

## 9. OBJECCIÓN DE CONCIENCIA Y ABORTO

### La libertad consciente

Agustina Ramón Michel y Sonia Ariza Navarrete\*

#### Resumen

El objetivo de este capítulo es identificar y evaluar estudios que analizaron la objeción de conciencia frente al aborto en América Latina, publicados en revistas indexadas entre enero de 2009 y marzo de 2015. Los artículos se identificaron mediante una búsqueda en 16 bases de datos electrónicas: Bireme, Cochrane, Dialnet, IBECS, JSTOR, LILACS, MEDES, Medline, NICE, PLoS(one), Popline (John Hopkins School of Health), FLACSOAndes, PubMed Central, SciElo, ScienceDirect (ex Scopus) y The Gale Group. Dos revisoras evaluaron los estudios. Las variables recabadas fueron, entre otras: enfoque principal, tipo de estudio, año, lugar que referencia el artículo, idioma, posición sobre la objeción de conciencia, idea principal, concepto de objeción de conciencia empleado. Se identificaron 28 estudios: siete de Colombia, seis de Uruguay, cuatro de Chile, dos de Brasil, dos de México, uno de Argentina y uno de Perú. Las demás publicaciones solo mencionan como ejemplos algunos países de América Latina: tres de Chile, tres de Colombia y uno de Brasil. Dos publicaciones realizan un estudio comparado de países de la región. Predominan los estudios descriptivos. La mitad de los artículos incluidos trata aspectos regulatorios, también hay artículos enfocados en la conceptualización de la objeción de conciencia y aquellos que presentan un estudio cualitativo sobre la objeción de conciencia en los servicios de salud. Se identificaron tres posturas: *a favor* de la objeción de conciencia, que significa que sus autoras/es avalan el reconocimiento y uso de la objeción de conciencia frente al aborto, *limitar*, para aquellos artículos que sugieren la necesidad de definir los límites tanto del estatus de la objeción de conciencia así como de su ejercicio, y finalmente *neutro*, para aquellos artículos que se detienen en la descripción de situaciones relacionadas con la objeción de conciencia sanitaria, estudios de opinión y experiencias sobre la objeción de conciencia frente al aborto, sin insinuar una posición en un sentido u otro. Los estudios incluidos revelan la necesidad de trabajos empíricos que den cuenta de la magnitud y características del fenómeno de la objeción de conciencia en los servicios de salud, y profundizar y expandir los argumentos a favor de limitar la objeción de conciencia.

#### Palabras clave

Objeción, conciencia, aborto, objeción de conciencia y América Latina

\* Las autoras agradecemos a Guillermo Agdamus del Centro de Documentación del CEDES y al personal de la biblioteca de la Universidad de Palermo por facilitarnos los artículos de este estudio.

## I. Introducción

El objetivo de este capítulo es presentar un estado del arte sobre la objeción de conciencia frente al aborto, a partir de una revisión sistemática de artículos publicados en revistas indexadas en la región de América Latina y el Caribe en el período enero 2009 a marzo 2015.

La objeción de conciencia sanitaria, especialmente frente a la práctica del aborto, se ha constituido en una de las barreras más manifiestas para el acceso a las interrupciones legales del embarazo en los países de América Latina en donde se fueron logrando ciertos avances legales, de políticas y prácticos en los últimos años.

A pesar de que durante la última década en la región, ha habido una marcada expansión del tema de la objeción de conciencia en el contexto de los derechos reproductivos y sexuales, en particular en lo que se refiere a la prestación de servicios de aborto legal, las discusiones acerca de sus significados y formas de regulación, así como la evidencia acerca de la magnitud del fenómeno y las características de su ejercicio han sido poco exploradas.

