

Sobre las objeciones a la actualización del protocolo de atención de las personas con derecho a la interrupción legal de embarazo

Sonia Ariza Navarrete¹ & Agustina Ramón Michel²
21 de noviembre de 2019

La actualización del Protocolo de Atención de las Personas con Derecho a la Interrupción Legal del Embarazo (ILE) emitido por la Secretaría de Salud de la Nación por medio de la Resolución 3158/2019:

- Es eso, una actualización. Hubo otras en 2010 y 2015. Esto es algo que ocurre con protocolos que contienen evidencia clínica y estándares jurídicos: se actualizan y se espera que esto ocurra para guiar con los mejores estándares a las/os profesionales de la salud.
- Las causales de ILE están establecidas hace casi 100 años (1922). Los protocolos detallan el procedimiento y estándares para la atención de estos casos.
- **Esta actualización no modifica las normas vigentes sobre consentimiento de niñas y adolescentes, ni de objeción de conciencia (OC).**

CONSENTIMIENTO DE NIÑAS Y ADOLESCENTES

Los permisos contemplados en el código penal para el aborto incluyen a las niñas y adolescentes, que son un grupo de especial protección según la Constitución argentina.

De acuerdo con el inciso 2 del artículo 86 del Código Penal, que consagra la causal violencia sexual, todo embarazo de niñas menores de 13 años se encuadra jurídicamente como un caso de ILE, debido a la definición del artículo 119 del CP³ de la violación para el derecho penal.

Por otro lado, la mayoría de los embarazos durante la niñez y adolescencia son susceptibles de encuadrar en la causal salud (inciso 1 del artículo 86). Tanto en derecho argentino como en la práctica médica se entiende la salud de forma integral, es decir se comprenden los aspectos físicos, psíquicos y sociales. La evidencia confirma esta afectación: en primer lugar, los riesgos físicos para las adolescentes menores de 15 años embarazadas son mayores a los de las mujeres adultas, ello se refleja en las tasas de morbilidad materna en esa franja etaria.⁴ En segundo lugar, los riesgos para la salud mental que se derivan de un embarazo no deseado y de la afectación del proyecto de vida de niñas y adolescentes que son madres forzosamente, ha sido demostrado en varios estudios.⁵

Pautas de actuación para profesionales de la salud en la actualización del protocolo de 2019

La versión de 2015 del protocolo de acceso a la IL se emitió con anterioridad a la sanción del Código Civil y Comercial de la Nación (CCyC), por lo tanto los estándares en la materia requerían una actualización. Esta actualización de tal protocolo realizado en 2019 trae los estándares vigentes establecidos en el CCyC, en particular en los artículos 26 y 59, así como en la Resolución 65/2015

sobre la interpretación del tal artículo en relación con la provisión de servicios de salud sexual y reproductiva para adolescentes.

El protocolo actualizado presenta las principales pautas de actuación de profesionales y equipos de atención de niñas y adolescentes en casos de ILE (a) estándares de aplicación del deber transparencia activa de las/os profesionales de salud, referido a la entrega de información en la consulta de adolescentes y niñas, (b) reglas sobre la aplicación del principio de autonomía progresiva en la atención de niñas y adolescentes, profundizando los aspectos relacionados con (c) el consentimiento informado, (d) la resolución de conflictos.

Las/os profesionales de la salud se encuentran obligados a brindar atención sanitaria, incluyendo la salud sexual y reproductiva a todas las personas sin discriminación (Ley 25.673 artículos 3 y 4). Este deber implica que no es posible negar la atención a las personas por razón de su edad, por el contrario, la garantía de los derechos humanos de niñas, niños y adolescentes demanda brindar atención prioritaria a esta población.⁶

La salud sexual y reproductiva, representa una de las preocupaciones centrales de la atención en salud de las mujeres, y especialmente de las adolescentes, por la alarmante proporción muertes maternas de adolescentes⁷, así como la feminización de las infecciones de transmisión sexual y la maternidad en la adolescencia.⁸

