de Argentina como de otros países. Se incluyó información legal y de gestión. Para el nivel micro se analizaron las respuestas institucionales brindadas frente a la OC en materia de prácticas de salud reproductiva. Se estudiaron también las interacciones entre profesionales y las instituciones donde se desempeñan.

Esta información fue obtenida principalmente de las entrevistas con gestores y médicxs a cargo de equipos de salud reproductiva. Las entrevistas nos permitieron reconstruir las experiencias, las situaciones y los saberes de funcionarixs y empleadxs públicxs respecto a la OC. La información del nivel individual surgió de la encuesta. En primer lugar, esta herramienta permitió acceder a la interpretación de quienes trabajan en el sistema de salud sobre la OC y sus experiencias en la interacción como parte de equipos de atención en los que se presenta el fenómeno. De igual forma se pudo confirmar la hipótesis proveniente de fuentes secundarias y de la experiencia de las investigadoras sobre aspectos relativos a la atención de la salud, las motivaciones de la OC y las dinámicas que esta genera el interior de los servicios. La encuesta resultó una herramienta especialmente

pertinente para indagar en un grupo amplio de profesionales los desafíos que supone la OC en la prestación de los servicios mencionados, teniendo en cuenta el escaso conocimiento acerca de la experiencia de los equipos y de la gestión de la OC en estos casos.

Finalmente, la propuesta regulatoria se sometió a consulta de un grupo de expertas jurídicas y sanitarias, y a dos revisoras, abogadas ambas expertas en derechos reproductivos, una además especialista en derecho penal, la otra en litigio.

Las limitaciones de este estudio tienen que ver con tres aspectos fundamentalmente. La falta de estudios previos con un enfoque similar al empleado en este trabajo nos llevó a construir la propuesta teniendo en cuenta especialmente el trabajo empírico desarrollado para esta investigación y la experiencia y conocimiento sobre el ambiente jurídico, institucional de los servicios de salud, y político. En materia de fuentes normativas las limitaciones tienen que ver con la opacidad de las políticas públicas sobre OC en la mayoría de los países y jurisdicciones relevados. La política de salud reproductiva no incorpora de manera comprensiva la OC y su desarrollo normativo aparece en normas de baja jerarquía, generalmente, normas administrativas que son de difícil acceso. En los casos en los que pudimos obtener la normativa, su fragmentación en varios instrumentos dificultó su análisis y la valoración de su implementación.

En el componente empírico, nos limitamos al estudio de las dinámicas de la OC en el subsistema público de salud, dejando las particularidades de los subsistemas privados y mixtos para futuras investigaciones. Por otra parte, la falta de datos acerca de la cantidad de proveedores de servicios de ILE en el sistema público de salud, nos impide evaluar el tamaño de la muestra de la encuesta (n=269) para determinar su representatividad dentro de los proveedores de servicios de ILE. Sin embargo, dado que el objetivo de la investigación no fue realizar un diagnóstico nacional sobre las problemáticas que se desprenden de la OC, sino por el contra-

rio verificar las hipótesis han sido descriptas en la literatura y en la experiencia de las investigadoras, los resultados de esta herramienta han sido determinantes en la reconceptualización y en construcción de la propuesta regulatoria.

Panorama legal de la objeción de conciencia en Argentina

La OC ha sido reconocida legalmente tanto a nivel nacional como internacional.¹¹ En particular, respecto de las prácticas de salud reproductiva, el sistema universal de los derechos humanos,¹² los sistemas europeos,¹³ y el sistema interamericano de derechos humanos se han referido a la posibilidad de su reconocimiento, limitado, por supuesto, por el acceso efectivo a los servicios.¹⁴

Por su parte, la legislación sanitaria argentina reconoce la OC frente a varias prácticas de salud reproductiva. En primer lugar, la Ley Nacional de Salud Sexual y Procreación Responsable (Ley 25.673) permite a las instituciones privadas de carácter confesional eximirse de la provisión de anticonceptivos de corta duración. Sin embargo, no se prevén deberes asociados al ejercicio de esta excepción. La reglamentación de esta ley, Decreto 1282/03, dispone que la objeción individual podrá ejercerse previa fundamentación y estará limitada por el marco del ejercicio profesional de cada jurisdicción. Determina, además, que la OC debe mantenerse tanto en los ámbitos público como privado. Para las instituciones privadas confesionales establece que “deberán garantizar la atención y la implementación del Programa, pudiendo derivar a la población a otros centros asistenciales, cuando por razones confesionales, en base a sus fines institucionales y/o convicciones de sus titulares, optaren por ser exceptuados” de la provisión de anticoncepción de corta duración únicamente, no de las demás prestaciones como consejería en salud reproductiva.

De igual forma, la Ley 26.130 de anticoncepción quirúrgica incorpora esta figu-

ra en su artículo 6, garantizando a “toda persona, ya sea médico/a o personal auxiliar del sistema de salud, tiene derecho a ejercer su objeción de conciencia”, asegurando que “la existencia de objetores de conciencia no exime de responsabilidad, respecto de la realización de las prácticas requeridas, a las autoridades del establecimiento asistencial que corresponda, quienes están obligados a disponer los reemplazos necesarios de manera inmediata”. En el mismo sentido, el Protocolo Nacional para la Atención Integral de Personas con Derecho a la Interrupción Legal del Embarazo (Ministerio de Salud de la Nación, 2015) establece la posibilidad de la OC individual, “siempre y cuando no se traduzca en la dilación, retardo o impedimento para el acceso a esta práctica médica”, y además establece la responsabilidad institucional en la garantía de la práctica y la imposibilidad de ejercer la OC en caso de emergencia o cuando no exista personal disponible para realizar la práctica.

En relación con la ILE, en 2012, la Corte Suprema de Justicia de la Nación¹⁵ estableció que la OC debe permitirse a lxs profesionales de la salud que por razones morales o religiosas piden ser eximidxs de sus obligaciones profesionales y legales respecto al servicio de ILE:

sin que ello se traduzca en derivaciones o demoras que comprometan la atención de la requirente del servicio. A tales efectos, deberá exigirse que la objeción sea manifestada en el momento de la implementación del protocolo o al inicio de las actividades en el establecimiento de salud correspondiente, de forma tal que toda institución que atienda a las situaciones aquí examinadas cuente con recursos humanos suficientes para garantizar, en forma permanente, el ejercicio de los derechos que la ley le confiere (cons. 29).

La mayoría de las provincias han adoptado normas análogas o han adherido a la Ley Nacional de Salud Sexual y Procreación Responsable, así como protocolos de acceso a la ILE en los que aparece algún tipo de reconocimiento a la OC. Hasta el

momento, todas las regulaciones sobre ILE en el país reconocen la OC, aunque con variaciones. En las provincias de Santa Fe, Mendoza y San Luis existen además leyes específicas sobre objeción.¹⁶ Sin embargo, a la fecha no hay investigaciones sobre la implementación de estas políticas, las dinámicas o la dimensión de la objeción en los servicios de salud y sus consecuencias en el acceso.

En marzo de 2018, en el Congreso de la Nación Argentina se discutió un proyecto de ley sobre la liberalización del aborto bajo el sistema de plazo mixto, que permitiría el aborto sin causales hasta la semana 14 de gestación y, pasado ese plazo, establecía una serie de causales (riesgo para la vida o la salud, malformaciones incompatibles con la vida y violación). El 14 de junio la Cámara de Diputados aprobó el proyecto que, sin embargo, fue rechazado el 8 de agosto del mismo año, por un pequeño margen de diferencia, en el Senado.

El proyecto de ley discutido regulaba la OC en su artículo 15 de la siguiente forma:

Artículo 15.- *Objeción de conciencia. El/la profesional de la salud que deba intervenir de manera directa en la interrupción voluntaria del embarazo tiene la obligación de garantizar el acceso a la práctica y no puede negarse a su realización.*

El/la profesional mencionado/a en el párrafo anterior sólo puede eximirse de esta obligación cuando manifestare su objeción previamente, de manera individual y por escrito, y la comunicare a la máxima autoridad del establecimiento de salud al que pertenece.

La objeción puede ser revocada en iguales términos, y debe mantenerse en todos los ámbitos, públicos o privados, en los que se desempeñe el/la profesional.

El/la profesional no puede objetar la interrupción voluntaria del embarazo en caso de que la vida o la salud de la mujer o persona gestante estén en peligro y requiera atención médica inmediata e imposterizable.

Cada establecimiento de salud debe llevar un registro de los profesionales objetores, debiendo informar del mismo a la autoridad de salud de su jurisdicción. Queda prohibida la objeción de conciencia institucional y/o de ideario.

Al mismo tiempo, se presentó un proyecto de ley sobre libertad religiosa ante la Cámara de Diputados que tiene como centro la OC como mecanismo de protección de tal libertad. Aunque esta propuesta todavía no ha sido discutida, pretende regular supuestos de OC en distintos ámbitos: desde el servicio militar, tratamientos médicos, homenaje activo a símbolos patrios, juramentos, actividad laboral o escolar en días de fiesta o descanso religioso, hasta la provisión de salud. El proyecto establece que “toda persona tiene derecho a invocar un deber religioso relevante o una convicción religiosa o moral sustancial como razón para negarse a cumplir una obligación jurídica” y permite la OC institucional ■

Notas

- 1 Ariza Navarrete (2018); Heino *et al.* (2013).
- 2 Chavkin, Leitman y Polin (2013). Dresser (2009).
- 3 Bueno de Mesquita y Finer (2008). Chavkin, Leitman y Polin (2013). Vaggione (2012). O'Rourke *et al.* (2012). Cook, Arango Olaya y Dickens (2009).
- 4 Bueno de Mesquita y Finer (2008). Fink *et al.* (2016). Harries *et al.* (2014). Heino *et al.* (2013), pp. 231-233. Ramón Michel (2012b). González Vélez y Gil Urbano (2016). Harries *et al.* (2014). Casas (2005).
- 5 Chavkin, Leitman y Polin (2013).
- 6 Ídem. En opinión de la mayoría de lxs encuestadxs en esta investigación, la OC responde a prejuicios sobre las mujeres que solicitan las prácticas (65,4%), y genera la discriminación frente a algunas mujeres en particular (52,3%).
- 7 Levy Daniel y Schnidrig (2009).
- 8 Corte Suprema de Justicia de la Nación. “F. A.L s/medida autosatisfactiva”. 13 de marzo de 2012.
- 9 Gherardi y Gebruers (2015). Ver entre otras: Babiker, Sandra. “Hasta dónde se puede apelar a la objeción de conciencia”. *Comunicar en Igualdad*. Junio, 2014. Disponible en: <http://www.comunicarigualdad.com.ar/hasta-donde-se-puede-apelar-a-la-objecion-de-conciencia>. “Aborto y objeción de conciencia”. *La Nación*, editorial. Noviembre, 2016. Disponible en: <http://www.lanacion.com.ar/1959757-aborto-y-objecion-de-conciencia>. “Aborto: Rechazan a los objetores en el sistema público”. *El Diario de La Pampa*. Mayo, 2018.

Disponible en: <https://www.eldiariodelapampa.com.ar/index.php/111-portada/principal/44790-aborto-rec-hazan-la-objecion-de-conciencia-en-el-sistema-publico-de-salud>. “Más trabas para el acceso al aborto legal en La Pampa”. *El Diario de La Pampa*. Mayo, 2018. Disponible en: <https://www.eldiariodelapampa.com.ar/index.php/112-portada/cuater/44719-mas-complicaciones-para-el-acceso-al-aborto-legal-en-la-pampa>. Román, Valeria. “El debate alrededor de la objeción de conciencia y el aborto: ¿Beneficia o perjudica a las mujeres?”. *Infobae*. Junio, 2018. Disponible en: <https://www.infobae.com/salud/2018/06/27/el-debate-alrededor-de-la-objecion-de-conciencia-medica-y-el-aborto-beneficia-o-perjudica-a-las-mujeres>.

- 10 La encuesta fue enviada a profesionales de la salud pertenecientes a REDAAS, referentes del Programa Nacional de Salud Sexual y Procreación Responsable del Ministerio de Salud de la Nación, referentes del Programa Nacional por la Salud Integral en la Adolescencia, referentes del Programa Provincial de Salud Sexual y Procreación Responsable de la Provincia de Buenos Aires, integrantes de la Federación Argentina de Médicos Generalistas.
- 11 Se ha reconocido el fundamento constitucional de la OC en los artículos 14 –que consagra la libertad de conciencia y culto– y 19 –que consagra la autonomía personal–. Estos derechos son complementados por aquellos consagrados en el artículo 75 inciso 22, que incorpora los derechos humanos ratificados por el Estado a través de tratados y convenciones internacionales. El derecho a la libertad de conciencia es consagrado en todos los instrumentos de los derechos humanos (art. 18 de la Declaración Universal de Derechos Humanos [1948]; art. 18 del Pacto Internacional de Derechos Civiles y Políticos [1966]; art. 12 del Pacto de San José de Costa Rica [1969]), así como en numerosos instrumentos específicos de protección de minorías y grupos vulnerables (art. 5 de la Convención para la Eliminación de Todas las Formas de Discriminación Racial; art. 14 de la Convención de los Derechos del Niño; art. 2 de la Declaración sobre los Derechos de las Personas Pertenecientes a Minorías Nacionales o Étnicas, Religiosas y Lingüísticas [1992]; entre otros).
- 12 Se ha referido solo tangencialmente a la OC frente a prácticas de salud reproductiva para decir que los países que reconocen este privilegio a lxs profesionales deben adoptar medidas para evitar efectos adversos, especialmente para las mujeres, niñas y adolescentes que soliciten los servicios objetados, por ejemplo: CEDAW, recomendación general N° 24, La mujer y la salud (art. 12), 1999; informe “El derecho al disfrute del más alto nivel de salud física y mental” del relator especial Anand Grover, misión a Polonia, párrafo 55, UN Doc. A/HRC/14/20/ Add.3 (mayo 20 de 2010); observaciones finales del Comité de la CEDAW sobre Croacia, U.N. Doc. A/53/38, Parte I, párrafo 117 (1998); observaciones finales del Comité de la CEDAW sobre Italia, U.N. Doc. A/52/38/Rev.1, Parte II, párrafo 360 (1997), entre otros.
- 13 Asamblea Parlamentaria del Consejo de Europa, resolución 1.776/2010 sobre el derecho a la OC en servicios médicos legales, así como varios fallos del Tribunal Europeo de Derechos Humanos que reconocen el derecho limitado a la OC frente a servicios de salud reproductiva: ECHR, caso “R.R. vs. Poland”, decisión del 26 de mayo de 2011; “Pichon and Sajous vs. France”, N° 49.853/99, ECHR (tercera sección), decisión del 02 de octubre de 2001.
- 14 Particularmente en el informe de la Comisión Interamericana de Derechos Humanos “Acceso a la información en materia reproductiva desde una perspectiva de derechos humanos”, OEA/Ser.L/V/II. Doc. 61, 22 noviembre 2011 y en el fallo de la Corte Interamericana de Derechos Humanos, caso “Artavia Murillo y otros (Fecundación in vitro) vs. Costa Rica”, sentencia de 28 de noviembre de 2012.
- 15 Corte Suprema de Justicia de la Nación, fallo “F. A.L s/medida autosatisfactiva”, 13 de marzo de 2012.
- 16 En Santa Fe se estableció un registro público de OC (resolución 843/2010 y siguientes), en Mendoza se estableció un registro privado (resolución 933/2911) y en San Luis un mecanismo judicial para validar la OC (Ley N° 1-0650-2008).

Parte 1

Reconceptualizando la objeción
de conciencia desde la práctica

1.1 Planteamiento del problema

Al momento de sentar las bases para una política de salud reproductiva que incluya el acceso a la ILE, resulta muy difícil, sino imposible, eludir la cuestión de la llamada OC. No solo por la relevancia que ha tomado el debate público, sino por la magnitud y consecuencias de su ejercicio. De acuerdo a las personas encuestadas para este proyecto, el aborto es la práctica más objetada en salud reproductiva (64,6%), seguida por la ligadura de trompas (24,1%) y la vasectomía (16,7%). Y su uso constituye una barrera persistente en el acceso a la ILE,¹⁷ o como lo expresa unx de lxs entrevistadxs:

Actualmente [la OC] se configura como el principal escollo para garantizar servicios en salud sexual y reproductiva de calidad.

En ese sentido, la encuesta reveló que, según lxs encuestadxs, los principales problemas del uso de la OC son la afectación de la calidad de la atención (61,7%), la sobrecarga de trabajo para profesionales que brindan atención en casos de ILE (57,9%) y la tensión entre integrantes del equipo (57,2%). Solamente 18 personas (6,6%) consideraron que la OC no genera problemas dentro de los equipos.

En efecto, se vuelve prácticamente imposible asegurar el acceso a la ILE sin responder al fenómeno de la llamada OC. Esto no significa, sin embargo, que deba reemplazarse el corazón de las políticas públicas en este campo, que debe ser garantizar la disponibilidad, aceptabilidad, accesibilidad y la calidad de las prestaciones e insumos de salud sexual y reproductiva. Por el contrario, debe enfa-

tizarse que la OC debe regularse en función de la garantía de acceso a las prácticas de salud reproductiva en los términos antes dichos. Como lo expresó unx de lxs gestorxs entrevistadxs:

Me parece que debe establecerse y dejar claro que lo central es garantizar el cuidado de las personas, y lo secundario es la posibilidad que uno tiene de no hacer determinada práctica (...)

No en pocas ocasiones se ha perdido de vista que el centro de la discusión y la regulación sobre la llamada OC debe ser el efectivo acceso a la ILE y, en cambio, el análisis se dirigió a definir en qué, cómo y cuándo unx profesional puede autoexcluirse del cumplimiento de un deber profesional respecto a la ILE, resignando los esfuerzos sobre cómo asegurar el acceso y apoyar a lxs profesionales dispuestos a cumplir sus deberes. Así lo señala unx de lxs entrevistadxs:

*La mejor forma de lidiar con la OC es centrarse en la legitimidad, legalidad y rectoría, lidiar con las condiciones para garantizar la práctica. **No poner en el centro la cuestión de la objeción per se. Legitimar y también crear dispositivos y estrategias que permitan ejercer rectoría desde la salud pública. Trascender las capacitaciones y sensibilizaciones; aggiornarlas al siglo XXI. Incluirlas dentro de un paquete mucho más complejo.***

Según otrx entrevistadx con experiencia en coordinación de equipos de salud:

*Yo diría que reconocer la OC es un principio básico, pero eso no debería implicar que el paciente o la paciente quede en una situación de desventaja. Me parece que ese también es un principio básico. **El trabajo más importante es en relación con la información y a la capacitación. El primer componente de la OC tiene que ver con el conocimiento de las personas***

acerca de las prácticas. Debemos iniciar el cambio cultural de las generaciones futuras desde el proceso educativo. El lugar adecuado para esto es la formación universitaria.

