

Una vuelta de tuerca a la objeción de conciencia

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

Resumen ejecutivo

Sonia Ariza Navarrete & Agustina Ramón Michel



Resumen ejecutivo

“El 90% del personal de salud no va a hacer abortos” advirtieron médicos de Chaco, una provincia del noreste argentino mientras se debatía en el Senado un proyecto de despenalización y legalización del aborto en julio de 2018. Muy cerca de ahí, en Misiones, y por la misma época, todos los médicos de un hospital anticiparon que se declararían objetores de conciencia; unos días antes había circulado la noticia de que más de 200 niñas violadas habían sido obligadas a parir en esa misma provincia, sin acceso al aborto legal por causal violación –en Argentina el aborto se permite en casos de riesgo para la vida o la salud y por violación–.

Al mismo tiempo, muchxs profesionales que proveen servicios de aborto legal sufren el estigma, la sobrecarga de trabajo e incluso la marginación profesional y social, son tildados de “aborteros” “hacen el trabajo sucio”. Y no en pocos casos, jefes de servicio y directores de hospital utilizan sus cargos y autoridad para restringir la libertad de médicxs jóvenes. Existe “una especie de *“obediencia debida”*”; *los residentes en algunos servicios temían que, de no declararse objetores, fueran marginadxs y no tuvieran acceso a los cargos o al entrenamiento necesario para los demás servicios*”, tal como relató para esta investigación unx gestorx entrevistadx.

Por todo esto, al momento de sentar las bases de una política pública en salud que incluya interrupción legal del embarazo (ILE), resulta muy difícil eludir la llamada *objeción de conciencia* (OC). Es que se ha vuelto prácticamente imposible asegurar el acceso a la ILE sin responder a este fenómeno.

En este trabajo sobre OC a la ILE en Argentina, nos enfocamos en dos aspectos fundamentales e interdependientes: la reconceptualización de este fenómeno y una

propuesta para regularla en el marco de una política pública de salud. Ambas empíricamente informadas; además de fuentes secundarias, obtuvimos opiniones y percepciones de una encuesta que realizamos a 269 integrantes del sistema de salud pública y 11 entrevistas semiestructuradas a gestorxs y jefxs de servicios también del sistema público de salud, sobre las formas que adquiere la OC, sus causas e impacto.

El encuadre conceptual que planteamos pone en juego anhelos normativos, necesidades concretas, y experiencias cotidianas tanto de los equipos de salud como de las autoridades sanitarias. Este encuadre también busca dar cuenta de las características de la formación médica, las condiciones institucionales de los servicios de salud y el ambiente sociopolítico en el que se ejerce la OC.

Entendemos la OC como un caso de rechazo moral, en donde unx 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 objetiva a pacientes que solicitan ILE, y, por eso recurre a esta excepción, trasladando el caso y la carga de trabajo a sus colegas. De este modo, la OC debería ser ante todo un acto de humildad, no de soberbia moral, menos aún de fundamentalismo religioso o de presión política encubierta.

Sin embargo, hemos constatado que la OC es usada como una herramienta para evadir, entre otros, los costos asociados al estigma, a la sobrecarga de trabajo, al desconcierto legal, al desprestigio, a eventuales problemas dado el accionar de grupos conservadores o fiscales (y otras autoridades judiciales) que abusan de su poder en ambientes laborales, institucionales, e incluso sociales, hostiles.

De esta manera, **la OC funciona como una forma individual e 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 por equipos completos y autoridades para no hacerse cargo de las obligaciones de respeto, protección y garantía del derecho a la ILE, y para resguardarse en ambientes extremadamente hostiles respecto al aborto. Así lo sugiere la encuesta donde, por ejemplo, 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 profesionales de la salud.