Dentro de los servicios de salud reproductiva se incluye el ILE y por tanto debe garantizarse cuando encuadren en el artículo 86. Las adolescentes deben recibir atención prioritaria como lo ordenan la Constitución Nacional, las demás normas nacionales, locales, y como lo ha reconocido la CSJN (fallo F.,A.L) y el Comité de Derechos Humanos de las Naciones Unidas en 2011(Dictamen, caso LRM):

a. Deber de información

En el caso de niñas o adolescentes embarazadas, cualquiera que sea el motivo de su consulta el/la profesional de la salud debe, en todos los casos, informar acerca del derecho al ILE y, junto con la niña o adolescente determinar si por características del caso, se trata de un ILE. Es decir, si existe un riesgo para su salud, en lo biológico, psicológico y/o en lo social, o si su embarazo proviene de situaciones de violencia sexual. Para ello es clave la escucha activa, que es una forma de interacción con las adolescentes que le permite al/a profesional “leer” a través de gestos, silencios, palabras, etc. signos que puedan indicar que se trata de un caso de ILE.

La entrega de toda la información relacionada con su estado de salud y las alternativas terapéuticas disponibles, es indispensable para la participación de la niña o adolescente en la toma de decisiones y así garantizar el cumplimiento del “interés superior del niño” en materia sanitaria, como lo explicó el Comité de los Derechos del Niño en su Observación General N°4:

Los Estados Partes deben proporcionar a las/los adolescentes un entorno seguro y propicio que les permita participar en la adopción de decisiones que afectan a su salud, adquirir experiencia, tener acceso a la información adecuada, recibir consejos y negociar sobre las cuestiones que afectan a su salud. El ejercicio del derecho a la salud de los adolescentes depende de una atención respetuosa de la salud de los jóvenes que tiene en cuenta la

confidencialidad y la vida privada y prevé el establecimiento de servicios adecuados de salud sexual y reproductiva (CDN, 2003)

b. Autonomía progresiva y representación

El abordaje de casos de ILE de niñas y adolescentes presenta el desafío de acompañar la toma de decisiones. Para ello se suele apelar a los conceptos de “capacidad”, “incapacidad” o “discapacidad” para definir la forma en que debe ser brindada la atención, el alcance de sus derechos y las excepciones que son permitidas. **Hoy sabemos que la atención sanitaria NO debe guiarse por conceptos del derecho civil (como capacidad/ incapacidad) ya que se trata del ejercicio de derechos humanos básicos, que se rigen por los criterios contenidos en la Constitución Nacional y en los Tratados Internacionales de DDHH: interés superior del niño, autonomía progresiva, participación sin mediaciones y no discriminación.**

No puede dejarse de lado que la atención sanitaria de niñas y adolescentes debe realizarse de forma prioritaria y en igualdad de condiciones con toda la población. Sus derechos tienen el mismo alcance y extensión que los de las mujeres adultas, sin embargo, por su especial condición de maduración y desarrollo, la forma en la que estos deben ser garantizados tiene que ser diferente. Para ello los/as profesionales de la salud deben tener en cuenta la evolución individual de su capacidad para discernir con el fin de ajustar su actuación para que realmente puedan tener un rol central en la toma de decisiones, ya sea de forma autónoma o con asistencia. Es decir, el/la profesional deberá tomar en cuenta las habilidades que la niña o adolescente que solicita un ILE ha desarrollado para comprender la información sobre su situación (ya sea el riesgo para su salud o la violencia sexual que ha sufrido), las alternativas para la ILE, etc. y tomar decisiones basadas en dicho entendimiento. Esta obligación es especialmente exigente en el caso de las niñas y adolescentes menores de 13 años.