Por otro lado, observamos una importante aceptación en torno a la figura: el 39% de profesionales encuestadxs están de acuerdo que se permita la negación a la provisión de la ILE cuando realmente exista un conflicto moral irresoluble. Sin embargo, es notable que una proporción importante (20%) de lxs profesionales encuestadxs, no contestaron la pregunta acerca de si esta negación debería permitirse, lo que podría indicar que no tienen una posición tomada a este respecto. No ocurrió lo mismo en el caso de las preguntas acerca de los problemas y las razones que llevan a sus colegas a usar este dispositivo para eximirse de la provisión de servicios de ILE, ya que en estas preguntas la tasa de respuesta fue mayor.¹⁸

Dados estos dos puntos clave (que el centro de la política pública debe ser el acceso a la ILE y la aceptación moderada de la OC), es evidente que el reconocimiento jurídico de la OC no es el punto de llegada, menos aún el fin de la conversación regulatoria, sino más bien su punto de partida. Y justamente para esta conversación, creemos que es necesaria una renovación conceptual que incluya una contextualización de lo que se identifica como OC y sus efectos sobre el derecho de las mujeres, personas gestantes, niñas y adolescentes a acceder a la ILE en condiciones de respeto, calidad y seguridad.

1.2 Distintas posiciones sobre su aceptabilidad

El desacuerdo sobre qué hacer con la OC es fuerte y tiene muchas dimensiones. No solo dentro de la academia se han desarrollado distintas justificaciones para la permisión y defensa de la pluralidad moral o para su restricción, sino que, además, hay justificaciones pragmáticas que apuntan en ambos sentidos y también proponen alternativas concebidas como intermedias.¹⁹ Lxs profesionales de la salud y gestores consultadxs en la encuesta y entrevistas también se posicionaron en este punto.

Por un lado, están quienes consideran que la OC en salud es inadmisibles.²⁰ Alrededor del 41% de lxs encuestadxs considera que la objeción no debería permitirse en el campo de la salud. En primer lugar, por las consecuencias negativas para las personas que requieren servicios de salud reproductiva y para los equipos de salud. En segundo lugar, porque el trabajo en salud involucra deberes especiales. Se trata de un deber que no compromete a toda la población sin distinción, sino que, por el contrario, recae sobre profesionales. Éstos no solo tienen el monopolio de esta actividad, sino que eligieron libremente el ejercicio de esa profesión o especialidad. También se refiere a la tensión con otros deberes profesionales como el deber de respetar la autonomía de la paciente y el deber de no discriminación y abandono a sus pacientes. Unx profesional encuestadx afirmó que *los objetores están, en realidad, abandonando a sus pacientes*. En este mismo sentido, la mayoría (55,7%) considera que la OC supone incumplimiento de deberes profesionales.

Hay quienes creen que el derecho a la salud y otros derechos de lxs pacientes tienen un efecto de veto frente a la posibilidad de ejercer la OC.²¹ En esta línea, un encuestadx dice: *si se elige la profesión médica no se puede nunca poner por delante las creencias por encima de los derechos de lxs pacientes*. En tercer lugar, muchxs consideran que la OC resulta discriminatoria pues afecta de manera más gravosa a los sectores pobres y minorías en situación de vulnerabilidad. Así, la mayoría de lxs profesionales encuestadxs considera que la OC se motiva en prejuicios sobre

las mujeres que solicitan las prácticas (51,6%) y genera discriminación frente a algunas mujeres en particular (41,2%).

En una posición opuesta, hay quienes creen que la OC es un derecho fundamental y que su restricción debe ser excepcional y establecida por ley, como lo propone, por ejemplo, Navarro Valls.²² En general, relacionan la OC con la libertad religiosa. Y respecto al aborto afirman que esta figura protege a quienes consideran que su paciente es el feto o a quienes privilegian a la vida en gestación por sobre los derechos de las gestantes. Algunxs incluso, consideran que la OC es una forma de proteger a profesionales que, siendo buenxs en su trabajo, tienen limitaciones que consideran siempre legítimas. Así, una jefx de servicio de ginecología dice:

Una de esas chicas objetoras es una maravillosa cirujana oncológica de menos de 40 años, ¿por qué la voy a obligar a hacer algo que no quiere?

Como en la literatura, en las encuestas y entrevistas que realizamos también surgieron posiciones que podríamos calificar como intermedias: entienden que existen derechos en juego y aspiran a conciliarlos. En particular, consideran que están en juego la libertad de conciencia, el derecho a la salud y otros derechos de las gestantes y que todos deben garantizarse en la mayor medida posible. En este sentido, se acepta la OC en materia de salud, siempre limitada por la garantía del acceso a las prestaciones objetadas.

Otrxs abordan la OC de manera más claramente pragmática y la conciben como una suerte de mecanismo para gestionar las resistencias de quienes prestan los servicios de salud, y así asegurar que las prestaciones puedan darse en las mejores condiciones. Como afirma unx profesional de la salud:

No tengo problema con los objetores siempre y cuando haya alguien al que derivarle y que asegure la práctica, y que el objetor sea lo suficientemente

honesto para hacerlo.

Varios de lxs profesionales que adoptan esta posición reclaman un marco legal más claro, liderazgo hospitalario que no sea objetor, generación de capacidades y protocolos claros sobre las prácticas y deberes en torno a la aplicación de la OC. En este sentido, en la encuesta una proporción importante indicó que las jefaturas de servicio que rechazan la provisión de ILE influyen en la decisión del personal del servicio (50,5%). De igual forma lo destacaron lxs gestores y jefxs de servicio entrevistadxs, quienes creen que para encontrar la mejor forma de lidiar con los conflictos:

Hay que desideologizar la OC, y hay que tomársela en serio con todo lo que significa, como barrera, como zona de confort, y con todo lo que significa como desafío para una política sanitaria de ejercer coordinación, control, rectoría, normatización, legitimación, todo lo que le corresponde hacer a una política sanitaria.

Buena parte de este tipo de opiniones se basan en experiencias de primera mano, como surge de este testimonio:

Eso tuvo que ver con un trabajo lugar por lugar, que en una primera instancia consistió en repartir información. Notamos que hay una parte muy pequeña que es activa en la resistencia, hay una parte un poco más grande que activa el acceso, y después hay un amplio sector en el medio que no sabe, porque tiene miedo, porque no lo tiene claro. Cuando una va y explicita que la ley dice tal cosa, y que las mujeres tienen derechos, y que la práctica es menos riesgosa que otras, todo eso que compartimos en la información, hay una parte muy grande que se suma a dar acceso, y empieza a dar lugar a la escucha y a correr los prejuicios con los cuales se abordaban estas situaciones. Empiezan a entender, por ejemplo, que muchas mujeres

conviven con la violencia, y que desprenderse de eso no es algo de un día para otro.

1.3 Perspectiva histórica

Tradicionalmente, la OC ha sido planteada en relación con el servicio militar obligatorio o la realización de ritos –religiosos o civiles– en diferentes situaciones que no representan riesgo para derechos ajenos. Más tarde, se introdujo en escenarios más complejos como el de la salud, donde profesionales alegan el derecho a elegir entre el cumplimiento de sus deberes y el seguimiento de algunos principios éticos o creencias religiosas.²³

En el contexto sanitario, las cláusulas de OC han sido herramientas legislativas usadas por determinadxs profesionales para excusarse de ciertas labores mandadas legalmente pero que consideran objetables por motivos morales.²⁴ En efecto, la OC ha sido una herramienta política para resistirse a los avances legislativos y de políticas públicas que desafían y van desmontando la estructura de la sexualidad tradicional.²⁵ Según Fiala y Arthur, la OC “ha permitido a las personas boicotear leyes aprobadas democráticamente con base en la deferencia de la sociedad a la libertad religiosa y a los valores tradicionales que asignan a las mujeres roles de maternidad y crianza”.²⁶

En Argentina también se observan esos usos de la OC.²⁷ Hemos visto que la jerarquía de la iglesia católica ha llamado a usar la objeción como mecanismo para impedir el acceso los anticonceptivos y a la ILE.²⁸ Asimismo, colegios profesionales católicos han desarrollado directrices para sus asociadxs en las que se privilegia

el uso de la OC.²⁹ Incluso se ha empleado de maneras más asociadas a la desobediencia civil.³⁰

Las cláusulas de OC han acompañado la primera ola de legalización del aborto, la de países europeos y Estados Unidos, entre 1970 y 1980 como una necesidad pragmática y también como concreción jurídica de una negociación política.³¹ Desde aquel momento, han proliferado de una manera un tanto mecánica, como si, cuando se aplica a los servicios de salud, no existieran inconsistencias, y como si no hubiera formas de evaluar y acomodar mejor los intereses en juego.³²

Así, en la mayoría de los países se reconoce la OC frente a la prestación de abortos legales.³³ Solamente Suecia, Finlandia, Islandia y Venezuela descartan de manera explícita la posibilidad de negar un servicio de salud con base en creencias morales.³⁴ En Argentina, se acepta desde mediados de la década de los años noventa, cuando se crearon los programas provinciales de salud sexual y reproductiva, y en 2002 se reconoce expresamente con la sanción de la Ley 25.673, que crea el Programa Nacional de Salud Sexual y Procreación Responsable. Y hoy el reconocimiento de la OC está volcado en una serie de leyes, todas referidas a los derechos reproductivos; no así en otras leyes referidas a la sexualidad.

La OC también ha funcionado como un acervo de hegemonía del poder médico frente a lo que algunos han percibido como un desafío al estatus quo. De hecho, la aparición de la OC se da al tiempo con el ocaso del paradigma del paternalismo médico allá por los años 70.³⁵ Este cambio en la cultura sanitaria estaba ocurriendo mientras se desafiaban muchas de las leyes restrictivas de aborto en Europa y Estados Unidos. La medicina por entonces estaba dominada por una cultura en la que eran lxs médicxs quienes tomaban las decisiones mientras lxs pacientes obedecían “las órdenes médicas” que incluían, no en pocas ocasiones, prescripciones de talante moral. Así, un médicx podía rechazar el pedido de vasectomía por parte de un paciente, explica Clarke, porque éste no estaba casado o porque

era todavía joven.³⁶ Hacia 1970, esta autoridad médica empieza a experimentar los primeros avances que fueron dando lugar a un nuevo ethos, el de la autonomía del paciente.³⁷

Cuando se empieza a asentar el derecho de lxs pacientes a tomar sus propias elecciones médicas, también crece la idea de que algunas de estas decisiones pueden ser moralmente objetables para los profesionales de la salud, quienes entonces pueden negarse a proveer tales tratamientos por motivos de conciencia; en nombre, ahora, de su propia autonomía.³⁸ Algo de esto flota en las expresiones de Juan Carlos Vegara, ex ministro de salud de la provincia de La Rioja, en marzo 2018:³⁹

...la OC individual es una herramienta que tenemos los ginecólogos en este caso u obstetras, que somos los que deberíamos llevar a cabo el procedimiento, en la cual es algo muy privado y que nadie puede violar lo que yo piense sobre la vida.

Esta historización de la OC en el campo de la sexualidad y reproducción debería contrastarse con la del servicio militar obligatorio, origen de este instituto. Son historias emparentadas pero que divergen en aspectos fundamentales. Alegre destaca que en el campo de la salud sexual y reproductiva estamos frente a una “nueva objeción”, diferente a la tradicional al servicio militar.⁴⁰ Respecto a este punto, Fiala & Arthur opinan que es deshonesto que la OC en la atención de la salud reproductiva lleve ese nombre, pues poco tiene que ver con lo que ocurre en el marco de los servicios militares compulsivos: tienen una base ética distinta.⁴¹

Una diferencia evidente entre la OC en el servicio militar y en el campo de salud, es que mientras lxs soldadxs son reclutados de manera forzosa, lxs profesionales de la salud eligen libremente sus carreras y especialidades. Más aún, ginecólogxs y obstetras eligieron, básicamente, tratar los eventos reproductivos de las mujeres y otras personas gestantes, por tanto, el aborto (espontáneo o inducido). Otra di-

ferencia es que en el caso del servicio militar la objeción se enfrenta o compite con un interés del Estado, mientras que en el campo sanitario pone en juego derechos de lxs pacientes, a la autonomía, a la salud, a la vida, incluso, a la no discriminación, además de generar más que inconvenientes a la organización de los servicios de salud y el sistema sanitario, en general. Otro conjunto de diferencias pueden extraerse a partir de las características distintivas de la OC al servicio militar obligatorio y lo que en la práctica sucede en el campo de la salud: primero, se opone a que se asigne rol de combatiente no elegido por la persona; segundo, requiere objeción de “todo o nada” (no selectivo); tercero, somete la sinceridad de la OC a evaluación externa (usualmente tribunales militares o civiles); cuarto, usualmente quien objeta debe realizar un servicio alternativo.⁴²

Por otro lado, no todas las pretendidas OC han sido aceptadas jurídicamente. Hace unos años en Argentina, unxs jueces de paz intentaron, sin éxito, objetar presidir el casamiento de parejas gays. Durante la década del 60 se presentaron objeciones al pago de impuestos nacionales cuyo destino, previsiblemente, estaba ligado a la guerra en los Estados Unidos.⁴³ Se trataba de la misma base moral que justificaba la objeción de los jóvenes conscriptos, sin embargo, fueron rechazadas en base a dos argumentos. Primero, se trataba de un deber que afectaba de manera sensible a terceras personas, es decir, por la finalidad de los impuestos, las consecuencias de esta excepción serían imprevisibles, expansivas y afectarían el orden público, sin la posibilidad de asignar un “servicio sustitutivo” a quienes se eximiera de contribuir al erario público.

En el caso de lxs profesionales de la salud sucede algo similar: negarse a proveer un aborto, por ejemplo, afecta a las personas gestantes en distintos niveles, no solo sus derechos y su proyecto de vida, sino también a sus familias, comunidades y al desarrollo del país.⁴⁴ Segundo, se destacó una diferencia sensible entre la acción de ir a la guerra y la de pagar un impuesto cuyo destino no depende del contribuyente directamente sino de sus representantes en el Congreso. Esta

diferencia aparece también de manera bastante patente respecto a integrantes de equipos de salud que no realizan funciones directamente relacionadas con la ILE (enfermeras, auxiliares, anestelistas, etc.), y respecto de ciertos deberes como la atención administrativa de la paciente, la entrega de información o la derivación.

1.4 Justificaciones en contexto

Las justificaciones tradicionales para reconocer la OC –protección de minorías religiosas, pluralismo moral y libertad de conciencia– resultan un tanto forzadas cuando se trata de servicios de salud, sobre todo cuando se considera el contexto, las prácticas y los efectos distributivos de su reconocimiento.

Una de las justificaciones con más arraigo es la protección de las minorías religiosas; se trata de proteger las voces más débiles, para que no sean silenciadas por la mayoría que detenta creencias morales y religiosas hegemónicas. Esta justificación difícilmente aplica a la negación a la provisión de ILE en Argentina. Salta tenía hasta hace muy poco, por ley, educación religiosa católica para las escuelas públicas. Hay hospitales completos como el Iturraspe en la provincia de Santa Fe, conocido por el infame caso de la muerte de Ana María Acevedo en 2007, donde todxs lxs profesionales han hecho uso de esta herramienta.⁴⁵ O el Hospital Materno Infantil San Roque de Entre Ríos que se declaró objetor frente al pedido de una ILE a una adolescente de 19 años con discapacidad mental también en 2007,⁴⁶ o el caso de la Maternidad de Tucumán donde la por entonces directora declaraba:⁴⁷

Si se presentaran casos que están amparados por el Código Penal, la respuesta de cada médico, de cada profesional será muy personal, conforme a su religión, sus normas éticas y valores, a su responsabilidad profesional y objeción conciencia. La mayoría de nuestros médicos es católica.

Recientemente, todo el personal médico del Materno Neonatal de Misiones declaró que objetaría la práctica de ILE, en una provincia donde al menos a 200 niñas abusadas sexualmente no se les dio la opción de una ILE por la causal violación.⁴⁸ Lo mismo en Chaco, donde cientos de profesionales pidieron entrar a un listado de OC.⁴⁹ No estamos frente a minorías, al menos las imaginadas por la teoría y la literatura más clásica de OC.

En efecto, la negación a la provisión de la IVE bajo razones religiosas o morales es una postura ampliamente extendida entre profesionales de la salud, asociaciones profesionales y muchos hospitales e incluso maternidades a lo largo del país, tanto en el sistema público como privado. Incluso, y no en pocos casos, alentados por la Iglesia Católica. Como refiere unx profesional encuestadx:

Salta tiene dos poderes, el ejecutivo electo y el poder eclesiástico clerical de la iglesia.

Mientras tanto en éstas y otras provincias argentinas son lxs profesionales de la salud que practican ILE quienes se encuentran en posiciones minoritarias, sometidxs a sanciones sociales y profesionales informales, destrato, estigma y marginación. Así, relata unx entrevistadx del norte argentino:

Uno de los médicos que es proveedor de abortos legales ha tenido muchos problemas, y los otros que son “caretas” le dificultan mucho su actividad. No le han permitido entrar a una clínica de acá (...) y a otra de (...), de donde es originario. El mismo jefe de servicio lo admite.

Según Nejaime y Siegel,⁵⁰ la calidad de la ponderación de derechos en regímenes que permiten la OC, justificados en el respeto del pluralismo moral, se mide no sólo por cómo tratan a las personas que objetan, sino también por cómo protegen a las personas que no comparten esas creencias, teóricamente, disidentes. En consecuencia, la mayoría de los regímenes de excepción: (1) acomodan las objeciones a participar directa e indirectamente en acciones a favor de otras personas que no comparten las creencias de quienes objetan, y (2) son indiferentes al impacto que estas objeciones tienen sobre otras personas, no promueven el pluralismo, sino que promueven los valores de los objetores. Nejaime y Siegel⁵¹ sostienen que solamente los regímenes de excepción que están diseñados para mediar en el impacto de la OC sobre terceras personas, pueden garantizar el bienestar de una ciudadanía con creencias heterogéneas y sirven a fines genuinamente pluralistas.

Descartada la protección del pluralismo moral y minorías como justificación para el reconocimiento de la objeción en el campo de la salud sexual y reproductiva, quedaría la de la libertad de conciencia.