Además de los usos distorsivos y el ineludible lugar que ocupa en el debate público sobre acceso y ampliación de los derechos reproductivos, la OC es sumamente relevante por la magnitud y consecuencias de su ejercicio. **Existe una relación entre la incidencia de la OC y los problemas relacionados con la provisión de servicios de salud, tales como falta de acceso, demoras, malos tratos, morbilidad y mortalidad materna, entre otros.** Según lxs encuestados, los principales problemas de la OC son la afectación de la calidad de la atención (62%), la sobrecarga de trabajo para profesionales que atienden casos de ILE (58%) y la tensión entre integrantes del equipo (57%). Solamente cerca del 7% consideró que la OC no genera problemas dentro de los equipos.

En buena parte de la Argentina **la libertad de conciencia de lxs profesionales que dan respuesta a mujeres que necesitan una ILE está restringida.** Por ejemplo, se abusa de la autoridad al interior de los servicios de salud para limitar las decisiones individuales sobre la provisión de servicios de ILE. La mayoría de las personas encuestadxs (51%) considera que las autoridades de los servicios influyen en los equipos para que se nieguen a proveer servicios. Unx coordinadorx de salud sexual y reproductiva provincial relata, *“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”*.

Pese a que lxs profesionales que practican ILE trabajan dentro de la ley y motivados por su conciencia, enfrentan el estigma, la marginación dentro de sus servi-

cios y de la comunidad profesional, acosos e incluso la amenaza de daño físico. Es decir, pagan un altísimo costo para ejercer su libertad de conciencia a diferencia de lxs profesionales que niegan este servicio de salud. Hay una tergiversación de la rendición de cuentas, y de los incentivos y desincentivos, para cumplir con los deberes profesionales y legales.

Además del uso como una “válvula de escape” para evitar costos, la OC también es usada como un Caballo de Troya; resguardada en la protección de la libertad de conciencia individual funciona como una herramienta política para desarticular las políticas públicas de salud reproductiva. Este es el caso del uso que impulsa la Iglesia Católica desde sus altas jerarquías, quienes han instado a sus fieles a usarla como forma de contrarrestar los cambios favorables a los derechos reproductivos.

Estos usos distorsivos y políticos se han promovido por la falta de políticas públicas que contemplen efectivamente la OC. Aunque la Corte Suprema de justicia de la Nación y la política sanitaria argentina han otorgado reconocimiento jurídico y también político a la OC, desde las primeras leyes nacionales sobre derechos reproductivos emitidas en 2002; aún no se cuenta con una regulación adecuada. El máximo tribunal, en su histórico fallo de 2012 sobre aborto, reafirmó la necesidad de regular la OC para garantizar que su ejercicio no obstaculice el acceso al aborto legal. No obstante, hasta el momento la política sanitaria nacional no ha lidiado con sus condiciones y límites; tampoco con su abuso o con las causas que impulsan a lxs profesionales a ejercer la OC, pese a que la negación de profesionales a brindar ILE se ha traducido en la vulneración de derechos de pacientes y falta de acceso a servicios vitales, convirtiéndose en varias provincias del país en la regla.

Este no es fenómeno exclusivo de la Argentina o de la región, las cláusulas de OC acompañaron la primera ola de legalización del aborto, en países europeos

y Estados Unidos, entre 1970 y 1980, como una necesidad pragmática y también como concreción jurídica de la negociación política que permitió la consolidación del derecho al aborto. Desde aquel momento, han proliferado de una manera un tanto mecánica, sin atender a las inconsistencias que este excepcional instituto tiene en el contexto sanitario, y como si no hubiera mejores formas acomodar los intereses en juego.

Ante esta realidad preocupante, una de las primeras reflexiones de este trabajo es la reconceptualización de la OC, para entenderla no como el resultado de un conflicto entre una creencia moral interna y una obligación externa, sino como un conflicto moral complejo entre varias creencias y principios que informan la conciencia de cada profesional. Este conflicto tiene lugar en el fuero interno de cada persona, aunque debe contemplar los efectos externos que genera necesariamente. Justamente por eso, cuando se objeta para exceptuarse del cumplimiento de un deber profesional y legal, hay una dimensión moral costosa. El uso de la OC por lxs profesionales de la salud privilegia una creencia personal determinada por sobre, o defraudando, un conjunto de principios morales, además de deberes legales y profesionales que también hacen parte del sustrato axiológico de ese profesional y, por tanto, estarían llamados a guiar su comportamiento.