En este sentido, ya desde 2003 el Tribunal Superior de Justicia de la Ciudad Autónoma de Buenos Aires, había establecido que ***Si un o una joven menor de edad resuelve acudir a un establecimiento público de salud para asesorarse, lo hace, en principio, a partir de un grado maduro de discernimiento***¹⁰, por lo tanto, las/os profesionales de la salud deben tomar como un indicador sobre la capacidad de discernimiento, al hecho de que una adolescente se acerque al servicio.

Asimismo, el protocolo retoma el acceso a la ILE como ejercicio de derechos humanos y por tanto privilegia la atención y acompañamiento de la decisión de las mujeres ya sean adultas, adolescentes o niñas. Así como indicó el Comité de los Derechos del Niño en su Observación General N° 15:

los niños deben tener acceso a terapia y asesoramiento confidenciales, sin necesidad del consentimiento de sus padres o su custodia legal cuando los profesionales que examinen el caso determinen que ello redunde en el interés superior del niño. Reconociendo especialmente la necesidad de habilitar la atención sin acompañamiento en relación con la salud sexual y reproductiva resaltando al acceso al aborto seguro, la anticoncepción, la prueba y tratamiento del VIH, entre otros. (2013)

c. Consentimiento informado

Para la realización de un ILE, como cualquier práctica sanitaria, se debe contar con el consentimiento informado de la mujer que lo solicita. La ley de derechos del paciente (26.529) y de forma más general en el artículo 59 del código civil (Ley 26.994 de 2014) regulan este proceso.

De acuerdo con el artículo 26 del CCyC en el caso de las niñas o adolescentes a partir de los 16 años, se siguen las mismas reglas que para las mujeres adultas sin ninguna distinción. En estos casos el/a profesional debe asegurarse de entregar la información de manera clara, completa y actualizada, de forma que la adolescente o niña pueda comprender completamente su estado, el diagnóstico y las consecuencias de cada una de las alternativas terapéuticas ofrecidas, incluyendo el ILE. Para ello deberá, por ejemplo, ajustar el lenguaje, flexibilizar los tiempos de atención y hacer preguntas de chequeo de la comprensión de la información.

Todas las personas adolescentes de entre 13 y 16 años pueden brindar su consentimiento en forma autónoma si se trata de prácticas que no representen un riesgo grave para su vida o salud. De acuerdo con la Resolución 65/2015 del MSAL el criterio de “invasividad” del artículo 26 CCyC debe leerse como tratamientos de “gravedad que impliquen riesgo para la vida o riesgo grave para la salud”.

En el caso de las niñas o adolescentes menores de 13 años, la interpretación sistemática del ordenamiento jurídico nacional impone la obligación a las/os profesionales de actuar conforme a la capacidad de discernimiento de la niña o adolescente que solicita el ILE.¹¹ Debe propenderse al acompañamiento de una persona de su confianza que asista su consentimiento. El rol del/a representante será, como se ha dicho, apoyar a la niña o adolescente para tomar de una decisión sobre la conveniencia y el deseo de solicitar un ILE. Una vez tomada la decisión se procederá de manera conjunta a la firma del consentimiento informado, tanto por la niña o adolescente como por quien la acompañe y será adjuntada a la historia clínica.

d. Conflictos con sus representantes

En el caso de las niñas o adolescentes que requieren asistencia para la toma de decisiones (de acuerdo a su autonomía progresiva) y exista desacuerdo con sus representantes y la niña o adolescente, debe primar el “interés superior del niño”, entendido desde el enfoque que establece la CDN, es decir, en consonancia con la protección integral de sus derechos a través de la garantía de su participación sin mediaciones, respeto de su autonomía progresiva.

De acuerdo con la actualización del protocolo, siguiendo las reglas establecidas en el CCyC las/os profesionales deben actuar en consonancia con la capacidad de discernimiento de la niña o adolescentes para favorecer el ejercicio de su autonomía y facilitar la toma de una decisión informada de manera conjunta, de ser posible mediante la superación de la contradicción con sus representantes.