En primer lugar, debemos partir de un hecho comúnmente olvidado: la libertad de conciencia también corresponde a las gestantes que solicitan una ILE y a lxs profesionales de la salud que proveen ILE. Son varias las formas en que se daña o restringe la libertad de conciencia de lxs profesionales que dan respuesta a mujeres que necesitan una ILE. Por ejemplo, no es pocos casos, jefxs de servicio, directores de hospital utilizan sus cargos y autoridad para acotar la libertad de conciencia y profesional de médicxs jóvenes. Sobre esto, unx profesional entrevistadx comenta:

(...) 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.

También se abusa de la autoridad al interior de los servicios de salud. Una proporción importante de las personas encuestadxs (26%) considera que las autoridades de los servicios influyen en los equipos para que se nieguen a proveer servicios, y que la falta de liderazgo en los servicios de salud incentiva la presencia de este fenómeno (24,5%). Unx coordinadorx de salud sexual y reproductiva provincial relata que:

En los hospitales hay gente que cuenta que la consigna era “hay que firmar la OC”, y eran definiciones que venían de la dirección de los servicios.

Un ambiente profesional, institucional e incluso social que es hostil limita profundamente la libertad de conciencia de aquellxs profesionales que deciden brindar servicios de ILE. Es decir, tales ambientes no permiten el reconocimiento de la conciencia de profesionales que efectúan los servicios de ILE, de acuerdo con las leyes vigentes y con su compromiso con la salud de sus pacientes. Estos profesionales comprometidos a conciencia ven la autonomía reproductiva y también la libertad de conciencia de las mujeres como parte central de la personalidad y autodeterminación, y/o creen que son las mujeres mismas quienes mejor comprenden lo que les conviene, quienes conocen sus contextos de la vida en los que toman las decisiones sobre la maternidad, y/o valoran la salud de una mujer más que la potencial vida de un feto, entre otras razones.⁵²

Pese a que lxs profesionales que practican ILE trabajan dentro de la ley, enfrentan el estigma, la marginación dentro de sus servicios y de la comunidad profesional, incluso acoso y hasta la amenaza de daño físico. Es decir, pagan un altísimo costo para ejercer su libertad de conciencia a diferencia de lxs profesionales que se niegan a proveer este servicio de salud. En la encuesta, lxs proveedores de ILE refieren sentimientos de “soledad”, “señalamiento”, “desgaste” y “sobrecarga” en relación con su trabajo.

Como resultado, muchxs de estos profesionales no hablan abiertamente de su trabajo, sobre todo aquellos más aislados simbólicamente de redes de profesionales de salud vinculadas al aborto seguro. Unx profesional entrevistadx asegura:

a mí no me gusta recibir de los otros hospitales, no me gusta que nuestro servicio esté visibilizado como que recibe lo que otros no hacen.

También lo comenta unx coordinadorx de programa de salud sexual y reproductiva provincial:

otros lo hacen “perfil bajo” o más bien no hacen nada por el tema de la repercusión, de la recriminación, como lo toma el resto de la gente.

El estigma y el silencio alimentan una suerte de círculo vicioso: cuando lxs profesionales no difunden, no transparentan ni hablan con orgullo de su trabajo como proveedorxs de ILE, su silencio perpetúa el estereotipo de que el aborto es algo desviado, malo, inusual, que lxs médicxs “serios” no se involucran en esas situaciones.⁵³ Esto contribuye a la marginación y expone a exxs profesionales a más maltrato, fatiga y costos de todo tipo. Es lo que Harris et al. dieron en llamar **la paradoja de la legitimidad**: aunque muchxs médicxs altamente capacitadxs prestan servicios de ILE, prefieren no hacerlo público dado el hostigamiento y el estigma, lo que termina profundizando ese estigma, el aislamiento y falta de legitimación tanto de ellxs como de las pacientes.⁵⁴

Este desencuentro de legitimidades es uno de los rasgos más sobresalientes del contexto donde se desenvuelve la OC y tiene consecuencias adversas para el acceso a la ILE, para las experiencias de las personas gestantes, y también para las políticas públicas referidas al tema. Asimismo, fertiliza el terreno para el crecimiento de supuestas OC de profesionales de la salud que ven, de reojo y con temor, las dificultades y costos de la provisión de servicios de ILE.

De este modo, **la OC termina siendo una forma de evasión** de los costos asociados al estigma, a la sobrecarga de trabajo, al desprestigio e incluso a eventuales problemas legales dado el accionar de grupos conservadores, y de fiscales que abusan de su poder, etc. Esta conclusión es confirmada en la encuesta que realizamos, en la cual el 42% de lxs profesionales consideró que la negación a la provisión de servicios se explica, en parte, por el miedo a la estigmatización de algunxs de sus colegas. Sobre esto, también unx de lxs entrevistadxs cree que:

[la objeción] termina sobrecargando a las personas que son amigables a un nivel en el que terminan cansándose, y muchas veces terminan queriendo ser objetores también, por cansancio y estigmas que les generan sus compañeros, falsos objetores.

Por un lado, tenemos que la conciencia y las razones morales, por lo general, se perciben únicamente asociadas a quien se niega a proveer servicios, dejando como moralmente inferiores a quienes proveen el servicio y a quienes acceden a las prácticas. Por otro lado, al no existir condiciones claras respecto de la OC, al interior de los equipos se produce una distribución injusta de tareas entre quienes proveen servicios de ILE y quiénes no. En muchos casos, negarse a proveer servicios no conlleva carga o contraprestación (como ocurriría si objetarán al servicio militar), y, en consecuencia, se sobrecarga a quienes sí cumplen con su obligación. Así opina la mayoría de lxs profesionales encuestados (57,9%), quienes consideran que la negación a la provisión de servicios genera sobrecarga de trabajo para ciertos profesionales.

La OC se convierte en un mecanismo para navegar o superar individualmente fallas del sistema de salud, **una válvula de escape** que permite evitar la sobrecarga laboral, la falta de formación y sensibilización para el manejo de estas prácticas, la falta de condiciones adecuadas para el trabajo, entre otras.

Estas condiciones de los equipos, en las que predomina el cansancio, el estigma, la falta de apoyo institucional y la sobrecarga de trabajo para lxs proveedorxs, reflejan los rasgos más notorios del contexto donde se ofrecen servicios de ILE y también donde crece la OC: la **asimetría de condiciones y garantías** entre lxs profesionales que niegan la práctica de IVE en base a razones morales o religiosas, y lxs que sí prestan esos servicios.

Asimismo, sobresale la falta de capacitación, información legal, lineamientos de política pública y apoyo institucional para la provisión de ILE. Buena parte de estos servicios en muchas provincias argentinas se sostienen más bien con el compromiso personal de proveedorxs, algunxs jefxs de servicio/gestorxs, las redes de apoyo profesional y organizaciones de la sociedad civil. Pero no es suficiente. A la desinformación, a la saturación de trabajo y a la falta de condiciones para la provisión de los servicios no se las puede abordar solamente con apoyo social. Unx de lxs profesionales cuenta su situación hace unos pocos años:

Alguno que no estuviera del todo decidido o indeciso con respecto a su objeción, firmaba el documento igual, porque pensaba que de no hacerlo iba a cargar con toda la responsabilidad del trabajo. Una médica conocida me dijo: “yo la firmé porque la sensación que teníamos era que iban a venir en micros a abortar y nosotros íbamos a tener que lidiar con todo eso”.

Una manifestación clara de asimetría de condiciones, es la tergiversación de la rendición de cuentas. Primero, los regímenes de incentivo para la provisión de prácticas de salud reproductiva son muy escasos o inexistentes; igualmente, son pocos y precarios los mecanismos institucionales formales para rendir cuentas de quienes obstaculizan y abusan del poder médico en casos de mujeres, adolescentes y niñas que requieren una ILE. Existe un *status quo* de impunidad⁵⁵ frente al incumplimiento de los deberes profesionales, como relata unx entrevistada:

Tenemos en el servicio una farmacéutica que se niega a realizar el pedido bimensual de anticonceptivos y su dación... con respecto a las ILE, este mismo personaje, trató de obstaculizar y convencer a otrxs profesionales de que no era lo correcto. Todas estas actitudes permitidas por la jefa del establecimiento, para no ‘generar conflictos’ dice.

Y al mismo tiempo, en varias jurisdicciones del país gozan de buena salud los más variados mecanismos para sancionar informalmente a proveedores de ILE, como es el caso de un médico del norte argentino a quien sus colegas marginan y rechazan por ser el único proveedor de ILE de su servicio. En otro caso, también en el norte, el acoso e incluso las amenazas contra una médica proveedora de ILE, fueron facilitadas por una fiscal (que abusó de su autoridad y generó un ambiente facilitador de este acoso laboral y social) y por el entorno del hospital (cuyas autoridades se declaran objetoras). El hostigamiento se incrementó por garantizar una ILE a una niña violada y embarazada en 2018, justamente mientras se debatía en el Congreso en la ampliación del derecho a la IVE.⁵⁶

En otras palabras, el contexto para la prestación y acceso a la ILE en Argentina ha estado rodeado de desidia estatal, inequidad geográfica, estigmatización, y arbitrariedad tanto médica como institucional. Todos estos factores interconectados para dificultar las condiciones de trabajo de quienes se comprometen con la garantía de los derechos de las gestantes.

No es fácil resolver esta situación. **La OC funciona como una forma institucional de evasión, una válvula de escape, para evitar todos los costos que genera la provisión de servicios de ILE en este contexto precario.** Es un mecanismo usado no sólo por profesionales sino también de equipos completos y autoridades de salud para no hacerse cargo de las obligaciones de respeto, protección y garantía del derecho a acceder a una ILE, y para resguardarse en ambientes hostiles.

De esta forma, bajo el paraguas de la OC conviven variadas situaciones: desde perezas, miedos sociales, incertidumbres legales y también negativas por fuertes creencias morales. Varias expresiones de coordinadorxs de salud reproductiva y jefxs de servicio entrevistadas van en esta misma línea:

Muchos actúan por desconocimiento o amprándose en una interpretación del Código Civil y Comercial, y tienen miedo de que esa práctica se judicialice y tengan algún tipo de problema legal. Hace 10 días, con el caso de una paciente que quería interrumpir, un médico “amigable” que tenía la capacitación y experiencia en las prácticas no quiso realizarle el servicio porque el gobernador de la provincia se había manifestado en contra en el debate por la legalización del aborto. No le realizó una ILE a una paciente que fue a solicitarlo por una causal salud.

Tiene más que ver con “no hacer para no complicarse la vida profesional”, lo que implica un posicionamiento de no reconocer que la función médica tiene que ver con garantizar los derechos de personas. No se da tanto como un proceso activo de resistencia, sino más bien uno pasivo.

No son objetores de conciencia, son desobedientes civiles. Acá en [provincia argentina] hay muchísimos servicios que dicen ser objetores de conciencia, ahora, de hacerse una tarea como la que se hizo en Santa Fe, de empezar a hacer entrevistas, de escarbar y trabajar sobre eso, te darías cuenta de que no son OC verdaderas.

Por supuesto, también están quienes han usado la OC, bajo el argumento de la protección de la integridad moral individual y la pluralidad moral, para perseguir objetivos políticos o ideológicos (incluidos religiosos, sociales, etc.) vinculados a una sexualidad, roles sexuales y formas familiares tradicionales que se consideran los únicos normales. De este modo, la OC pasa a convertirse en **el Caballo de**

Troya en el campo disputado de los derechos reproductivos.⁵⁷ Este es el caso del uso que impulsa la iglesia católica de la OC desde sus altas jerarquías, quienes han instando a sus fieles a usarla como forma de contrarrestar los cambios favorables a los derechos reproductivos, como lo señala Vaggione.⁵⁸ En Argentina, el papa Francisco ha llamado a lxs médicxs a usar la OC contra el aborto y la eutanasia, por ejemplo.⁵⁹ Entonces, lo que se consagró como una garantía para proteger la integridad moral de las personas, resulta siendo un instrumento para negar derechos a las gestantes y desconocer su integridad y agencia moral.

1.5 Malentendidos: la conciencia en la práctica

Hay, además, varios malentendidos sobre la OC que resultan determinantes para las dinámicas que ha adquirido esta figura.

Uno de los malentendidos más extendidos tanto en el debate como en las regulaciones es asumir que lxs profesionales, que pretenden exceptuarse del cumplimiento del deber legal respecto a la IVE, tienen en su conciencia un solo principio moral que estipula más o menos lo siguiente: la sacralidad de la vida intrauterina desde la fecundación, o que esa vida intrauterina equivale a una persona humana y por tanto el aborto es un homicidio. Pero, bien sabemos, esta afirmación es una caricatura de una conciencia, no una conciencia.

Los profesionales llegan al sistema de salud con creencias ético-morales, incluso religiosas, convicciones políticas que, junto a lo experimentado durante su for-

mación y en los servicios sanitarios, informan su conciencia.⁶⁰ Es decir, su conciencia es (o al menos así debemos asumirlo de buena fe) moralmente compleja. Algo de esto surge del relato de unx profesional consultadx:

Nos enseñaron desde la Facultad que tanto la madre como el feto son nuestros pacientes y la creencia en su mayoría es el respeto por la vida de ambos. Sin embargo, la señora que viene a la guardia habiéndose colocado misoprostol para abortar es atendida y contenida, le brindamos atención postaborto y apoyo psicosocial si lo requiere. No estigmatizamos la mujer que se realizó un aborto. Entendemos las situaciones que pueden llevar a que lo realice.

El segundo malentendido gira en torno a las dimensiones éticas de la práctica profesional en el campo de la salud. La formación profesional, que abarca lo técnico y también lo ético, usualmente permite a lxs profesionales resolver buena parte de las prácticas cotidianas; pero, de vez en cuando, puede ocurrir que la decisión profesional requiera de una reflexión más detenida, incluso de juicios morales, pues se tensionan deberes éticos y también obligaciones legales.⁶¹ Es decir, hay momentos en donde un profesional, como cualquier persona, tiene que resolver alguna situación especialmente incómoda, incluso dilemática, que le conflictúa o intranquiliza moralmente. Y para resolver y decidir qué hacer acudimos no a un único principio moral sino a aquellos principios, creencias y experiencias que forman nuestra conciencia y quienes somos.

En estas situaciones difícilmente se pueda conservar una “pureza moral”, es decir, una respuesta que satisfaga todos los principios morales, profesionales y legales en juego. A lo largo de nuestras vidas, también laborales, enfrentamos situaciones donde principios y normas morales, intuiciones, experiencias y emociones pueden no arrojar una respuesta automática, menos aún fácil o simple.⁶² Alegar y privilegiar una creencia personal como una razón para excluirse de un

deber legal y negar la atención de la salud de quien solicita una IVE implica, básicamente, mantenerse al margen, no involucrarse bajo la justificación de un conflicto moral supuestamente irresoluble.⁶³

Uno de los problemas inadvertidos de la pretensión de la pureza moral es que puede llevar a un ejercicio mediocre, incluso incorrecto, de la atención médica. Es que la pureza moral excluye las consideraciones del otrx –lx paciente en este caso– y supone, paradójicamente, el ejercicio de una violencia ética. “Yo creo en esto y nada más que en esto” y me cierro a la otra persona, me niego a escucharlx, a entablar una conversación. Cada día es un desafío en la práctica sanitaria no solo a nivel técnico sino individual, un desafío impuesto sobre todo por la relación con personas diversas.

Dice Harris⁶⁴ que lxs médicxs que más ha admirado durante su formación son aquellxs que se interesan y se abren a sus pacientes y sus vidas, aquellos que reconocen la singularidad de cada paciente. Son estxs médicxs, lxs que no asumen que cada caso es idéntico, quienes escuchan, observan y brindan una atención de calidad. Sin embargo, también hay profesionales que se incomodan con la incertidumbre, sobre todo con la apertura a la paciente. O lo creen innecesario. Y esto no debería reducirse a una “cuestión de carácter o estilos personales de atención médica” pues tiene implicancias profesionales, y en la salud, como advierte Harris: “en ocasiones observé como médicxs hicieron suposiciones de que un caso era como otro que ya habían visto, y perdieron detalles históricos relevantes, e hicieron diagnósticos erróneos o no evitaron complicaciones evitables (...)”.⁶⁵

El apartamiento de la provisión de servicios de salud tampoco resulta satisfactorio moralmente para quienes toman esa opción, ya que no resuelve el conflicto moral, sino que, por el contrario, lo desplaza. Así lo afirma una de las personas entrevistadas:

Todxs lxs que hemos estado, aunque sea de paso, como profesionales en una guardia de maternidad hemos visto morir a una mujer por aborto inseguro; conocemos a las pacientes, como son sus vidas cuando tienen embarazos e hijos en contextos de violencia y pobreza, ningún objetor puede decir que esas cosas no le tocan, pero no se hacen cargo.

Si la pureza moral no es una opción posible ni normativamente consistente, ¿qué hacer entonces cuando en la práctica profesional surge un conflicto moral y entre distintos deberes? Aquí es donde surge, creemos, un tercer malentendido que contribuye a una descripción imprecisa de la OC. A diferencia de lo que suelen plantear las definiciones habituales de OC, la conciencia no sólo está compuesta por convicciones morales “conflictivas” (internas) con la obligación legal (externa) de atender pacientes que requieren una IVE, sino que la conciencia de cualquier persona, también la de unx profesional de la salud, está informada por múltiples fuentes de creencias y valores.

Unx profesional que tiene determinada creencia moral respecto la sacralidad de la vida humana desde la concepción, no tiene esa única creencia vis a vis la obligación legal de prestación de servicios de ILE, sino que su conciencia necesariamente está formada por otros principios éticos como son la autonomía y la beneficencia.⁶⁶ Puesto así, el primer eventual conflicto que experimentará unx profesional de la salud es de carácter interno, y por tanto, debe hacer una evaluación de qué creencia o principio privilegiará, o de qué manera pueden combinarse.

En cualquier caso, la OC a prestar atención en casos de ILE también supone dejar de lado ciertos deberes morales y profesionales relacionados a la autonomía (de la paciente), el deber de beneficencia, la justicia, la solidaridad en el equipo, entre otros. Estos, son costos morales que muchas veces se pasan por alto. La propia práctica profesional en la salud está sustentada en valores, creencias y

experiencias con contenido normativo, que deben tener un espacio privilegiado al momento de evaluar una situación compleja moralmente.⁶⁷ Así, el 55,7% de lxs profesionales encuestados opina que la OC implica un incumplimiento de deberes profesionales que van más allá de la no provisión de los servicios objetados.

En síntesis, la OC no es resultado solamente de un conflicto entre una creencia moral interna y una obligación externa sino es también, y, ante todo, un conflicto moral interno entre varias creencias y principios que deben informar a la conciencia de un profesional. Y justamente por eso, cuando se objeta para exceptuarse del cumplimiento de un deber profesional y legal, hay una dimensión moral costosa: se privilegia una creencia personal determinada por sobre un conjunto de principios morales, además de deberes legales y profesionales que también están llamados a guiar el comportamiento profesional.