Por todo lo anterior, proponemos una nueva designación del fenómeno, por entenderla más precisa: **“negación a la provisión de servicios de ILE por razones morales o religiosas”**. En primer lugar, consideramos que el ejercicio a conciencia lo realizan todxs lxs profesionales de la salud. Justamente ese es uno de los problemas del término OC: facilita un monopolio del término *conciencia* a lxs profesionales que, paradójicamente, niegan la atención de salud a unx paciente quien ejerció también su conciencia al solicitar una ILE. Un segundo problema es la equivalencia de la conciencia con la no-prestación de abortos, que contribuye a la estigmatización de quienes sí proveen este servicio. Un tercer problema del término OC es que recrea de manera incompleta la escena. Lxs profesionalxs 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 a brindar servicios de ILE 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 continuar con el término OC que surgió con el servicio militar obligatorio pues no es sino con muchas dificultades que podemos encontrar similitudes con la figura que se usa en el campo de la salud.

Entendiendo la negación a la provisión de servicios de ILE por razones morales o religiosas en el sentido antes mencionado, avanzamos con **una propuesta regulatoria que inserte esta figura en el marco de la una política pública de garantía de los derechos reproductivos**.

La propuesta incluye una cláusula para ser incorporada en la ley de ampliación del derecho al aborto y una reglamentación de tal cláusula como parte de las políticas de salud sexual y reproductiva, con las justificaciones correspondientes.

La cláusula permite la negación de servicios basado en razones morales o religiosas, con las siguientes características:

- i) individual y no institucional**, por cuanto la conciencia y, por tanto, la integridad moral es individual y no colectiva;
- ii) a profesionales de la salud que deban realizar la práctica de propia mano**, no a quienes realizan tareas complementarias, previas o posteriores;
- iii) solo por razones morales o religiosas, que no constituyan criterios de discriminación** contra las personas solicitantes o lxs demás integrantes del equipo;

- iv) esta negación implica cuatro deberes:** exceptuarse en todos los ámbitos en que se ejerza la profesión; suministrar información veraz, suficiente y clara a las personas que tengan el derecho al aborto legal; derivar de buena fe a otro profesional que esté dispuesta a brindar el servicio; y cumplir con los arreglos para la distribución de las cargas de trabajo dentro del equipo, establecidas desde la gestión del servicio o del efector.

- v) límites al ejercicio de esta excepción:** *no se puede ejercer* en caso de urgencia, cuando no haya personal disponible para la provisión del servicio o *cuando se ejerzan cargos de gestión de personal sanitario*. Este último es considerado dada la necesidad de evitar que profesionales de salud en cargos de gestión ejerzan una influencia indebida y la limitación de la libertad profesional del equipo a cargo.

La reglamentación que proponemos además establece las responsabilidades institucionales que corresponden a los diferentes niveles de gestión sanitaria.

Aunque esta propuesta fue diseñada para el caso argentino, esperamos sirva como referencia para otros países, principalmente de América Latina, aunque no únicamente.

Esperamos que la propuesta regulatoria contribuya a que los estados avancen en el cumplimiento de sus deberes de protección de los derechos humanos y en particular de los derechos a la salud sexual y reproductiva de las mujeres y otras personas con capacidad de gestar ▪

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

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.

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.

*Para mayor información sobre la justificación de cada uno de los artículos de la regulación ver: "Una vuelta de tuerca a la objeción de conciencia: Una propuesta regulatoria de las prácticas del aborto legal en Argentina", disponible en <http://www.redaas.org.ar/recurso.php?r=463>