De no ser posible el acuerdo o en caso de negativa injustificada de quienes la asistan en el proceso de toma de decisiones respecto de un ILE, se debe proceder de acuerdo a lo establecido en el artículo 26 del Código Civil (Ley 26.994), que indica que **“el conflicto entre ambos se resuelve teniendo en cuenta su interés superior, sobre la base de la opinión médica respecto a las consecuencias de la realización o no del acto médico.”** Es decir, que la decisión en el caso debe centrarse en la opinión y participación de la niña o adolescente, tomando la opinión médica como elemento para la determinación del interés superior del niño, que será aquella alternativa que mejor garantice el ejercicio y respeto de sus derechos. El proceso de conformación del acuerdo se debe llevar a delante

en sede del sistema de salud y no se requiere judicializar el conflicto. Deben realizarse todos los esfuerzos para que este proceso sea lo más rápido posible.

OBJECCION DE CONCIENCIA

Hay 3 puntos que consideramos centrales y que ya se encontraban en el protocolo emitido en 2015:

1. En primer lugar, **el carácter individual de este derecho a eximirse excepcionalmente del cumplimiento de los deberes profesionales relacionados con la ILE.**¹²

Por un lado, si se entiende la conciencia como el conjunto de creencias morales centrales de una persona y como condición intrínseca e individual, sería incorrecto considerarla un atributo institucional. En sentido estricto, ninguna institución puede experimentar culpa, sufrimiento por lesiones a su identidad. Así lo ha considerado, por ejemplo, la Corte Constitucional colombiana:

El ejercicio de la objeción de conciencia no se asimila a la simple opinión que se tenga sobre un asunto; por el contrario, son las más íntimas y arraigadas convicciones del individuo las que pueden servir como fundamento para el ejercicio de este derecho. Esta característica es ajena a las personas jurídicas, que en su constitución y ejercicio pueden concretar principios como la libertad de empresa o derechos fundamentales de sus socios, mas éstos no podrán nunca transmitirles caracteres éticos y morales propios y exclusivos de las personas naturales

Las instituciones privadas tienen un ideario que se plasma en sus estatutos, no tienen conciencia propia. El ideario refleja un acuerdo sobre los valores que la institución promoverá entre las personas que la integran; sin embargo, este ideario no puede contradecir normas de orden público o resultar discriminatorio, especialmente respecto de grupos vulnerables, y así lo ha sostenido la Corte Suprema de la Nación.¹³

Por otro lado, en relación con la OC frente al aborto, la Corte Suprema de la Nación en su fallo F.,A.L. de 2012 en su considerando 29 indica que el derecho a la OC debe garantizarse a profesionales de la salud pero a su vez indica que las instituciones deben garantizar la provisión, por tanto no podrían invocar una OC insitucional dado que en palabras de la Corte el derecho a la OC debe garantizarse “*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*” para la ILE.

2. En segundo lugar, el protocolo de 2015 como su actualización de 2016 **plasman límites razonables para el ejercicio de la OC** (que como todo derecho, tiene límites) a saber:¹⁴
 - Todas las normas de salud que incluyen OC establecen como límite el “daño a terceros” o fijan la garantía de que esa objeción no obstaculizará el acceso a la salud del paciente. Se trata de límites a la autonomía en la tradición constitucional desde 1853, sumado a que en este caso está en juego también el derecho a la salud, a la autonomía y a la vida de la persona gestante. Asimismo, no puede negarse que, lamentablemente, hay profesionales de la salud incluso del derecho que mal usan la OC para imponer su voluntad, obstaculizar el acceso a la ILE o directamente maltratar o violentar a pacientes.¹⁵