Por todo esto entendemos que es impreciso denominar “objeción de conciencia” a esta negación a proveer servicios de ILE, tal como desarrollaremos a continuación.

1.6 Renombrar a partir de la práctica

En esta sección analizamos los desafíos semánticos del término OC para referir al

fenómeno en estudio. Identificamos los problemas más importantes y defendemos una nueva designación, por entenderla más precisa: negación a la provisión de servicios de ILE por razones morales o religiosas.

Primer problema: el ejercicio a conciencia lo realizan todxs lxs profesionales de la salud; al menos así debemos asumirlo teóricamente. Justamente ese es uno de los problemas del término “objeción de conciencia”, facilita un monopolio del término conciencia a lxs profesionales que, paradójicamente, niegan la atención de salud a unx paciente quien, en ejercicio también de su conciencia, solicita una ILE. Como señalan Nejaime y Siegel “en estos días, los conservadores parecen ser los propietarios de la conciencia”.⁶⁸

Un segundo problema de esta expresión, directamente vinculado al anterior, es que la equivalencia de la conciencia con la no prestación de abortos contribuye a la estigmatización de quienes sí proveen este servicio. En efecto, la falta de reconocimiento de las tareas de quienes proveen servicios de IVE como ejercicios de conciencia, dificulta –aún más– la legitimación de estxs profesionales, profundiza la estigmatización de la práctica y de lxs profesionales, y sostiene la falsa idea de que la conciencia pertenece a quienes niegan servicios de salud.

Un tercer problema del uso de esta terminología es que ha llevado a puntos ciegos, tanto prácticos como teóricos, respecto a decisiones de conciencia de ofrecer servicios de salud incluso en los contextos más hostiles. Así, cuenta Harris, que “a lo largo de los últimos 40 años, se ha naturalizado la idea de que la atención basada en la conciencia se reduce a la negación a la provisión de servicios”.⁶⁹ En otras palabras, el término OC pone el acento en la negación y deja de lado la acción de proveer servicios a conciencia. Esta asimetría no puede salvarse alegando una distinción entre acción y omisión de una conducta considerada incorrecta por la persona, pues como apunta Wicclair “la integridad moral puede ser lesionada tanto por actuar contra las convicciones morales propias, como por omitir una

acción que es requerida con base en esas mismas convicciones”.⁷⁰

Un cuarto problema del término OC es que recrea de manera incompleta la escena. Lxs profesionales que piden exceptuarse del cumplimiento de un deber legal no sólo están objetando, sino que están negando esa atención a alguien. Por el contrario, hablar de negación de brindar servicios de IVE por razones morales o religiosas, o versiones similares, visibiliza de forma completa y sintetiza el comportamiento. Por este motivo es una denominación más justa.

Finalmente, es problemático tomar el término OC que surgió con el servicio militar obligatorio, pues no es sino con muchas dificultades que podemos aplicarla en el campo de la salud, dadas las diferencias que hemos venido señalando en este trabajo.

Entonces, nuestra propuesta es más que un cambio de nombre. Se trata de dar con el término que mejor dé cuenta del comportamiento, de la escena en que se desarrolla y de sus elementos. Existen experiencias que muestran cómo estos cambios nunca son sólo semánticos. Sucedió un cambio más que simbólico cuando abandonamos el término “aborto no punible” y empezamos a hablar de ILE (interrupción legal del embarazo) en la Argentina: el marco de sentidos desde donde se pensaba y actuaba ha cambiado, y se ha pasado (gradualmente) del paradigma de la punibilidad al de la legalidad, aunque continúe siendo el mismo y viejo artículo 86 del Código Penal de 1921.

Además, no sería la primera vez que el feminismo busque dar con nuevos nombres a lo que ocurre en la práctica,⁷¹ ya sea para visibilizar lo ocultado o naturalizado, para darle magnitud a la injusticia, para cambiar y disputar la significación de los hechos: de “crímenes pasionales” a “violencia de género”, de “tareas domésticas hechas por amor” a “tareas de cuidado no remuneradas”, de “homicidio por emoción violenta” a “femicidio”, entre otras expresiones que denotan nuevas miradas

y acciones sobre históricos y persistentes problemas sociales.

No somos únicamente nosotras, las autoras de este trabajo, quienes proponemos en este cambio. En un documento reciente la International Women's Health Coalition, asumió también el desafío de cuestionar la denominación de la OC, argumentando que la cooptación de este término por los grupos contrarios al derecho al aborto muestra su insuficiencia para capturar en sentido de la excepción permitida legalmente. Por ello, argumentan, las políticas que acomodan estas excepciones deben enmarcarse principalmente en la garantía de acceso y asegurar que se sopesen adecuadamente el daño probable a las solicitantes de los servicios.⁷² En el mismo sentido, la organización Mujer y Salud de Uruguay (MYSU) viene denunciando desde 2015 el uso abusivo de la OC señalando que sus consecuencias para el acceso a los abortos legales, y demandando una redefinición y regulación efectiva.⁷³ Amnistía Internacional en Chile, a propósito del protocolo de OC al aborto, también ha llamado la atención sobre las particularidades que existe en la OC sanitaria, en especial frente al aborto, y ha pedido por una regulación que contemple el impacto del uso de la objeción.⁷⁴

La OC tiene una connotación moral muy poderosa; incluso hay quienes se autodenominan “objetores” con tono y pose orgullosa; una identidad cristalizada “positivamente” en muchas provincias (vis a vis “lxs aborterxs” que hacen el “trabajo sucio”), lo cual dificulta, aún más, los cambios actitudinales hacia la provisión de servicios de ILE.

Finalmente, cabe señalar que el cambio de término no recorta prerrogativas a lxs profesionales de la salud, sino que sólo recepta de forma más precisa el comportamiento en cuestión. ■

Notas

- ¹⁷ Ariza Navarrete (2015); Cook y Dickens (2006); Clarke (2016a); Fiala y Arthur (2014); Doctor Global for Choice (2010); Bueno de Mesquita y Finer (2008); Fink *et al.* (2016). Harries *et al.* (2014); Heino *et al.* (2013), pp. 231-233; Ramón Michel (2012b); González Vélez y Gil Urbano (2016); Casas (2005).
- ¹⁸ Aunque la proporción total de respuesta en la encuesta fue muy alta (proporción de respuesta completa 71,7%), la diferencia entre la pregunta sobre la religión con la que se identifican (93,5%) y proporción de respuesta de las preguntas sobre la opinión acerca de si la OC debería estar permitida (71,1%) es significativa.
- ¹⁹ Ariza Navarrete (2018).
- ²⁰ Fiala *et al.* (2016).
- ²¹ Fiala *et al.* (2016).
- ²² Navarro Valls (1986).
- ²³ Ariza Navarrete (2013).
- ²⁴ Stahl y Ezequiel (2017).
- ²⁵ Nejaime y Siegel (2017); Ariza Navarrete (2015).
- ²⁶ Fiala y Arthur (2017). Traducción propia del texto original en inglés.
- ²⁷ En Buenos Aires, ver “Debate histórico: Austral, Bazterrica, Fleni y otras clínicas se unen contra el proyecto de ley que legaliza el aborto”. *Clarín*. Junio, 2018. Disponible en: https://www.clarin.com/sociedad/aborto-fleni-austral-bazterrica-clinicas-unen-proyecto-ley-legaliza_0_ryAwtqAxm.html. Ver “Clínicas privadas advierten que no harán abortos y piden respetar las objeciones”. *Los Andes*. Junio, 2018. Disponible en: <https://losandes.com.ar/article/view?slug=clinicas-privadas-advierten-que-no-haran-abortos-y-piden-respetar-las-objeciones>. Ver “Aborto: Clínicas rechazan la prohibición de la objeción de conciencia”. *El Once*. Junio, 2018. Disponible en: <https://www.elonce.com/secciones/sociedad/553193-aborto-clinicas-rechazan-la-prohibicion-de-la-objecion-de-conciencia>. Ver “Aborto: El Hospital Austral pide que se incluya la objeción de conciencia institucional”. *La Nación*. Junio, 2018. Disponible en: <https://www.lanacion.com.ar/2145205-aborto-el-hospital-austral-pide-que-se-incluya-la-objecion-de-conciencia-institucional>. Rosario. “Debate histórico. Aborto: Crece la presión para que se permita la objeción de conciencia institucional”. *Clarín*. Junio, 2018. Disponible en: https://www.clarin.com/sociedad/aborto-crece-presion-permita-objecion-conciencia-institucional_0_HJhg_rdbX.html. En Córdoba, ver “Ley de aborto legal: Tres clínicas de San Francisco piden que no se las obligue a cumplirla”. *La Voz*. Junio, 2018. Disponible en: <http://www.lavoz.com.ar/ciudadanos/ley-de-aborto-legal-tres-clinicas-de-san-francisco-piden-que-no-se-las-obligue-cumplirla>. Ver “Aborto legal: Tres clínicas locales rechazan norma por objeción de conciencia”. *La Voz de San Justo*. Junio, 2018. Disponible en: <http://www.lavozdesanjusto.com.ar/noticias/articulo/aborto-legal-tres-clinicas-locales-rechazan-la-norma-por-objecion-de-conciencia-40959>. Ver “Por ‘objeción de conciencia’ clínicas privadas rechazan el aborto legal”. *La Nueva Mañana*. Junio, 2018. Disponible en: <https://lmdiarior.com.ar/noticia/74372/por-objecion-de-conciencia-clinicas-privadas-rechazan-el-aborto-legal>. Ver “El Hospital Privado no quiere subirse al ‘negocio’ del aborto: Pide objeción de conciencia institucional”. *Infonegocios*. Junio, 2018. Disponible en: <https://infonegocios.info/que-esta-pasando/el-hospital-privado-no-quiere-subirse-al-negocio-del-aborto-pide-objecion-de-conciencia-institucional>. Ver Fernández, Marcela. “Aborto legal: La grieta aparece ahora entre las clínicas cordobesas”. *Perfil*. Junio, 2018. Disponible en: <http://www.perfil.com/noticias/cordoba/aborto-legal-la-grieta-aparece-ahora-entre-las-clinicas-cordobesas.phtml>. Ver “Comunicado de instituciones sanitarias”. Universidad Católica de Córdoba (UCCOR). 2018. Disponible en: <https://www.uccor.edu.ar/novedades/comunicado-de-instituciones-sanitarias>. Ver Dellatorre, Diego. “El primer rechazo cordobés: Una clínica se opone al proyecto sobre el aborto”. *Eldoce.tv*. Junio, 2018. Disponible en: https://eldoce.tv/sociedad/prim-er-rechazo-cordoba-clinica-se-opone-proyecto-aborto-legal-hospital-privado-objecion-conciencia_67473. En

- Salta, ver “Aborto: Una clínica salteña pidió que se respete la objeción de conciencia institucional”. *Informatesalta*. Junio, 2018. Disponible en: <http://informatesalta.com.ar/noticia/157355/aborto-imac-pido-que-se-respete-la-objecion-de-conciencia-institucional>. En Misiones, ver “Aborto: Desde el Hospital Materno Neonatal adelantaron que el ‘100% de los médicos’ apelaría a la objeción de conciencia”. *MisionesOnline*. Junio, 2018. Disponible en: <http://misionesonline.net/2018/06/15/aborto-desde-hospital-materno-neonatal-adelantaron-100-los-medicos-apelaria-la-objecion-conciencia>. En Santa Fe, ver “En el Iturraspe todos los médicos son objetores de conciencia”. *LT10*. Junio, 2018. Disponible en: <http://www.lt10.com.ar/noticia/220751--en-el-iturraspe-todos-los-medicos-son-objetores-de-conciencia>.
- 28 El recurso a la OC en la Iglesia Católica es también un fenómeno reciente, en primer momento cuando surge la OC frente al servicio militar la Iglesia no se pronunció, sin embargo, frente a leyes que consagran libertades civiles, apareció en esta institución la idea de reaccionar frente a las leyes injustas. Por ejemplo, “Iustitia et pax” de la conferencia episcopal italiana en 1991, se pronunció respecto de la OC, aclarando que su legitimidad moral radica no en la autonomía de las personas, o en el rechazo de la ley del Estado, sino en la coherencia entre los fundamentos morales de la ley civil y la fidelidad a los mandatos religiosos (nota pastoral *Educare alla legalità*, 4 de octubre de 1991, N° 14, en “Notiziario della C.E.I.”, N° 8 [30 de mayo de 1991]). Más recientemente, se ha integrado el discurso de los derechos humanos para justificar el recurso a la OC por parte de la feigresía católica, ver, por ejemplo: “La objeción de conciencia es un derecho humano, así lo expresa el Papa Francisco”. *Aciprensa*. Septiembre, 2015. Disponible en: <https://www.aciprensa.com/noticias/la-objecion-de-conciencia-es-un-derecho-humano-expresa-el-papa-francisco-46909>.
- 29 Ver Aurelio, Tomás. “Obispos arman otro proyecto y hablan de objeción de conciencia”. *Diario Perfil*. Marzo, 2018. Disponible en: <http://www.perfil.com/noticias/politica/obispos-arman-otro-proyecto-y-hablan-de-objecion-de-conciencia.phtml>.
- 30 En la provincia de Misiones, por ejemplo, en el marco del debate por la despenalización del aborto en 2018, todxs lxs profesionales del Hospital Materno Neonatal, amenazaron con ejercer la OC en conjunto si se aprobaba la ley discutida en el Congreso. Aseguraron, además que esa era la forma en que venían actuando frente al aborto por causales. Esta actuación consensuada del servicio se aleja de los presupuestos de la objeción que tiene un carácter individual y pasivo, para convertirse en una resistencia colectiva, activa e ilegal, frente al derecho al aborto. Ver, por ejemplo, Azarkevich, Ernesto. “Aborto: Anticipan que todos los médicos de un hospital de Misiones apelarán a la objeción de conciencia”. *Clarín*, Sociedad. Junio, 2018. Disponible en: https://www.clarin.com/sociedad/aborto-anticipan-medicos-hospital-misiones-apelarian-objecion-conciencia_0_Hk336AMWX.html.
- 31 Ramón Michel, Agustina (Mimeo); Feder (2005); Chavkin, Swerdlow y Fifield (2017).
- 32 Stahl y Ezequiel (2017); Ariza Navarrete (2018); Heino *et al.* (2013), p. 231.
- 33 Chavkin *et al.* (2013); Ariza Navarrete (2018).
- 34 Fiala y Arthur (2017); Ariza Navarrete (2015, 2018).
- 35 Clarke (2017b); Triviño (2014).
- 36 Clarke (2017b).
- 37 Ídem.
- 38 Clarke (2017b); Ariza Navarrete (2015).
- 39 “Médicos riojanos en pie de guerra contra el aborto legal”. *Rioja Virtual*. Junio, 2018.
- 40 Alegre (2009).
- 41 Fiala y Arthur (2017).
- 42 Stahl y Ezequiel (2017).
- 43 McGill (1968).
- 44 Véase la afectación de la maternidad temprana sobre las adolescentes (Pantelides, 2016).
- 45 Ver, por ejemplo, “La muerte de Ana María Acevedo: Bandera de lucha para el movimiento de mujeres. Multisectorial de Mujeres Santa Fe, Argentina”. *AWID. Women’s Rights*. Disponible en: https://www.awid.org/sites/default/files/atoms/files/cf_casestudy_acevedo_sp.pdf.
- Intervención de la señora Norma Cuevas, madre de Ana María Acevedo en la Cámara de Representantes del Congreso de la Nación Argentina, 2018. Disponible en: <https://www.youtube.com/watch?v=7ALDuY8-LxI>.
- 46 “Ni con el aval del Máximo Tribunal”. *Página 12*. Septiembre, 2007.
- 47 “Los médicos prefieren que decida el juez”. *La Gaceta*. Julio, 2010.
- 48 “Aborto: Anticipan que todos los médicos de un hospital de Misiones apelarán a la objeción de conciencia”. *Clarín*. Junio, 2018. “Imaginate, nos ponen en una controversia”. *Página 12*. Junio, 2018. “Más de 200 nenas violadas fueron obligadas a parir en Misiones”. *TN*. Julio, 2017.
- 49 “‘El 90% del personal de salud no va a hacer abortos’: Fuerte advertencia de médicos del Chaco”. *Infobae*. Julio, 2018. Disponible en: <https://www.infobae.com/politica/2018/07/04/el-90-del-personal-de-salud-no-va-a-hacer-abortos-fuerte-advertencia-de-medicos-del-chaco>.
- 50 Nejaime y Siegel (2017).
- 51 Ídem.
- 52 Harris (2012b).
- 53 O, como lo releva un estudio sobre la percepción de lxs proveedores de aborto legal realizado en 2012, la atención de la ILE se asociaba con expresiones como “trabajo sucio” y “poco científico” (Sulick y Zamberlin, 2012).
- 54 Harris *et al.* (2014).
- 55 Esto va modificándose muy lentamente, aunque sin alterar el *estatus quo* de impunidad. Por ejemplo, un juez penal de Esquel, Oscar Colabelli, quien impidió el acceso a la ILE a una niña de 12 años víctima de violación, fue sancionado por el Tribunal de Justicia Superior Provincial, multándolo por “falta grave” y “abuso de poder”. Ver Carbajal, Mariana. “La ‘falta grave’ de no respetar la ley”. *Página 12*. Septiembre, 2014. Disponible en: <https://www.pagina12.com.ar/diario/sociedad/3-255024-2014-09-11.html>. En Santa Fe, el Tribunal de Ética y Disciplina del Colegio de Psicólogos de Rosario sancionó a una psicóloga por obstaculizar e interponerse a que una niña de 11 años, con discapacidad y que había sido abusada sexualmente por su padrastro, se realizara una ILE en el Hospital Iturraspe. Ver “Sancionan a una psicóloga por obstaculizar un aborto terapéutico a una niña de 11 años”. *Pausa Periódico Digital*. Abril, 2017. Disponible en: <http://www.pausa.com.ar/2017/04/sancion-an-a-una-psicologa-por-obstaculizar-un-aborto-terapeutico-a-una-nina-de-11-anos>. Y, por supuesto, el caso de Ana María Acevedo.
- 56 Ver, por ejemplo, “Tucumán: Amenazan a una médica que le realizó un aborto a una nena que fue violada”. *Perfil*. Julio, 2018. Disponible en: <https://www.perfil.com/noticias/sociedad/tucuman-amenazan-a-una-medica-que-realizo-un-aborto-a-una-nena-abusada.phtml>. “Los antiderechos a la carga”. *Página 12*. Julio, 2018. Disponible en: <https://www.pagina12.com.ar/127344-los-antiderechos-a-la-carga>.
- 57 Ramón Michel y Cavallo (2014).
- 58 Vaggione (2012).
- 59 Ver, por ejemplo, “El Papa defiende la objeción de conciencia de médicos a favor de la vida”. *Zenit*. Junio, 2001. Disponible en: <https://es.zenit.org/articulos/el-papa-defiende-la-objecion-de-conciencia-de-medicos-a-favor-de-la-vida>.
- 60 Ramón Michel y Cavallo (2014).
- 61 Sepper (2002).
- 62 Ramón Michel y Cavallo (2014).
- 63 Bogaert (2002).
- 64 Harris (2012a).
- 65 Harris (2012a), p. 1.199.
- 66 Sepper (2002).
- 67 Minow (2009), citado por Ramón Michel y Cavallo (2014).

⁶⁸ Traducción propia del inglés.

⁶⁹ Harris (2012b), p. 981. Traducción propia del inglés.

⁷⁰ Wicclair (2011).

⁷¹ Van Den Bergh (1987).

⁷² Truong y Wood (2018).

⁷³ MYSU (2017).

⁷⁴ Piquer (2017).

Parte 2

Propuesta de regulación
sobre objeción de conciencia

2.1 Introducción

Los debates legislativos sobre la despenalización y legalización del aborto han estado acompañados por la discusión sobre la posibilidad de profesionales de la salud de eximirse de brindar tales servicios por razones morales o religiosas, lo que se ha llamado desde hace unas décadas *objeción de conciencia* (OC), y que nosotras llamaremos “negación a la provisión de servicios por razones morales o religiosas” para ser más precisas.

El objetivo principal de esta sección es proponer una regulación para esta negación –valiéndonos de las opiniones, información y otra evidencia recolectadas y la reconceptualización propuesta como parte de esta investigación– para que pueda servir como base en las discusiones sobre la ampliación del derecho al aborto tanto en Argentina como en otros países.

2.2 La objeción de conciencia frente a la IVE en Argentina

Dado que la ILE es la prestación de salud reproductiva más objetada en el país,⁷⁵ es imprescindible discutir opciones para abordar los casos de profesionales que se niegan a proveer este servicio alegando razones morales. Esta regulación resul-

ta imperiosa, tanto en el régimen actual de causales, como si queremos que la ley que eventualmente permita la IVE (interrupción voluntaria del embarazo en un sistema mixto) tenga aplicación efectiva en todo el país.

Hay una variedad de factores que han dificultado que muchxs profesionales de la salud provean adecuadamente servicios de ILE. Estos abarcan desde la falta de insumos, entrenamiento, conocimiento sobre las técnicas, dudas acerca de la legalidad de las causales o cómo constatarlas, miedos sociales, hasta rechazos alimentados por sesgos paternalistas, machistas y racistas, entre otros. Un factor clave ha sido la presencia o ausencia, según cada jurisdicción, de una política pública que incorpore y reglamente este servicio, dándole legitimidad. Esta situación ha generado todo tipo de distorsiones, miedos, sesgos y arbitrariedades en la atención de la salud. En muchos casos, estos comportamientos ilegales se resguardaron bajo el paraguas de una supuesta OC, que se ha convertido en un dispositivo de evasión de costos y problemas, una válvula de escape, dado el contexto precario en el que se realiza la provisión de servicios.

La Corte Suprema de la Nación en 2012,⁷⁶ reconoció la OC individual frente a la IVE, instando el establecimiento de una regulación que impida que su ejercicio lesione los derechos de las gestantes.⁷⁷

El Congreso, así como las autoridades sanitarias y legislativas provinciales, debe poder encontrar una configuración que haga posible respetar esta negación a proveer servicios de IVE sin que se convierta en un mecanismo obstructivo. Asimismo, deberá reglamentarse esta figura para que conserve su carácter excepcional pues, al fin y al cabo, habilita el incumplimiento de una obligación legal que recaerá sobre otrxs profesionales de la salud y que podría afectará la organización de los servicios de salud, y el acceso a la IVE de múltiples maneras.

El proyecto de regulación de la IVE bajo el sistema mixto (con un plazo hasta las

14 semanas y causales después de ese período), que fue discutido en el Congreso argentino y rechazado el 8 de agosto de 2018 en el Senado por una escasa diferencia, en su artículo 15 regulaba la OC.⁷⁸ El artículo contemplaba el alcance general de la excepción, las formalidades requeridas, los límites asociados a su ejercicio y la responsabilidad institucional de garantía de acceso a la IVE. Aunque esta propuesta se ajustaba en gran medida a los estándares nacionales e internacionales en la materia, requeriría un desarrollo reglamentario que permitiera poner en práctica las disposiciones y aclarar aspectos como los deberes específicos de las autoridades sanitarias de los distintos niveles para la garantía del acceso a las prácticas en estos casos.

Dado que el debate continúa abierto tras el rechazo del proyecto y se abre en distintos países de América Latina, a continuación, presentamos una propuesta regulatoria para la *negación a la provisión de servicios de IVE por razones morales o religiosas*.

Si bien, tomamos como referencia el caso argentino para proponer una cláusula legal con su reglamentación correspondiente, esperamos que con los ajustes pertinentes pueda servir como modelo en otros países o jurisdicciones locales.

En primer lugar, presentamos una cláusula que podría incorporarse a un proyecto de ley sobre despenalización y legalización de la IVE. En segundo lugar, proponemos la reglamentación que desarrolla el modelo presentado en la cláusula legal. Este último comprende acciones más amplias de garantía de acceso a las IVE, pues estimamos que la política pública debe tener como centro la provisión de los servicios y su accesibilidad, sobre todo, cuando se lidia con la OC. Por último, acompañamos una justificación de la regulación propuesta.

2.3 Propuesta regulatoria: negación a la provisión de servicios de IVE por razones morales o religiosas

2.3.1 Cláusula para una ley de despenalización y legalización de la IVE

Art. 1.- El/la profesional de salud, que deba intervenir de manera directa en la IVE, podrá negarse a la provisión de dicha práctica por razones morales o religiosas, mediante manifestación previa y por escrito dirigida a la máxima autoridad del efector de salud, acompañando los motivos de dicha negación.

Toda/o profesional que se niegue a la provisión de IVE por razones morales o religiosas deberá:

- a) mantener su negación en todos los ámbitos público y privado en que se desempeñe;
- b) suministrar información veraz, suficiente y clara a la persona gestante;

- c) derivar de buena fe a la persona gestante a un profesional disponible para que realice la práctica sin que ello suponga cargas desproporcionadas para la solicitante.

El incumplimiento de lo previsto impedirá el ejercicio de la negación a proveer el servicio por razones morales o religiosas, y dará lugar a las sanciones disciplinarias, administrativas, penales y civiles, según corresponda.

Art. 2.- El/la profesional de salud no podrá negarse a la provisión de ILE por razones morales o religiosas cuando:

- a) se trate de casos de urgencia o cuando no se disponga de personal para realizarlas en el servicio de salud donde desempeña sus tareas;
- b) se trate de un/a profesional que ejerza una jefatura de servicio de salud o coordinación de equipos de salud.

2.3.2 Cláusulas para la reglamentación de la ley de despenalización y legalización de la IVE

Art. 1.- El/la profesional de salud que deba intervenir de manera directa en la IVE, podrá negarse a la provisión de la IVE por razones morales o religiosas, debiendo cumplir en todos los casos con el resto de sus deberes profesionales y obligaciones jurídicas, y sin que su negación obstaculice los derechos de las gestantes, especialmente sus derechos a la salud, a la autonomía y a la no discriminación.

No serán consideradas razones morales o religiosas aquellas originadas en el desconocimiento de la evidencia científica validada o los estándares legales vigentes, ni en creencias o prácticas discriminatorias.

Art. 2.- Toda/o profesional que se niegue a la provisión de IVE por razones morales o religiosas deberá:

- a) mantener su negación en todos los ámbitos públicos y privados en que se desempeñe. Se acepta la negación parcial a la provisión de IVE limitada por edad gestacional o por el método de la práctica, siempre que se refiera a la actuación del/a profesional y no a las características de la persona gestante;
- b) suministrar información veraz, suficiente y clara, de acuerdo con las capacidades y condiciones de la gestante, respetando su derecho a participar y se oída durante la atención;
- c) derivar de buena fe de forma que ello no suponga cargas desproporcionadas o retrase la atención para la gestante;
- d) cumplir con las prestaciones sustitutorias que fueran establecidas por las autoridades sanitarias para la redistribución de tareas dentro del servicio;
- e) adoptar todas las medidas adicionales necesarias para garantizar el acceso a la práctica, de acuerdo con la regulación vigente para ese fin.

Art. 3.- El/la profesional de salud no podrá negarse a la provisión de IVE por razones morales o religiosas cuando:

- a) se trate de casos de urgencia;
- b) cuando no se disponga de personal para realizar la IVE en el servicio de salud donde desempeña sus tareas o de un esquema de derivación previamente acordado;
- c) se trate de un/a profesional que ejerza una jefatura de servicio de salud

o coordinación de equipos de salud, por ser garantes institucionales del acceso a las prácticas.

Art. 4.- Para el ejercicio de la negación a la provisión de IVE por razones morales o religiosas, el/la profesional deberá informarlo de manera previa y por escrito a la máxima autoridad del efector de salud en el que presta sus servicios, acompañando los motivos de dicha negación. El/la profesional podrá retirar su negación en cualquier momento mediante manifestación por escrito dirigido a la máxima autoridad del efector.

Art. 5.- El incumplimiento de lo previsto en los artículos 1, 2, 3 y 4 impedirá el ejercicio de la negación a la provisión de la IVE por razones morales o religiosas, y dará lugar a las sanciones disciplinarias, administrativas, penales y civiles que corresponda.

Art. 6.- La máxima autoridad del efector de salud será responsable de garantizar el acceso a la IVE y el ejercicio de la negación a la provisión de la práctica por razones morales o religiosas. Para cumplir con estas obligaciones deberá:

- a) remitir la información sobre la disponibilidad de profesionales para la provisión de IVE a la autoridad sanitaria de su jurisdicción;
- b) diseñar y monitorear mecanismos de derivación adecuados, en caso de presentarse negaciones a la provisión de la IVE por razones morales o religiosas, para asegurar el acceso sin dilaciones indebidas a las prácticas;
- c) Diseñar y monitorear la implementación de mecanismos de incentivo para la provisión de IVE y de rendición de cuentas sobre la negación a la provisión de dicha práctica. Para ello podrá establecer tareas sustitutorias para la redistribución de las cargas laborales al interior de los equipos.
- d) promover la formación continua con perspectiva de género y derechos humanos del personal de salud, acorde con el avance científico y tecnológico.

Art. 7.- Las obras sociales, las empresas de medicina prepaga y demás agentes del seguro de salud deberán adoptar las medidas necesarias para garantizar que las negaciones a la provisión de IVE por razones morales o religiosas no constituyan un obstáculo para el acceso a dichas prácticas por parte de sus afiliadas.

Art. 8.- En cada jurisdicción habrá un órgano de garantía del acceso a la IVE encargado de coordinar y articular con las máximas autoridades de la totalidad de los efectores de salud, las condiciones adecuadas para que los equipos de salud puedan garantizar el acceso a la IVE y para el ejercicio de la negación a la provisión basada en razones morales o religiosas. Con esos objetivos el órgano de garantía del acceso a la IVE deberá:

- a) asegurar que una cantidad plural de personal activo en todos los servicios de salud correspondientes en cada efector estén disponibles para la provisión de la práctica objeto de la presente ley;
- b) especificar criterios de idoneidad para los cargos relacionados con la provisión de IVE para asegurar el personal activo establecido en el inciso anterior;
- c) adoptar las medidas y estímulos necesarios para la implementación de las disposiciones de esta ley, incluyendo la reorganización de los servicios de salud;
- d) promover la formación continua con perspectiva de género y derechos humanos del personal de salud, acorde con el avance científico y tecnológico.

Art. 9.- Para garantizar el acceso a la IVE, la Dirección Nacional de Salud Sexual y Procreación Responsable deberá:

- a) elaborar, implementar y monitorear un Plan Nacional de Acción para la garantía del acceso a la IVE, que incluya mecanismos de incentivo, financiero y/o de otra naturaleza, y de rendición de cuentas;

- b)** apoyar las labores de los órganos jurisdiccionales de garantía de los derechos relacionados con la provisión de la IVE;
- c)** articular acciones para el cumplimiento de la presente ley con el subsector público, las obras sociales y las empresas de medicina prepaga.
- d)** desarrollar programas de asistencia técnica y capacitación en las distintas jurisdicciones a fin de fortalecer el trabajo de los equipos de provisión de IVE y garantizar que el ejercicio de la negación basada en razones morales o religiosas no constituya una barrera para el acceso a la salud de las gestantes;
- e)** desarrollar con las distintas jurisdicciones los criterios, modalidad de registro e indicadores básicos sobre la provisión de la IVE, asegurando la reserva de la información de las gestantes que soliciten la práctica;
- f)** establecer un mecanismo accesible y confidencial para que las gestantes, personal de salud y sociedad civil puedan denunciar los casos de obstaculización en el acceso a la IVE;
- g)** relevar información sobre las distintas jurisdicciones y realizar un informe anual sobre el estado de acceso a la IVE;
- h)** promover, a través del Consejo Federal de Salud (COFESA), el desarrollo de acciones coordinadas con las jurisdicciones provinciales y de la Ciudad de Buenos Aires para la implementación de mecanismos de incentivo, financiero y/o de otra naturaleza, y de rendición de cuentas verticales y horizontales con participación social, y para mejorar el acceso a la IVE.

2.4 Justificación

La regulación propuesta parte de reemplazar el término OC por el de “negación a la provisión de servicios de IVE por razones morales o religiosas”, por considerar-

lo un término más preciso y justo con quienes a conciencia proveen o solicitan estos servicios. Teniendo en cuenta que una proporción importante (42%) de las personas encuestadas para la construcción de esta propuesta consideró que el estigma asociado a la provisión de servicios es una de las razones que lleva a lxs profesionales a la OC, creemos que es fundamental promover un cambio en la legitimidad de la provisión de servicios y en ese sentido, sugerimos esta nueva denominación.

La regulación propuesta abarca cuatro temas relevantes en la regulación de la negativa a proveer servicios de aborto legal por razones morales o religiosas: **a.** La extensión y deberes asociados con esta negación. **b.** Límites asociados a esta negación. **c.** La forma en que esta negativa debe expresarse para que sea válida. **d.** La asignación de responsabilidades institucionales de garantía de acceso a las IVE. **e.** Las responsabilidades de coordinación y gestión provincial y nacional para la garantía de acceso efectivo a las IVE que permitan el correcto ejercicio de estas negativas.

A continuación, delineamos las razones que justifican algunas de las propuestas incorporadas para el abordaje de esta excepción, para las que consideramos se requiere mayor detalle.

a) La extensión y deberes asociados con la negación a la provisión de IVE por razones morales o religiosas

La propuesta establece que la negativa sólo puede basarse en razones morales o religiosas, pues el fundamento constitucional de esta excepción a cumplir con un deber legal es la libertad de conciencia que, en este caso, implica la protección de la integridad moral de las personas.

1. Solo se permite para profesionales que realizan directamente la IVE

Se establece que *esta excepción se concede únicamente a lxs profesionales de la salud que deban intervenir de manera directa en la IVE y no se extiende a las instituciones por no tener conciencia*. Se reconoce únicamente a quienes tienen la obligación de realizar las prácticas, ya sea quirúrgicamente o mediante la prescripción de medicamentos (ej.: misoprostol y/o mifepristona). Lxs demás integrantes de equipos de salud como enfermerxs, auxiliares, que

intervienen en etapas previas y posteriores no pueden ejercer esta excepción por cuanto el grado de involucramiento en la práctica no tiene la misma entidad y por el efecto sobre el acceso a los servicios. La OC protege la integridad moral de una persona que debe realizar una acción que considera inmoral en un grado tal que de realizarla se destruiría moralmente; esto podría suceder en relación con la realización de una aspiración manual endouterina (AMEU), pero no en la aplicación de un analgésico, anestesia o limpiar la sala de procedimientos. Estas últimas acciones no tienen por finalidad interrumpir un embarazo, sino proveer cuidados y condiciones para que las gestantes transiten la práctica o se recuperen en debida forma, por tanto, no estarían cobijadas por la excepción.

2. Se permite para personas naturales exclusivamente

Hay una inconsistencia lógica y jurídica en reconocer esta excepción a las instituciones: i) la conciencia es una condición intrínseca e individual de los seres vivos, por ello, en sentido estricto, ninguna institución puede experimentar culpa, ni sufrimiento por lesiones a su identidad moral; ii) este reconocimiento puede atentar contra la libertad de conciencia de aquellxs profesionales que se sienten compelidos –en base a sus deberes profesiona-

les, legales y convicciones morales– a prestar atención a quienes necesitan una IVE en dichas instituciones;⁷⁹ iii) las instituciones privadas que proveen servicios de salud desarrollan funciones públicas y sociales esenciales, en consecuencia, el establecimiento de una excepción ampliada a la provisión de IVE, pondría en riesgo de manera desproporcionada el acceso a la salud de las personas que contratan paquetes de salud con las instituciones objeto-ras; iv) la objeción institucional genera una variedad de daños que justifican su limitación, dado que reduce dramáticamente las posibilidades de las personas gestantes de acceder a la IVE, sobre todo donde la oferta de servicios de salud es limitada, como sucede en ciudades medianas y pequeñas; v) la salud pública no debería asumir la provisión de todas las IVE si las personas tienen cobertura privada; vi) la objeción institucional sólo podría concretarse si se permitiera su ejercicio más allá de quienes participan directamente en la IVE, es decir extendiendo injustificadamente el permiso para ejercer esta excepción.⁸⁰

3. Deber de suministrar información sobre la IVE

La propuesta establece el deber de suministrar de forma oportuna, información veraz, suficiente y clara a la paciente respecto de la posibilidad de acceder a las IVE. Investigaciones e informes presentados a los organismos internacionales de derechos humanos y experiencias relevadas, al menos desde 2007 en Argentina, muestran que el acceso a la información sobre los servicios de IVE es deficiente.⁸¹ En el país la información acerca de las causales de legalidad del aborto que se incorporaron el código penal en 1921 ha sido insuficiente, al punto que, tanto profesionales de la salud como la sociedad en general, desconocía el régimen legal vigente y las obligaciones de provisión de los servicios.⁸² Por ello, es necesario tener en cuenta esta tradición de falta de información⁸³ y exigir a todo el personal sanitario que entregue la información necesaria para que las gestantes puedan decidir y tener acceso a las prácticas.