- La OC solo puede ser invocada respecto de la provisión directa de la ILE y no de las tareas preparatorias o de recuperación. Al tratarse de una excepción que protege la autonomía y la libertad moral de las personas, les permite eximirse de la práctica que contraviene su creencia individual. En el caso de la ILE esta sería la interrupción de la gestación. Los procedimientos preparatorios como las ecografías, la toma de tensión arterial o los informes médicos no tienen como finalidad poner fin al embarazo, ni inciden directamente en este resultado que contradice la creencia moral del/a profesional. Por ello, y dadas las características y el potencial de afectación del acceso efectivo a los servicios y la organización del sistema de salud, la mayoría de las regulaciones en el mundo han optado por limitar la OC a la provisión directa del servicio.¹⁶
- El deber de información sobre el derecho y la posibilidad de acceder a una ILE en las causales legalmente establecidas en 1921, no es pasible de OC. Lo contrario sería hacer predominar la libertad de conciencia del profesional sobre la paciente. La información es clave para el ejercicio de la libertad de conciencia, y esa información en general la tiene la/el médica/o que goza de monopolio en el ejercicio de su profesional.
- Obligación de derivación que, tal como está descrita en el protocolo actualizado, sigue las reglas de cualquier derivación médica: debe ser inmediata y formal, esto quiere decir que debe ser consignada en la historia clínica. En Argentina desde la implementación del modelo de atención primaria de la salud (APS) y el desarrollo de la medicina comunitaria, pero sobre todo desde el regreso de la democracia se ha fortalecido el desarrollo de mecanismos de *referencia y contrarreferencia* para optimizar la calidad de la atención de la salud entre diferentes niveles de atención y efectores del sistema de salud. En ese sentido, es apenas lógico que para una derivación de ILE se le pida al profesional tratante que tome los mayores recaudos para que, como lo ha dicho la CSJN, “*se permita al personal sanitario ejercer su derecho de objeción de conciencia sin que ello se traduzca en derivaciones o demoras que comprometan la atención de la requirente del servicio*”.
El establecimiento de un plazo de 24hrs para dicha derivación permite a las autoridades sanitarias dar seguimiento a la resolución del caso de forma oportuna y es un plazo habitual en prácticas donde el tiempo es clave.
El trabajo en red de los servicios de salud y la comunicación entre efectores de los sistemas de salud provinciales ha sido una preocupación constante de la administración sanitaria de los distintos niveles de gestión. Por ello, se han integrado distintos mecanismos que persiguen este objetivo, el programa REMEDIAR + REDES, por ejemplo, ha tenido la preocupación central de crear redes articuladas de prestadores de servicios para la implementación adecuada de los modelos de referencia y contrarreferencia. Para 2013, por ejemplo, se realizaban por año 48.000 referencias y contrarreferencias documentadas solo dentro de los proyectos de REDES.¹⁷
- No puede ejercerse la OC en una situación de emergencia. Se considera que una persona se encuentre en situación de urgencia cuando “*su estado o patología evoluciona rápidamente hacia condiciones de gravedad... La urgencia se determina por la gravedad de la patología de[l/a] paciente, más el tiempo necesario para su atención adecuada, el grado de cuidado necesario y la valencia social para quién lo valoriza o presión social para quién la sufre*”.¹⁸ Esta es la regla general para todas las prácticas sanitarias. Las/os profesionales de la salud deben actuar para proteger la vida y la salud de las personas en emergencia con todas las herramientas y prácticas a su alcance. Por esto mismo, la aclaración del protocolo acerca de la obligación de brindar atención de urgencia en una ILE es redundante, ya que ningún/a profesional puede eximirse de realizar todas las tareas que le sean posibles en estos casos. De

todos modos, su inclusión brinda seguridad a las autoridades de aplicación del protocolo y enfatiza la obligación profesional.

3. En tercer lugar, **los requisitos para la presentación de una OC**. La Corte Suprema desde 2012 en fallo FAL estableció requisitos para el ejercicio de la OC en los siguientes términos:

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 a las víctimas de violencia sexual.