4. Obligación de derivar de buena fe

La cláusula propuesta, remarca *la obligación de toda profesional que se niegue a la provisión de IVE por razones morales o religiosas de derivar de buena fe*. Como se ha hecho evidente, tanto en los informes de la sociedad civil⁸⁴ y en los fallos de las distintas cortes provinciales,⁸⁵ como en el fallo de la Corte Suprema de Justicia de la Nación de 2012,⁸⁶ uno de los obstáculos para el acceso efectivo a la ILE ha sido la falta de derivación adecuada, con la cual se somete a las pacientes a un peregrinaje por distintas instituciones y profesionales antes de recibir la atención que requieren, más aún por en esta práctica en la que el tiempo es clave.

En general, la IVE puede realizarse en todos los niveles de atención, por tanto, deberá derivarse prioritariamente a otro profesional dentro del mismo servicio, asegurando que la solicitante reciba atención inmediata, y que la negación no se convierta en un obstáculo. La solicitante deberá recibir todos los datos relacionados con la derivación: nombre de la profesional que realizará la práctica, el lugar, fecha y hora en que será atendida. Se deberá, además, realizar la remisión de la historia clínica que contenga el detalle del caso y de la información suministrada a la solicitante.

Para asegurar que la derivación sea efectiva, la propuesta asigna la responsabilidad a la máxima autoridad de cada efector, quien deberá conocer a los profesionales que se niegan a realizar IVE, y desarrollar los criterios y vínculos, tanto dentro del servicio como interinstitucionales, para asegurar de antemano que las solicitudes que se presenten puedan atenderse en forma oportuna.

5. Aceptación de la negación parcial por edad gestacional y técnica

Adicionalmente, *se acepta la negación parcial a la provisión de IVE limitada*

por edad gestacional o por el método de la práctica, siempre que se refiera a la actuación del/a profesional y no a las características de la persona gestante. Como se ha dicho, la regulación de la provisión de servicios de ILE debe darse con un fundamento pragmático prevalente. En este sentido, las experiencias comparadas de Uruguay y México han mostrado que el reconocimiento de la posibilidad de reconocer la posibilidad de exceptuarse de manera parcial, además de responder a la sensibilidad de algunos profesionales que están dispuestos a proveer servicios de IVE en las primeras semanas de gestación o a prescribir medicamentos para la IVE, pero encuentran un conflicto con edades gestacionales avanzadas o con la realización de abortos por Aspiración Manual Endouterina (AMEU), permite que la cantidad de servicios de IVE disponibles aumente en establecimientos en los que de otra forma las resistencias resultarían problemáticas.

Sin embargo, se aclara en la propuesta de regulación que esta excepción parcial no avala razones discriminatorias, como podrían ser la edad de la gestante, su origen nacional o étnico, su identidad de género, estado civil, el origen del embarazo, entre otras. La evidencia disponible muestra que los prejuicios y la discriminación contra las solicitantes de IVE es una fuente importante de negación de servicios de IVE.⁸⁷ Todas estas razones que resultan rechazando moralmente a la persona que requiere la IVE y no están referidas a la actuación misma de la profesional.

6. Deber de garantía de acceso afectivo a la IVE

Se consigna además la obligación de *tomar todas las medidas necesarias para la garantía del acceso a la práctica de acuerdo con la regulación vigente para tal fin*. La evidencia sobre el impacto de la OC en los servicios de IVE/ILE, ha mostrado que cuando los profesionales que se niegan a proveer un servicio, no cumplen con los deberes existentes para que la persona solicitante reciba

el servicio se afecta la calidad de la atención. Por ejemplo, en la encuesta realizada para esta propuesta el 47,5% consideró que la OC genera confusión en las solicitantes, un 54,2% indicó que la OC genera derivaciones inconducentes o con demoras. En el mismo sentido, un 55,7% consideró que quienes ejercen la OC incumplen con algunos de sus otros deberes profesionales. Por tanto, consideramos necesario, establecer explícitamente esta obligación, con el fin de asegurar que cada profesional que ejerza esta excepción sea responsable de que la solicitante sea atendida en debida forma. Para cumplir con esta obligación todos los profesionales deberán conocer la regulación vigente sobre aborto, la tecnología disponible para su práctica y los protocolos de acceso a los servicios.

b) Límites de la negación a proveer servicios de IVE por razones morales o religiosas

La propuesta incluye casos en los que la negación no podrá ejercerse pues han mostrado imponer barreras, usualmente insalvables, para garantizar el derecho a la salud de las pacientes y para el adecuado funcionamiento de las políticas públicas de salud reproductiva.

1. Casos de urgencia o que no puedan ser derivados de forma oportuna

Aunque los casos de urgencia son muy poco frecuentes, también los casos que no pueden derivarse, es importante establecer esta excepción pues podría poner en riesgo la vida de la mujer. Y resulta un acuerdo bastante extendido entre las regulaciones del mundo.

La falta de mecanismos de derivación o de posibilidades reales de atender a la gestante en otro servicio cuando no hay disponibilidad de proveedores,

impide el ejercicio de la negación. Esto por cuanto en lugares en los que no existe otro servicio razonablemente disponible, ya sea por razones geográficas, de cobertura o de las características de la gestante, se impondría una carga injustificada a la solicitante y se la sometería a la elevación del riesgo en la práctica. Por tanto, en estos casos, la gestante debe ser atendida inmediatamente, en otras palabras, la negación se suspende.

2. Cargos de gestión de personal

Se exceptúa el ejercicio de la negación a proveer la IVE cuando se trate de un/a profesional que ejerza una jefatura de servicio de salud o la coordinación de equipos de salud.

La evidencia producida y revisada para esta propuesta muestra de manera contundente que la postura sobre la provisión de ILE de los cargos de jerarquía dentro de los equipos de salud impacta incentivando o desincentivando la provisión de IVE. El 26% de los encuestados consideró que la OC se debe a mandatos expresos de jefaturas de servicio, y el 24,5% que se debe a su falta de liderazgo. De la misma forma en las entrevistas a coordinadores de programas de salud sexual y reproductiva, y profesionales a cargo de servicios, surgió de forma recurrente la necesidad de limitar la OC en los cargos de gestión para asegurar la correcta provisión de los servicios.

Los jefes de servicio organizan e imparten las directrices que informan, en la práctica, la atención que proveen sus servicios; además, están encargados de garantizar el acceso a todas las prestaciones sanitarias que competen a su servicio. La evidencia que surge tanto en fuentes primarias como secundarias da cuenta de la influencia que quienes ejercen la jefatura o coordinación de los servicios tienen sobre las personas integrantes de los equipos de salud.⁸⁸ Esto se da tanto por la estructura jerárquica de los servicios, como por la cul-

tura organizacional y la influencia profesional que tiene un jefe de servicio sobre los profesionales que trabajan a su cargo.⁸⁹ En respuesta a estas características de los servicios de salud se impone la obligación de garantizar que quienes ejerzan dichos cargos cumplirán con requisitos de idoneidad que permitan garantizar los servicios de IVE.

Esta restricción resulta razonable por dos motivos. Primero, porque la exención solo se permite a quienes tienen el deber de realizar de propia mano la IVE en este caso los integrantes del equipo de atención competente. Segundo, porque extender este permiso a quienes deben velar por la garantía de acceso a las prácticas implica permitir que se instituya una concepción moral prevalente dentro del equipo e incluso dentro de la institución.⁹⁰ Como se ha mostrado, la postura de quienes se encuentran en cargos jerárquicos, en la práctica siempre se refleja directa o indirectamente en el equipo.

La justificación legal de esta restricción se encuentra, en primer lugar, en el artículo 16 de la Constitución argentina que establece que “todos sus habitantes son iguales ante la ley, y admisibles en los empleos sin otra condición que la idoneidad”. La idoneidad para el acceso al empleo público es definida por el artículo 12 del Decreto 214/06 como “la aptitud técnica, legal y moral” para un determinado cargo. Esta definición da vigencia al actual convenio colectivo de trabajo general para la administración pública nacional. Es decir, los empleados públicos no solamente deben contar con los conocimientos técnicos indispensables para el cargo al que aspiran sino también con las aptitudes y actitudes acordes a los objetivos de aquél.

El proceso de selección de funcionarios públicos 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.⁹¹

Si bien es cierto que la Ley Marco de Regulación de Empleo Público Nacional, Ley 25.164/99, en su artículo 18, establece que “el personal tiene derecho a la igualdad de oportunidades en el desarrollo de carrera administrativa, a través de los mecanismos que se determinen”, también aclara que “las promociones a cargos vacantes sólo procederán mediante sistemas de selección de antecedentes, méritos y aptitudes”. Entonces, esta norma reafirma 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. Por ejemplo, los funcionarios deben apartarse de las tareas en las que *puedan originar interpretaciones de parcialidad* (ley 25.164/99, artículo 23.k), como sería la negativa a la provisión de IVE por razones morales o religiosas. Por ello, no resulta discriminatorio que se excluya a quienes, por la razón que sea, en este caso por la preeminencia que le asignan a sus convicciones morales, sean religiosas o no, decidan negarse a proveer una práctica de salud legal y segura.

Adicionalmente, la exclusión propuesta no sería una discriminación de las prohibidas en el artículo 121 del Decreto 214 de 2006, por cuanto no se trata de una exclusión con base en “categorías sospechosas” como sería la religión, dado que no se excluye a un grupo religioso determinado. Las razones de la negativa a la provisión de servicios de IVE deben ser morales, ya sea de índole religiosa o laica. Entonces, la restricción está justificada y se fundamenta en las necesidades del servicio de proveer y garantizar el acceso a las prácticas. En otras palabras, *se excluye por razón de las necesidades del servicio y no por*

*la elección religiosa de las personas.*⁹²

La limitación propuesta, se ajusta también a los estándares internacionales en materia de protección de la libertad de conciencia en el empleo. Esta restricción no tiene como objetivo limitar el acceso a un grupo religioso en particular, sino en general a quienes según su juicio de los preceptos morales que sostienen deban apartarse de la provisión de servicios de aborto legal.⁹³ En este sentido, la limitación propuesta cumple con los requisitos que ha señalado el Relator Especial para la Libertad de Religión y Culto, en su informe sobre “libertad de religión en el empleo” de 2014,⁹⁴ en el que afirma que:

*Es cierto que existe un derecho del empleador de definir ciertas obligaciones relacionadas con el trabajo que de hecho pueden limitar la libertad del empleado para manifestar su religión o creencia. El alcance de tales limitaciones, entre otras cosas, depende de las características (públicas, privadas, religiosas, seculares, etc.) de la institución en que se va a realizar el empleo, así como en el propósito particular del empleo. Sin embargo, limitaciones del derecho a manifestar la propia religión o creencia, siempre deben ser específicas, compatibles con la naturaleza de la tarea contratada y proporcionales al propósito legítimo del empleo.*⁹⁵

De acuerdo con el artículo 18.3 del Pacto Internacional de Derechos Civiles y Políticos, se permite:

restringir la libertad de manifestar la religión o las creencias con el fin de proteger la seguridad, el orden, la salud o la moral públicos, o los derechos y libertades fundamentales de los demás, a condición de que tales limitaciones estén prescritas por la ley y sean estrictamente necesarias.

Es este sentido, resulta razonable permitir a lxs profesionales de la salud que

intervengan de manera directa en la IVE se nieguen a la provisión de tal servicio por razones morales, ya que a pesar de que la evidencia muestra que estas negaciones pueden convertirse en obstáculos para el acceso a los servicios, las instituciones y las autoridades sanitarias pueden tomar medidas para garantizar que existan otrxs profesionales dispuestxs a realizar la práctica.

Por el contrario, en el caso de lxs jefxs de servicio, por ser un cargo unipersonal que tiene la responsabilidad de garantizar el acceso a la práctica, y que además por su nivel jerárquico influye 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 lxs profesionales de la salud frente a la práctica de abortos legales, como de las solicitantes. De este modo, desde la jefatura se asegura una postura favorable a las prácticas que permitirá, como lo ha mostrado la evidencia, una mejor disposición de los servicios para garantizar tanto la negación de lxs profesionales que quieran apartarse de la provisión de IVE, como las mejores condiciones para la provisión de las prácticas para quienes se encuentran comprometidos con la garantía de este derecho y para quienes los solicitan.

c) La forma en que esta negativa debe formularse para que pueda ser ejercida legalmente por lxs profesionales de la salud

1. Ante máxima autoridad de servicio de forma escrita y motivada

La propuesta establece que *la negación debe expresarse ante la máxima autoridad del efector en que se preste servicios y de forma escrita y motivada*. Como se ha afirmado, las únicas razones aceptadas para la exención permanente de la provisión de IVE son las morales y religiosas, cuando éstas implican un

conflicto irresoluble para ese profesional. Por tanto, en el escrito requerido deberán explicitar su negativa y las razones que motivan su decisión de no proveer tales servicios.

Al igual que la experiencia de la provincia de Santa Fe en 2010, es de la opinión de lxs profesionales encuestadxs que la llamada la OC responde en una proporción importante a motivaciones inaceptables como prejuicios sobre las solicitantes (52%), discriminación frente a algunas mujeres en particular (41%), miedo a la estigmatización social y profesional (42%) elusión a cargas de trabajo adicionales (37%), la resistencia a las políticas de salud reproductiva (33%), entre otras. Todas estas razones, que no son aceptables como razones morales o religiosas, pueden ser identificadas y abordadas adecuadamente en los servicios a través de la motivación escrita entregada por lxs profesionales.

La literatura sobre el tema da cuenta de la importancia de fomentar la reflexión de lxs profesionales que pretenden ejercer esta excepción, para incentivar la valoración de todos los deberes que están en juego en la provisión de servicios de IVE y complejizar el conflicto aparente entre el aborto y la protección de la vida en gestación.⁹⁶ Lxs profesionales están también obligados profesional y éticamente a respetar la autonomía y proveer la atención requerida por sus pacientes, por ejemplo. Deberes que serán incumplidos necesariamente con el ejercicio de la negación.

En suma, más allá de que las razones morales sean o no evaluadas por la autoridad sanitaria, es necesario que se pueda distinguir las razones morales de otro tipo de justificaciones para el ejercicio de esta negación. Por ello la reglamentación explícitamente establece que *no serán consideradas razones morales o religiosas aquellas originadas en el desconocimiento de la evidencia científica validada o los estándares legales vigentes, ni en creencias o prácticas*

discriminatorias.

Esta formalidad para la expresión de la negación se convierte, por tanto, de una doble garantía. Por un lado, asegura que la gestión del servicio tendrá disponible la información necesaria para organizar la planta de personal con el fin de garantizar la prestación de los servicios; y por el otro, asegura a lxs profesionales que podrán apartarse permanentemente (con las excepciones propuestas: casos de urgencia y cargos de jerarquía) de la provisión de tales servicios.

d) La asignación de responsabilidades institucionales de garantía de acceso a los servicios de IVE

La cláusula propuesta establece distintos tipos de responsabilidades institucionales para cada uno de los niveles de gestión sanitaria, partiendo del efector como garante inmediato de la provisión de los servicios, las autoridades sanitarias locales como gestoras de los servicios de salud y la autoridad nacional como coordinadora de las acciones tendientes a la garantía igualitaria del acceso a las IVE.

De la misma forma, la propuesta establece, el principio de una política sanitaria sobre acceso a la IVE que incluya el reconocimiento de la negación de servicios por motivos morales. Para eso diseñamos una serie de acciones, deberes y mecanismos que permitan garantizar la producción de insumos necesarios para actualizar las políticas y coordinar respuestas institucionales ajustadas las dinámicas que adquiera la provisión de servicios de IVE; así como medidas de apoyo y garantía centradas en lxs profesionales comprometidxs con la provisión de servicios, reconociendo el lugar excepcional que corresponde a quienes se eximen del cumplimiento de este deber.

Las acciones propuestas se dirigen principalmente a la gestión del personal sanitario para garantizar tanto el acceso a los servicios como el ejercicio de la negación. En ese sentido reconociendo las distintas competencias proponemos una gestión combinada que permita contratar, trasladar y reacomodar los servicios para garantizar un número plural de proveedores de servicios. En segundo lugar, las acciones se dirigen a formar y sensibilizar al personal sanitario para que puedan proveer una atención de los casos de IVE de calidad.

Los mecanismos se dirigen particularmente al diseño e implementación de estrategias incentivo y rendición de cuentas sobre la provisión del servicio, así como la producción de información confiable que permita actualizar las políticas públicas en materia de acceso a la IVE, de acuerdo con el diagnóstico empírico o mapeo, como denomina unx entrevistad^x, de la situación de provisión de IVE en un servicio, efector o jurisdicción.

Los deberes están asociados a las funciones de gestión, coordinación y dirección en cabeza de las autoridades de todos los niveles territoriales para la garantía del acceso afectivo a los servicios. Así como a la articulación entre todos los ámbitos involucrados en la provisión de las IVE.

1. Responsabilidades de la máxima autoridad de efector

Como se explicó, la propuesta asigna la gestión directa de la OC a la dirección de cada efector, puesto que consideramos, con base en la evidencia recolectada, que estas autoridades tienen un impacto directo en el funcionamiento del servicio. De acuerdo con las personas encuestadas, por ejemplo, la OC genera problemas en los servicios cuando no hay un liderazgo que avale la provisión de IVE (24,5%) o cuando lxs profesionales siguen mandatos de las autoridades de los servicios o efectores (26%) para restringir el acceso a estas prácticas. Por ello, hemos considerado indispensable asignar responsabi-

dades claras para la garantía de acceso a la IVE a este nivel de gestión para asegurar que no se permitan directrices que restrinjan el acceso, y por el contrario, se promueva la provisión de servicios y la protección de los derechos de las solicitantes.

Dentro de estas medidas se proponen *cinco deberes fundamentales para las máximas autoridades de los efectores*:

- *Remitir la información a la autoridad sanitaria de la jurisdicción sobre la disponibilidad de profesionales para la provisión de IVE.* En la mayoría de las jurisdicciones es la autoridad sanitaria local quien tiene la competencia para adelantar contrataciones, traslados y readecuación de los servicios. Por tanto, se requiere una acción coordinada entre la máxima autoridad de los efectores y la autoridad sanitaria de su jurisdicción, con el fin de tomar medidas para garantizar la disponibilidad de profesionales.
- *Articular acciones con todos los servicios del efector,* para que todo el personal sanitario conozca y apoye desde sus distintas competencias el trabajo de los equipos de provisión de aborto legal.
- *Diseñar y monitorear mecanismos de derivación interna para asegurar la provisión, sin dilaciones indebidas, de las IVE.* La Organización Mundial de la Salud,⁹⁷ recomienda que todos los niveles de atención provean abortos seguros en las primeras etapas del embarazo y solo se deriven a otros efectores los casos en los que el riesgo de complicaciones lo amerite, ya sea por la edad gestacional o por las condiciones de la mujer (o persona gestante).
- *Diseñar y monitorear la implementación de mecanismos para que la negación a la provisión de IVE no sobrecargue o entorpezca el trabajo de los demás integrantes del equipo de salud.* Para ello, se habilita la implemen-

tación de, por un lado, mecanismos de incentivo para la provisión de IVE, y por el otro, de rendición de cuentas sobre la negación a la provisión de dicha práctica. Tanto en la Argentina, como en el resto de mundo, se ha probado que los programas de incentivo para la provisión de servicios de salud, han mejorado la oferta y demanda de servicios necesarios para mejorar la calidad de la salud de la población.⁹⁸ En este sentido se asigna competencia específica para adoptar las medidas necesarias para evitar la sobrecarga de algunxs integrantes, en los equipos en los que existan profesionales que se niegan a proveer IVE. Por ejemplo, se podría considerar asignar a este segundo grupo de profesionales tareas sustitutorias.

- *Promover la formación continua del personal de salud con perspectiva de género y derechos humanos*, para que puedan implementar las técnicas más actualizadas de aborto, conozcan el marco legal vigente y generen vínculos con otros prestadores de servicios de ILE. En todas las entrevistas realizadas para esta propuesta se destacó la importancia de la formación y sensibilización de lxs profesionales de salud para asegurar el acceso a los servicios de salud. La clarificación de los valores en los que se basa la práctica profesional para integrar el respeto de la autonomía de las solicitantes, los derechos humanos y la perspectiva de género, fue reconocida también como un requisito indispensable para garantizar el acceso a las IVE.
- De la misma forma las experiencias comparadas en los casos de Colombia⁹⁹, México¹⁰⁰ y Estados Unidos¹⁰¹ muestran que la formación continua de lxs profesionales en materia de provisión de IVE y prevención del embarazo no deseado incentiva y mejora la calidad de los servicios, aumentando también la proporción de profesionales dispuestas a garantizar el acceso. En el mismo sentido, estudios muestran que es determinante en la formación tanto de estudiantes como de profesionales, el entrenamiento sobre los aspectos sociales que rodean la práctica con el fin de acercar a lxs pro-

fesionales a la complejidad del fenómeno, lo que ha traído como resultado el aumento de profesionales dispuestos a proveer los servicios.¹⁰²

2. Responsabilidades de la autoridad jurisdiccional designada

La propuesta asigna a la máxima *autoridad sanitaria de cada jurisdicción la responsabilidad de garantía del acceso a los servicios de aborto legal y de las negaciones a la provisión de IVE por razones morales o religiosas*. Como se ha mostrado la responsabilidad institucional debe alcanzar los diferentes niveles de gestión del sistema de salud, para que se puedan tomar las medidas necesarias para que la OC no se convierta en un obstáculo. En la Argentina, las provincias tienen autonomía para el diseño regulación e implementación de políticas en materia de salud, ya que es una materia no delegada en el poder federal. En consecuencia, la autoridad jurisdiccional es la máxima rectora de la política sanitaria, por tanto, la directa responsable del acceso a la IVE.

La mayoría de lxs gestorxs de sistemas de salud pública entrevistadxs para esta propuesta, identificaron la necesidad de que la autoridad competente establezca las condiciones de contratación y traslado de personal, que tengan en consideración las necesidades del servicio en materia de IVE. Estas necesidades deben tenerse como criterios válidos para la selección de profesionales. También aseguraron que la existencia de un equipo y no de una sola persona por servicio para la práctica de IVE, en su experiencia, disminuye el estigma, que es una de las principales causas de OC (en la encuesta el 42% de participantes consideró que la OC se explica por este motivo), y reduce las barreras para el acceso a los servicios de IVE.

En el mismo sentido lxs profesionales proveedorxs de ILE encuestadxs, aseguran sentirse “sobrecargadxs”, “agotadxs”, “poco valoradxs”, entre otras, demostrando así la necesidad de enfocar en quienes están comprometidxs

con la garantía de los derechos de las mujeres. Por ello, proponemos asignar la responsabilidad de adelantar acciones específicas sobre el personal sanitario para: desmontar la cultura prevalente que estigmatiza el aborto, incentivar la provisión de servicios y garantizar el ejercicio de la negación a quienes no puedan llevar adelante estas prácticas, en los términos que señala la propuesta regulatoria.

Esta autoridad estará a cargo de coordinar y articular las acciones con las máximas autoridades de los efectores de salud. Para ello se proponen cinco acciones:

- *Garantizar la disponibilidad de una cantidad plural de profesionales dispuestos a la provisión de IVE para asegurar el acceso a la práctica de manera oportuna* y para no sobrecargar de trabajo a lxs profesionales que cumplan con atender casos de IVE. La evidencia ha mostrado que cuando en un servicio se cuenta con una proporción muy baja o solo unx profesional dispuesto a realizar las prácticas, el clima laboral y la oferta de servicios es deficiente.
- *Desarrollar criterios de idoneidad para los cargos relacionados con la provisión de IVE* para asegurar una proporción suficiente de personal comprometido, desde las convocatorias para los cargos correspondientes.
- *Adopción de medidas y estímulos necesarios para la implementación de las disposiciones de esta ley, incluyendo la reorganización de los servicios de salud.* La autoridad jurisdiccional deberá diseñar de políticas de gestión del personal sanitario para la oportuna provisión de IVE, de forma tal que se incentive la provisión de los servicios y se garantice el acceso afectivo. Existen distintos tipos de estímulos (económicos, de formación y de autonomía; permanentes o transitorios)¹⁰³, que tienen por objetivo mejorar las condiciones laborales de quienes provean los servicios de IVE. Para la

reorganización de los servicios, de acuerdo con el sistema de movilidad de personal vigente (Decreto 215/99), se podría considerar el traslado a otra dependencia dentro de la jurisdicción presupuestaria, respetando la ubicación escalafonaria del profesional y su especialidad.

- *Promoción de formación continua del personal de salud con perspectiva de género y derechos humanos.* Se deberán desarrollar sistemas de formación continua que aseguren la actualización y fortalecimiento de las habilidades técnicas, conocimientos legales y la reflexión sobre el papel de lxs profesionales de la salud en los contextos sociales en los que se presenta el aborto, en todos los niveles de atención, desde la residencia, pasando por todos los niveles jerárquicos dentro de los efectores y los sistemas de salud locales.

3. Responsabilidades de la autoridad nacional

Se asigna a la *Dirección Nacional de Salud Sexual y Procreación Responsable deberes de garantía de acceso a los abortos legales*, mediante el desarrollo de acciones de coordinación de políticas y de apoyo directo a las jurisdicciones. De acuerdo con la evidencia relevada en las entrevistas con gestorxs del sistema de salud pública, es necesario mejorar la *rectoría* en materia de salud sexual y reproductiva en las provincias, para garantizar la igualdad geográfica en el acceso a las prácticas. Incluso en las provincias que han desarrollado marcos normativos importantes en esta materia, la implementación de los protocolos de acceso al aborto es todavía deficiente, y presenta variaciones significativas dentro de las mismas provincias. De la misma forma, en la experiencia de la mayoría de entrevistadxs las dinámicas de la OC cambian sustancialmente de acuerdo con el lugar, el nivel de complejidad del efector y la especialidad médica. Muchas veces, unas provincias terminan por resolver casos de otras jurisdicciones que no cuentan con mecanismos adecuados para garantizar el

acceso a la IVE.

Por todo ello, es necesario desarrollar estrategias que permitan coordinar acciones para que todas las jurisdicciones del país cumplan con los estándares de garantía del derecho al aborto y se disminuya la disparidad existente. Asimismo, se requiere una política nacional que permita la construcción de datos, el desarrollo de acciones coordinadas, la colaboración interjurisdiccional y la formulación de acciones que permitan el avance de todas las provincias y jurisdicciones para la implementación efectiva del derecho al aborto. En ese sentido hemos propuesto la asignación de dos tipos de acciones en cabeza de la autoridad nacional. En el primer grupo se encuentra:

- elaborar e implementar y coordinar un Plan Nacional de acción para la garantía de acceso al aborto legal, que será un instrumento de política pública construido de manera participativa con las jurisdicciones nacionales y los subsistemas de salud para desarrollar estrategias de garantía efectiva del acceso a los servicios de IVE;
- producción, relevamiento y análisis de información sobre el acceso a la IVE;
- desarrollar un mecanismo abierto para la denuncia de casos de obstrucción al acceso a la IVE que permita conocer y actuar para evitar lesiones a los derechos humanos de las solicitantes;
- promover el desarrollo de acciones coordinadas con las jurisdicciones provinciales para la implementación de mecanismos de incentivo (ya sea financieros o de otra naturaleza), y de rendición de cuentas verticales y horizontales con participación social a través del COFESA.

En el segundo grupo, se asignan responsabilidades de apoyo a los órganos

jurisdiccionales de garantía de los derechos relacionados con la provisión de la IVE para la provisión de servicios y la formación del personal. Asimismo, deberá articular acciones para garantizar la provisión oportuna de servicios en todos los subsectores del sistema de salud (público, obras sociales y medicina prepaga) ■

Notas

⁷⁵ De acuerdo con la encuesta, con base en la experiencia de las personas encuestadas, el aborto es la práctica más objetada en salud reproductiva (64,6%), seguida por la ligadura de trompas (24,1%) y la vasectomía (16,7%).

⁷⁶ En Argentina, desde la década del 80 se empezó a reconocer la posibilidad de exceptuarse del cumplimiento de deberes específicos con base en el desacuerdo moral con la norma. El fallo “Portillo” de la Corte Suprema de Justicia de la Nación en 1989 (“Portillo, Alfredo s/infracción art. 44 ley 17.531”, JA 1989-II-658, fallos 312:496) empieza una doctrina constitucional acerca del valor que tiene el pluralismo moral para la democracia. Este valor está dado por el reconocimiento de la necesidad de proteger a las distintas visiones sobre lo bueno y sobre el bien que conviven en una sociedad, y de las cuales se desprenden, por medio de la deliberación pública, los principios y los valores del Estado. Sin embargo, se ha entendido que quienes sostengan valores que difieren de los recogidos por las normas, deben tener la posibilidad de actuaren conformidad a sus propias creencias, siempre que ello no afecte a otras personas o los intereses del Estado.

⁷⁷ “Se traduzca en derivaciones o demoras que comprometan la atención de la requirente del servicio. A tales efectos, deberá exigirse que la objeción sea manifestada en el momento de la implementación del protocolo o al inicio de las actividades en el establecimiento de salud correspondiente, de forma tal que toda institución que atienda a las situaciones aquí examinadas cuente con recursos humanos suficientes para garantizar, en forma permanente, el ejercicio de los derechos que la ley confiere”. Corte Suprema de Justicia de la Nación, F., A.L s/medida autosatisfactiva, 13 de marzo de 2012, cons. 29.

⁷⁸ “Artículo 15.- Objeción de conciencia. El/la profesional de la salud que deba intervenir de manera directa en la interrupción voluntaria del embarazo tiene la obligación de garantizar el acceso a la práctica y no puede negarse a su realización.

El/la profesional mencionado/a en el párrafo anterior solo puede eximirse de esta obligación cuando manifestare su objeción previamente, de manera individual y por escrito, y la comunicare a la máxima autoridad del establecimiento de salud al que pertenece.

La objeción puede ser revocada en iguales términos, y debe mantenerse en todos los ámbitos, públicos o privados, en los que se desempeñe el/la profesional.

El/la profesional no puede objetar la interrupción voluntaria del embarazo en caso de que la vida o la salud de la mujer o persona gestante estén en peligro y requiera atención médica inmediata e impostergradable.

Cada establecimiento de salud debe llevar un registro de los profesionales objetores, debiendo informar del mismo a la autoridad de salud de su jurisdicción.

Queda prohibida la objeción de conciencia institucional y/o de ideario”.

- 79 Estudios recientes han mostrado que lxs profesionales de la salud suelen tener conflictos de interés con instituciones religiosas respecto de sus políticas de restricción de servicios de salud reproductiva. Ver Stulberg *et al.* (2012). Harper (2010).
- 80 Ariza Navarrete y Ramón Michel (2018).
- 81 Ver, por ejemplo, “Informe sobre acceso a la información en salud sexual y reproductiva en América Latina”. Grupo de Información en Reproducción Elegida, México (Giremex). 2012.
- 82 Investigaciones sobre profesionales de la salud como relacionadas con la opinión pública indican la deficiente información sobre el régimen vigente de aborto. Ver, por ejemplo, Szulik *et al.* (2008). Resultados de este proyecto “Objeción de conciencia: formas, problemas y respuestas frente al aborto legal en Argentina” realizado por el Centro de Estudios de Estado y Sociedad (CEDES).
- 83 “Acceso a la información en materia reproductiva desde una perspectiva de derechos humanos”. Comisión Interamericana de Derechos Humanos. OEA/Ser.L/V/II. Doc. 61, 22 noviembre 2011.
- 84 Ver informe anual “Derechos humanos en la Argentina. Informe 2017”. Centro de Estudios Legales Sociales (CELS). Buenos Aires. 2017. “Acceso al aborto no punible en Argentina: Estado de situación”. Asociación por los Derechos Civiles. Marzo, 2015. “El acceso al aborto en Argentina. Una deuda pendiente”. Amnistía Internacional Argentina. Buenos Aires. 2018.
- 85 Las cortes provinciales de Córdoba, Buenos Aires (Suprema Corte de Justicia, causa Ac.82.058, “B.A. Autorización Judicial”, 22 de junio de 2001), Chubut (Superior Tribunal de Justicia de Chubut, sentencia del 8 de marzo 2010 causa A.G s/medida autosatisfactiva), entre otros.
- 86 Corte Suprema de Justicia de la Nación. Causa F. A.L s/medida autosatisfactiva, sentencia del 13 de marzo de 2012.
- 87 Para explicar la OC de sus colegas, el 51,5% de lxs profesionales encuestadxs tuvo en consideración los prejuicios sobre las mujeres que solicitan IVE y el 41,2% consideró que se debe a la discriminación frente a algunas mujeres en particular.
- 88 Existen casos en los que se han emitido órdenes desde la jefatura de los servicios que restringen la prestación de servicios de ILE, o se imponen limitaciones ilegales para el acceso de personas con discapacidad, adolescentes, gestaciones avanzadas, etc. Ver, por ejemplo, el informe de organizaciones de la sociedad civil ELA, CEDES, CELS, Católicas por el Derecho a Decidir y Amnistía Internacional. “El derecho a la salud sexual y reproductiva de las mujeres en Argentina”. Comisión Interamericana de Derechos Humanos. 168° período de sesiones. 9 de mayo de 2018.
- 89 Como surge de los resultados de la investigación, la sola postura de jefes de servicio o directoras de hospitales frente a la práctica desincentiva la prestación efectiva de los servicios.
- 90 Dado que las decisiones que toman quienes ejercen cargos directivos representan los principios del servicio, no es aconsejable que, en un contexto en el que no se permite la objeción institucional, los parámetros morales de quienes se encuentran en tales funciones se aparten de los preceptos legales y morales que representan a la sociedad. Ver Triviño (2014), pp. 263-284.
- 91 La actitud laboral es, entonces, un “estado de creencia cognitiva que refleja el grado de identificación psicológica con el propio puesto de trabajo”, en el caso de jefxs de servicio que deben garantizar el acceso a la ILE, prácticas con las que tienen un conflicto moral. Es de suponer que la identificación con su trabajo y la valoración de su función pueden verse afectadas. Ver De Elena y González Fernández (1993).
- 92 La protección de la libertad religiosa tiene por objetivo la protección especial de las religiones minoritarias como garantía de pluralismo. En este caso, la religión mayoritaria es la principal opositora al derecho al aborto, aunque con disidencias.
- 93 Existen movimientos católicos importantes que interpretan los dogmas de la Iglesia en el sentido de privilegiar la vida y los derechos de las mujeres (y otras personas gestantes) frente a la vida en gestación, con lo cual no todas las personas que se consideran católicas estarían excluidas de la jefatura de servicio, sino solo aquellas que, a diferencia de esta postura, consideran que la provisión de abortos contraviene los mandatos

de su religión. Ver Católicas por el Derecho a Decidir. Disponible en: <http://catolicas.org.ar>. De igual forma, en otras religiones minoritarias, como la judía en Argentina, las interpretaciones sobre el deber moral de provisión de abortos legales varían. Algunos rabinos han señalado que, si bien el aborto es considerado en la mayoría de los casos como algo incorrecto, es claro que de acuerdo con la Halajá (ley judía) el valor del feto y de la persona nacida es diferente, por tanto, los casos en que se requiere un aborto deben ser interpretados como que privilegian la vida de la gestante. Ver, por ejemplo, postura del rabino Grunblatt (director de Jabad Argentina). Disponible en: <http://www.itongadol.com/noticias/val/108859/el-aborto-en-el-judaismo-por-el-rabino-grunblatt.html>.

- 94 Naciones Unidas (2014).
- 95 Traducción propia, párrafo 32.
- 96 Harris (2012a); Ariza Navarrete (2018).
- 97 Organización Mundial de la Salud (2012).
- 98 Celhay et al. (2015).
- 99 Vargas Trujillo, Jaramillo Sierra y Trujillo Maza (2011).
- 100 García-Núñez (2013).
- 101 Freedman (2017).
- 102 Freedman, Landy y Steinauer (2010).
- 103 Ministerio de Salud de la Nación de Colombia (2016).