La reciente actualización del protocolo establece exactamente estos requisitos aclarando la forma de realizarlos (es tarea propia de los protocolos precisar requisitos y procedimientos): la manifestación debe ser por medio de “notificación” a las autoridades del efector en que el preste servicios, de forma que quede constancia de su voluntad de eximirse de la provisión de la ILE. La exención debe ejercerse en todas las situaciones frente a las que se presento OC y debe ejercerse de buena fe, esto implica el cumplimiento de los límites mencionados y de los requisitos para su ejercicio.

Aunque no se modifican los estándares que están vigentes desde 2012 con el fallo de la CSJN y fueron reiterados en el protocolo emitido en 2015, las aclaraciones y ejemplos aportados por esta nueva redacción que solo presenta algunas modificaciones o precisiones, resultan de suma importancia para que en los servicios se despejen dudas y se implementen de forma efectiva las garantías para el acceso a la ILE y el ejercicio de la OC no constituya una barrera para la provisión de los servicios ni se haga un uso abusivo de la misma.¹⁹

¹ Abogada, magister en derecho comparado por el Instituto Universitario Europeo (Florencia, Italia. Tesis sobre la regulación de la objeción de conciencia en el mundo, aprobada con la máxima calificación).

Investigadora externa del Centro de Estudios de Estado y Sociedad (CEDES). Ha asesorado en diferentes oportunidades al Programa de Adolescencia del Ministerio de Salud de la Nación. Autora de más de 20 publicaciones sobre objeción de conciencia en la Argentina, en la región y en el mundo.

² Abogada, profesora de derecho en la Universidad de Palermo e investigadora asociada del Centro de Estudios de Estado y Sociedad (CEDES). Egresada con medalla de plata de la Universidad Nacional de Tucumán, con una maestría en derecho con especialidad en América Latina de la Escuela de Derecho y el Teresa Lozano Long Institute of Latin American Studies de la Universidad de Texas en Austin, y un posgrado en derechos de las mujeres de la Universidad de Chile. Ex Becaria Fulbright y CONICET. Candidata doctoral por la Universidad de Buenos Aires (UBA).

³ Artículo 119 CP. Será reprimido con reclusión o prisión de seis meses a cuatro años el que abusare sexualmente de persona de uno u otro sexo cuando, ésta fuera menor de trece años o cuando mediare violencia, amenaza, abuso coactivo o intimidatorio de una relación de dependencia, de autoridad, o de poder, o aprovechándose de que la víctima por cualquier causa no haya podido consentir libremente la acción.

⁴ Pantélides, E., Fernández, M., y Marconi, E. (2014). Maternidad temprana en la Argentina. Las madres menores de 15 años. Buenos Aires, Argentina: UNFPA, CENEP.

⁵ Loaiza, E., y Liang, M. (2013). Adolescent pregnancy: a review of the evidence. UNFPA, New York; OMS. (2014). Embarazo en la adolescencia. Nota descriptiva N° 364 . Ginebra, Suiza.

⁶ CDN artículo 2 y Ley 26.061 artículo 14; Observación general N° 14 del Comité de los Derechos del Niño.

7 La mortalidad materna es la primera causa de muerte de adolescentes entre 15 y 19 años de edad en los países en desarrollo como la Argentina. El mayor riesgo de mortalidad materna corresponde a las adolescentes de menos de 15 años. Ver. OMS. Nota descriptiva N°348, Mayo de 2014.

8 Ver observaciones y recomendaciones de los comités de seguimiento de la implementación de los tratados de DDHH referidas en el anexo 1.

9 El código civil (Ley 26.994/2014) en su artículo 25 establece que para la legislación civil se considerarán adolescentes las personas entre los 13 y 18 años. Esta categoría, adolescencia, indica un período en el que se presume que la capacidad jurídica de las personas ha alcanzado un grado de maduración que les permite llevar adelante un número importante de actos jurídicos. Si bien, como se ha reiterado en este documento, no se trata de un límite perentorio para el ejercicio de derechos, es una muestra del reconocimiento de la progresividad de la autonomía de las personas. Además vale recordar que no se relaciona con el ejercicio de los derechos personalísimos, que pueden/deben ser ejercidos por todas las personas sin mediación.

10 Voto del Doctor Casas en “Liga de Amas de Casa” TSJ CABA, 2003.

11 Si bien, algunas regulaciones procedimentales sobre ILE indican los 14 años como edad para acceder a la práctica sin necesidad de representantes, tomamos como referencia los 13 años por dos razones. En primer lugar, porque como hemos insistido, las edades que indican las normas son referencias que deben ser contrastadas con las características y condiciones del caso concreto, y no pueden ser aplicadas arbitrariamente. En segundo lugar, porque consideramos que esa edad cuenta con mejores referencias normativas: es la edad a partir de la cual el ordenamiento penal reconoce el consentimiento sexual y es la edad en la que inicia la adolescencia de acuerdo con el código civil vigente.

12 La objeción de conciencia es una figura jurídica excepcional. Es que, como principio general, el sistema jurídico demanda y aspira a la obediencia de las normas por todas las personas obligadas. La OC es este curioso caso donde el Estado permite a una persona exceptuarse de una obligación jurídica, debido a sus convicciones morales, siempre y cuando cumpla con los requisitos, procedimientos fijados y no dañe derechos de terceros. Surgió como una forma de proteger minorías religiosas o culturales, usualmente ignoradas por las previsiones de las leyes. Ver: Ramón Michel, Agustina y Ariza Navarrete, Sonia. Objeción de conciencia institucional. Documento REDAAS, 2018. Disponible en: <http://www.redaas.org.ar/archivos-actividades/110-OC%20INSTITUCIONAL%20WEB.pdf>

13 Corte Suprema de Justicia de la Nación, “Castillo, Carina Viviana y otros c/ Provincia de Salta - Ministerio de Educación de la Prov. de Salta”, 12 de diciembre de 2017.

14 Ariza Navarrete, Sonia y Ramon Michel, Agustina (2018). Una vuelta de tuerca a la objeción de conciencia. Propuesta regulatoria. Disponible en: <http://www.redaas.org.ar/archivos-recursos/464-Resumen%20ejecutivo%20-%20OC.pdf>

15 Alegre, Marcelo (2009). Debate sobre objeción de conciencia médica y salud reproductiva. Revista Argentina de Teoría Jurídica. N° 13. Junio; Deza, S. (2014) “Objeción de conciencia frente al aborto en Tucumán: herramienta de mayorías” en Jaque a la Reina. Salud, autonomía y libertad reproductiva en Tucumán. Ed. Cien-ores. Bs. As; Ramón Michel, Agustina y Ariza Navarrete, Sonia (2019). Usos imprevistos y respuestas a la objeción de conciencia en el aborto legal. N° 10 - Serie de documentos REDAAS.

16 Ariza Navarrete, Sonia (2018). La objeción de conciencia sanitaria: un estudio exploratorio sobre su regulación en el mundo. Revista Jurídica de Buenos Aires - año 43 - número 97 -, Facultad de Derecho - Universidad de Buenos Aires, Departamento de Publicaciones.

17 Anuario REDES (2013). Disponible en:

http://www.msal.gob.ar/images/stories/bes/graficos/0000000619cnt-anuario_redes_2013.pdf

18 Glosario, artículo 3 Ley 1883/05 CABA, Paciente declarado con una emergencia o urgencia médica.

19 Ver encuesta a más de 260 profesionales de la salud sobre este tema en Ramon Michel, Agustina y Ariza Navarrete, Sonia (2018). Una vuelta de tuerca a la objeción de conciencia. Propuesta regulatoria. Disponible en: <http://www.redaas.org.ar/archivos-recursos/464-Resumen%20ejecutivo%20-%20OC.pdf>