Bibliografía

- **Alegre, Marcelo** (2009). "Debate sobre objeción de conciencia médica y salud reproductiva". *Revista Argentina de Teoría Jurídica*. Nº 13. Junio.
- **Aksel, Sarp; Chavkin, Wendy y Kumar, Bhavik** (2015). "A multinational review of efforts to regulate conscience-based objection to abortion". Presentación en la North American Forum on Family Planning, Chicago.
- **Ariza Navarrete, Sonia** (2013). "Objeción de conciencia en el mundo: Su regulación". Universidad de Buenos Aires, Facultad de Derecho. Disponible en: <http://www.derecho.uba.ar/institucional/deinteres/2013-libro-objecion-conciencia-ariza.pdf>.
- --- (2015). "Resistencias al acceso al aborto no punible: La objeción de conciencia". *Revista Derecho Penal*. Año I, Nº 2. Ediciones Infojus. Disponible en: http://www.saij.gob.ar/doctrina/dacf120189-ariza_navarrete-resistencias_al_acceso_al.htm.
- --- (2018). "Objeción de conciencia en salud". En Agustina Ramón Michel y Paola Bergallo (comps.). *La reproducción en cuestión, investigaciones y argumentos jurídicos sobre aborto*. Buenos Aires: Eudeba.
- --- y **Ramón Michel, Agustina** (2018). "Objeción de conciencia institucional: problemas y una solución balanceada". REDAAS. Disponible en: <http://www.redaas.org.ar/actividades-item.php?a=110>.
- **Ballantyne, Angela; Card, Robert; Clarke, Steve et al.** (2016). "Consensus statement on conscientious objection in healthcare". *Practical Ethics*. University of Oxford. Disponible en: <http://blog.practicaethics.ox.ac.uk/2016/08/consensus-statement-on-conscientious-objection-in-healthcare>.
- **Bogaert, Van** (2002). "The limits of conscientious objection to abortion in the developing world". *Developing World Bioethics*. Vol. 2, Nº 2. pp. 131-143.
- **Bueno de Mesquita, Judith y Finer, Louise** (2008). "Conscientious objection: Protecting sexual and reproductive health rights". University of Essex, Human Rights Centre.
- **Casas, Lidia** (2005). *Invoking conscientious objection in reproductive health care: Evolving issues in Latin America*. Tesis. Toronto: University of Toronto.
- **Cascón-Pereira, Rosalía; Kirkpatrick, Ian y Exworthy, Mark** (2017). "El estatus de la profesión médica: ¿Reforzado o debilitado por la nueva gestión pública?". *Gaceta Sanitaria*. Vol. 31. pp. 273-275.
- **Castillo Vargas, Elizabeth** (2005). "Objeción de conciencia médica". Editado por *Profamilia*.
- **Celhay, Pablo; Gertler, Paul; Giovagnoli, Paula y Vermeersch, Christel** (2015). "Long-run effects of temporary incentives on medical care productivity". NBER Working Paper Nº 21.361. *National Bureau of Economic Research*. Julio.

- **Chavkin, Wendy; Leitman, Liddy y Polin, Kate** (2013). "Conscientious objection and refusal to provide reproductive healthcare: A white paper examining prevalence, health consequences, and policy responses". *International Journal of Gynecology & Obstetrics*. Vol. 123, N° 3. 2013.
- **Chavkin, Wendy; Swerdlow, Laurel y Fifield, Jocelyn** (2017). "Regulation of conscientious objection to abortion: An international comparative multiple-case study". *Health and Human Rights Journal*. Vol. 19, N° 1. p. 55. Disponible en: <https://www.hhrjournal.org/2017/06/regulation-of-conscientious-objection-to-abortion-an-international-comparative-multiple-case-study>.
- **Clarke, Steve** (2017a). "Conscientious objection in healthcare: new directions". *Journal of Medical Ethics*. Vol. 43, N° 191.
- --- (2017b). "Two concepts of conscience and their implications for conscience-based refusal in Healthcare". *Cambridge Quarterly of Healthcare Ethics*. Vol. 26, N° 1. pp. 97-108.
- **Cook, Rebecca J. y Dickens, Bernard M.** (2006). "The growing abuse of conscientious objection". *Ethics Journal of the American Medical Association*. Vol. 8, N° 5. pp. 337-340.
- **Cook, Rebecca J.; Arango Olaya, Monica y Dickens, Bernard M.** (2009). "Healthcare responsibilities and conscientious objection". *International Journal of Gynecology and Obstetrics*. Vol. 104, N° 3. pp. 249-252.
- **De Elena, Joaquín A. y González Fernández, Luis** (1993). "Un modelo de antecedentes, correlatos y consecuentes del constructo implicación en el trabajo (job involvement)". En Lourdes Munduate Jaca y Miguel Barón Duque (eds.). *Gestión de recursos humanos y calidad de vida laboral*. Sevilla: Eudema.
- **Diniz, Debora** (2011). "Conscientious objection and abortion: rights and duties of public sector physicians". *Revista Saúde Pública*. Vol. 45, N° 5. pp. 981-985.
- **Dresser, Rebecca** (2009). "Profesionales, adecuación y conciencia". *Revista Argentina de Teoría Jurídica*. Vol. 10, N° 1. Junio.
- **Feder, Jody** (2005). "The history and effect of abortion conscience clause laws". CRS Report for Congress. Congressional Research Service. Enero.
- **Fernández Lerena, Mariano José** (2017). "La objeción de conciencia en salud". Ministerio de Salud de la Nación, DELS. Disponible en: <http://www.salud.gov.ar/dels/entradas/la-objecion-de-conciencia>
- **Fiala, Christian y Arthur, Joyce H.** (2014). "Dishonourable disobedience: Why refusal to treat in reproductive health care is not conscientious objection". *Woman. Psychosomatic Gynaecology and Obstetrics*. Vol. 1. Diciembre, pp. 12-23.
- --- (2017). "Refusal to treat patients does not work in any country— Even if misleadingly labeled 'conscientious objection'". *Health and Human Rights Journal*. Vol. 19, N° 2. Disponible en: <https://cdn2.sph.harvard.edu/wp-content/uploads/sites/125/2017/12/Arthur.pdf>.
- **Fiala, Christian; Gemzell Danielsson, Kristina; Heikinheimo, Osakari; Gudmundsson, Jens A. y Arthur, Joyce** (2016). "Yes we can! Successful examples of disallowing 'conscientious objection' in reproductive health care". *The European Journal of Contraception & Reproductive Health Care*. Vol. 21, N° 3. pp. 201-206.
- **Fink, Lauren R.; Stanhope, Kaitlyn K.; Rochat, Roger W. y Bernal, Oscar A.** (2016). "The fetus is my patient, too: Attitudes toward abortion and referral among physician conscientious objectors in Bogotá, Colombia". *International*

Perspectives on Sexual and Reproductive Health. Vol. 42, Nº 2. Junio. pp. 71-80.

- **Freedman, Lori** (2017). *Willing and unable: Doctors' constraints in abortion care*. Nashville, TN: Vanderbilt University Press, 2010. Block, Alison; Dehlendorf, Christine; Biggs, M. Antonia; McNeil, Sarah y Goodman, Suzan. "Postgraduate experiences with an advanced reproductive health and abortion training and leadership program". *Family Medicine*. Vol. 49, Nº 9. pp. 706-713.
- --- **Landy, Uta y Steinauer, Jody** (2010). "Obstetrician-gynecologist experiences with abortion training: Physician insights from a qualitative study". *Contraception*. Vol. 81, Nº 6. pp. 525-530.
- **García-Núñez, Nubia Naneri; Atienzo, Erika Elizabeth; Dayananda, Ila y Walker, Dilys** (2013). "Legislación, conocimientos y actitudes de profesionales médicos en relación al aborto en México". *Salud Colectiva*. Vol. 9, Nº 2. Mayo-agosto. pp. 235-246.
- **Gherardi, Natalia y Gebruers, Cecilia** (2015). "El aborto legal en Argentina: la justicia después de la sentencia de la Corte Suprema de Justicia en el caso "FAL". Red de Acceso al Aborto Seguro, Argentina (REDAAS). Nº 2. Abril.
- **Giubilini, Alberto** (2015). "Conscientious objection and medical tribunals". *Journal of Medical Ethics*. Vol. 42, Nº 2. pp. 78-79.
- --- (2016). "Objection to conscience: An argument against conscience exemptions in healthcare". *Bioethics*. Vol. 31, Nº 5. pp. 400-408.
- --- (2017). "Objection to conscience: An argument against conscience exemptions in healthcare". *Bioethics*. Vol. 31, Nº 5. Junio. pp. 400-408. Disponible en: <https://ssrn.com/abstract=2968669> o <http://dx.doi.org/10.1111/bioe.12333>.
- **González Vélez, Ana Cristina y Gil Urbano, Laura** (2016). "Improper use of conscientious objection in Bogotá, Colombia, presents a barrier to safe, legal abortion care". Grupo Médico por el Derecho a Decidir, Colombia.
- **Harper, Jennifer** (2010). "Doctors report religious conflicts at some hospitals: Obligation to patients at issue". *Washington Times*. Abril.
- **Harris, Lisa H.** (2012a). "Recognizing conscience in abortion provision". *New England Journal of Medicine*. Vol. 367, Nº 11. pp. 981-983.
- --- (2012b). "Stigma and abortion complications in the United States". *Obstetrics & Gynecology*. Vol. 120, Nº 6. pp. 1.472-1.474.
- --- **et al.** (2013). "Physicians, abortion provision and the legitimacy paradox". *Contraception*. Vol. 87, Nº 1. pp. 11-16.
- --- **et al.** (2014). "Measuring stigma among abortion providers: Assessing the abortion provider stigma survey instrument". *Women & Health*. Vol. 54, Nº 7. pp. 641-661.
- **Harries, Jane; Cooper, Diane; Strebel, Anna y Colvin, Christopher J.** (2014). "Conscientious objection and its impact on abortion service provision in South Africa: A qualitative study". *Reproductive Health*. Vol. 11, Nº 1. Febrero. p. 16.
- **Heino, Anna; Gissler, Mika; Apter, Dan y Fiala, Christian** (2013). "Conscientious objection and induced abortion in Europe". *The European Journal of Contraception & Reproductive Health Care*. Vol. 18, Nº 4. p. 231.
- **Kennett, Jeanette.** (2017). "The cost of conscience". *Cambridge Quarterly of Healthcare Ethics*. Vol. 26, Nº 1. pp. 69-81.

- **Levy Daniel, Maia y Schnidrig, Daniela** (2009). "Entrevista a Francisco Maglio". *Revista Argentina de Teoría Jurídica*. Vol. 10, Nº 13. Junio.
- **NeJaime, Douglas y Reva Siegel** (2017). "Religious accommodation, and its limits, in a pluralist society". En Robin Fretwell Wilson y William N. Eskridge, Jr. (eds.). *Religious Freedom and LGTB rights: Possibilities and challenges for finding common ground*. Cambridge University Press.
- **Schuklenk, Udo y Smalling, Ricardo** (2016). "Why medical professionals have no moral claim to conscientious objection accommodation in liberal democracies". *Journal of Medical Ethics*. Vol. 43, Nº 4. pp. 234-240.
- **Szulik, Dalia; Gogna, Mónica; Petracci, Mónica; Ramos, Silvina y Romero, Mariana** (2008). "Anticoncepción y aborto en Argentina: perspectivas de obstetras y ginecólogos". *Salud Pública de México*. Vol. 50, Nº 1. pp. 32-39.
- **Lafollette, Hugh** (2017). "My conscience may be my guide, but you may not need to honor it". *Cambridge Quarterly of Healthcare Ethics*. Vol. 26, Nº 1, pp. 44-58.
- **Ministerio de Salud de la Nación de Colombia** (2016). "Incentivos al talento humano en salud". Dirección de Desarrollo y Talento Humano en Salud. Bogotá.
- **Minow, Martha** (2009). "On being a religious professional: The religious turn in professional ethics". *University of Pennsylvania Law Review*. Vol. 150, Nº 2. Diciembre, pp. 661-668.
- **Morán Faúndes José Manuel y Peñas Defago, María Angélica** (2013). "¿Defensores de la vida? ¿De cuál 'vida'? Un análisis genealógico de la noción de "vida" sostenida por la jerarquía católica contra el aborto". *Sexualidad, Salud y Sociedad. Revista Latinoamericana*. Nº 15. Diciembre, pp. 15-25. Disponible en: <http://www.e-publicacoes.uerj.br/index.php/SexualidadSaludySociedad/article/viewFIVE/4503/6180>.
- **Mujer y Salud en Uruguay (MYSU)** (2017). "Informe estado de situación de los servicios de salud reproductiva en 10 de los 19 departamentos del país". Junio. Disponible en: <http://www.mysu.org.uy/multimedia/mysu-en-medio/my-su-abuso-de-la-objecion-de-conciencia-supone-una-barrera-de-acceso-a-la-interrupcion-voluntaria-del-embarazo>.
- **Munthe, Christian y Juul Nielsen, Morten Ebbe** (2017). "The legal ethical backbone of conscientious refusal". *Cambridge Quarterly of Healthcare Ethics*. Vol. 26, Nº 1. pp. 59-68.
- **Naciones Unidas** (2014). "Interim report of the special rapporteur on freedom of religion or belief". Asamblea General. Sesión Nº 69, ítem Nº 69 (b) de la agenda provisoria. Promotion and protection of human rights: human rights questions, including alternative approaches for improving the effective enjoyment of human rights and fundamental freedoms. Agosto. A/69/261.
- **Navarro Valls, Rafael** (1986). "La objeción de conciencia al aborto: Derecho comparado y derecho español". *Anuario de derecho eclesiástico del Estado*. Vol. II. Madrid: Edersa, Editorial de la Universidad de Madrid, pp. 257-310.
- **Organización Mundial de la Salud (OMS)** (2012). "Aborto sin riesgos: Guía técnica y de políticas para sistemas de salud". 2º ed. Ginebra.
- **O'Rourke, Anne Helena; De Crespigny, Lachlan y Pyman, Amanda Mary Dallin** (2012). "Abortion and conscientious objection: The new battleground". *Monash University Law Review*. Vol. 38, Nº 3. Diciembre. p. 87.

- **Pantelides, Edith** (2016). "Embarazo en menores de quince años: Los motivos y la redefinición del curso de vida". *Salud Pública de México*. Instituto Nacional de Salud Pública. Cuernavaca, México. Vol. 58, N° 1. Enero-febrero. pp. 56-61.
- **Piquer, Ana** (2017). "Por qué el protocolo de objeción de conciencia debiera indignar". Amnistía Internacional Chile. Abril. Disponible en: <https://www.amnesty.org/es/latest/news/2018/04/por-que-el-protocolo-de-objecion-de-conciencia-debiera-indignar-a-todo-el-mundo>.
- **Ramón Michel, Agustina** (2012a). "Aborto: ¿según quién?". En José Manuel Morán Faundés, María Candelaria Sgró Ruata y Juan Marco Vaggione (eds.). *Sexualidades, desigualdades y derechos: Reflexiones en torno a los derechos sexuales y reproductivos*. Córdoba: Ciencia, Derecho y Sociedad Editorial.
- --- (2012b). "¿Hay derecho a la custodia? Las mujeres y el aborto". JA 2012-III-445, fascículo 2.
- --- y **Cavallo, Mercedes** (2014). "La objeción de conciencia frente al aborto legal (o la reacción del sector salud frente al 'problema' del aborto legal". En T-388/2009: Objeción de conciencia y aborto una perspectiva global sobre la experiencia colombiana. O'Neil Institute de la Georgetown University & Women's Link Worldwide.
- --- (mimeo) "A comparison of conscientious objection in the reproductive health care context: United States Federal Law and the Europe regional system".
- **Sepper, Elizabeth** (2002). "Taking conscience seriously". *Virginia Law Review*. Vol. 98. Septiembre.
- **Stahl, Ronit Y. y Emanuel, Ezekiel J.** (2017). "Physicians, not conscripts: Conscientious objection in health care". *New England Journal of Medicine*. Vol. 376, N° 14. Abril, pp. 1380-1385.
- **Stulberg Debra B.; Dude, Annie M.; Dahlquist, Irma y Curlin, Farr A.** (2012). "Obstetrician-gynecologists, religious institutions, and conflicts regarding patient-care policies". *American Journal of Obstetrics & Gynecology*. Vol. 207, N° 1. Julio. pp. 73. e1-73.e5.
- **Torrisini, Claudia** (2017). "Abortion in Italy: How widespread 'conscientious objection' threatens women's health and rights". Open Society projecty, gender sexuality and social justice. Open Democracy. Junio. Disponible en <https://www.opendemocracy.net/5050/claudia-torrisi/abortion-in-italy-how-wide-spread-conscientious-objection-by-doctors-threatens-w/feed>.
- **Triviño Caballero, Rosana** (2014). *El peso de la conciencia: La objeción en el ejercicio de las profesiones sanitarias*. Madrid: Plaza y Valdés Editores.
- **Truong, Michelle y Wood, Susan Y.** (2018). "No es conciencia. Cuando los proveedores niegan la atención del aborto". International Women's Health Coalition (IWHC) y Mujer y Salud en Uruguay (MYSU). Disponible en: https://iwhc.org/wp-content/uploads/2018/08/IWHC_CO_Report_ESP-low_res.pdf.
- **Vaggione, Juan Marco** (2012). "La 'cultura de la vida': Desplazamientos estratégicos del activismo católico conservador frente a los derechos sexuales y reproductivos". *Religião e Sociedade*. Vol. 32, N° 2. pp. 59-63.
- **Vargas Trujillo, Elvira; Jaramillo Sierra, Isabel Cristina y Trujillo Maza, Elena María** (2011). *Médicos y derechos: El papel de la formación médica en la garantía de los derechos sexuales y reproductivos*. Bogotá: Ediciones Universidad de los Andes (Uandes).

- **Van Den Bergh, Nan** (1987). "Renaming: Vehicle for empowerment". En Joyce Penfield (ed.), *Women and language in transition*. Albany, Nueva York: State University of New York Press. pp. 130-136.
- **Otanización Mundial de la Salud** (2012). Aborto sin riesgos: guía técnica y de políticas para sistemas de salud – 2ª. Disponible en: [ed.http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/77079/1/9789243548432_spa.pdf?ua=1](http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/77079/1/9789243548432_spa.pdf?ua=1).
- **Wicclair, Mark R.** (2011). *Conscientious objection in health care: An ethical analysis*. Cambridge, Reino Unido: Cambridge University Press.
- **Rioja Virtual** (2018). "Médicos riojanos en pie de guerra contra el aborto legal". Junio. Disponible en: <http://riojavirtual.com.ar/medicos-riojanos-en-pie-de-guerra-contra-el-aborto-legal>.
- **TN** (2017). "Más de 200 nenas violadas fueron obligadas a parir en Misiones". Julio. Disponible en: https://tn.com.ar/sociedad/201-ninas-violadas-obligadas-parir-en-misiones_879741.

Artículos de prensa

- **Clarín** (2018). "Aborto: Anticipan que todos los médicos de un hospital de Misiones apelarían a la objeción de conciencia". Junio. Disponible en: https://www.clarin.com/sociedad/aborto-anticipan-medicos-hospital-misiones-apelarian-objecion-conciencia_0_Hk336AMWX.html.
- **La Gaceta** (2010). "Los médicos prefieren que decida el juez". Julio. Disponible en: <https://www.lagaceta.com.ar/nota/390067/informacion-general/medicos-prefieren-decida-juez.html>.
- **Página 12** (2007). "Ni con el aval del Máximo Tribunal". Septiembre. Disponible en: <https://www.pagina12.com.ar/diario/elpais/1-91778-2007-09-22.html>.
- --- (2018). "Imaginate, nos ponen en una controversia". Junio. Disponible en: <https://www.pagina12.com.ar/121918-imaginate-nos-ponen-en-una-controversia>.