Sabemos que la objeción de conciencia en el contexto del aborto legal genera varios obstáculos y plantea importantes cuestiones políticas, morales y legales, tales como: ¿De qué manera provoca barreras o las intensifica? ¿Qué impacto tiene la objeción de conciencia en las percepciones de los profesionales de la salud? ¿Es la objeción de conciencia necesariamente un derecho si el sistema jurídico reconoce la libertad de conciencia, o podría asignársele otro estatus jurídico? ¿El reconocimiento de la objeción de conciencia como un derecho significa que no puede ser limitado su ejercicio? ¿Cómo podrían ser esas limitaciones? ¿Hasta qué punto los reclamos de objeción de conciencia se deben a creencias morales o religiosas genuinas y no a usos ilegítimos, basados en motivaciones políticas o estigmas persistentes en relación al aborto? ¿Qué tensiones están involucradas en la organización de los servicios de salud cuando se reconoce la objeción de conciencia? ¿Refuerza la estigmatización de los servicios relacionados con el aborto? ¿Es posible ponderar y armonizar las tensiones que genera la protección de los reclamos de objeción de conciencia de profesionales de la salud y el deber de garantía del acceso a los abortos legales de las mujeres? ¿Cómo están resolviendo estos conflictos los países de América Latina?

Nuestra participación en esta publicación y la investigación para este capítulo, se deben a la certeza de que es necesario tener un mejor panorama del estado actual del arte en este incipiente, pero cada vez más presente asunto y a la apuesta por construir una agenda de investigación que brinde información de calidad, reflexiones estimulantes y propuestas de acciones transformadoras en el campo de la salud pública y derechos reproductivos y sexuales.

## II. Metodología

La revisión de la literatura sobre objeción de conciencia frente al aborto en América Latina se desarrolló sobre publicaciones electrónicas o disponibles en formato digital en revistas indexadas entre enero de 2009 y marzo de 2015.

Para la identificación de los documentos se revisaron 16 bases de datos de acceso abierto o de consulta abierta. Por acceso abierto entendemos las bases que permiten el acceso al texto completo de los artículos, mientras que de consulta abierta aquellas que permiten el acceso únicamente a descriptores, resúmenes o citas de los artículos. Las bases fueron seleccionadas de acuerdo con el tema, las delimitaciones (por ejemplo, publicaciones sobre América Latina) y nuestra experiencia en la investigación sobre el tema, así como por listados de bases de datos disponibles en las bibliotecas consultadas<sup>1</sup>. Con estos criterios se efectuó una búsqueda sistemática de la literatura en 16 bases de datos electrónicas: Bireme, Cochrane, Dialnet, IBECS, JSTOR, LILACS, MEDES, Medline, NICE, PLoS(one), Popline (John Hopkins School of Health), FLACSOAndes, PubMed Central, SciElo, ScienceDirect (ex Scopus) y The Gale Group.

Para la búsqueda en las bases seleccionadas se emplearon cinco palabras clave: objeción, conciencia, aborto, objeción de conciencia y América Latina. Se utilizaron estas palabras ya que los descriptores en ciencias DeCs no contienen categorías aplicables a esta búsqueda: el término *objeción de conciencia* no aparece y el término *conciencia* se encuentra únicamente asignado como subcategoría de *principios morales* dentro de las áreas disciplinares de la psicología, la psiquiatría y las humanidades. Las combinaciones de palabras claves que resultaron más efectivas para identificar los artículos fueron: “objeción de conciencia + aborto” y “objeción de conciencia + aborto + América Latina”.

Según los criterios de inclusión de la primera etapa, los trabajos tenían que (i) estar publicados entre enero de 2009 y marzo de 2015; (ii) referirse a América Latina o a algún país o jurisdicción de esta región; (iii) tener referencias o estar dedicados a la objeción de conciencia, frente a prestaciones de salud sexual y reproductiva, en particular sobre aborto.

El idioma no se tuvo en cuenta como criterio de exclusión<sup>2</sup>. Las referencias se filtraron según lo inferido por el título y el resumen de los estudios, clasificándolos en tres grupos: “definitivamente incluido”,

.....  
<sup>1</sup> Se consultaron las bases disponibles en el Centro de Documentación del Centro de Estudios de Estado y Sociedad (CEDES) y en la biblioteca de la Universidad de Pelarmino dentro del Convenio del Ministerio de Educación de la Nación y el Consejo de Rectores de Universidades Privadas, para el acceso a documentación disponible en bases de datos seleccionadas desde universidades públicas y privadas del país.

<sup>2</sup> Sin embargo, las publicaciones resultantes de las búsquedas en las bases de datos solo arrojaron resultados en castellano, inglés y portugués.

“definitivamente excluido” y “pendiente de mayor información”. De esta primera etapa de recolección se obtuvieron 84 artículos. En una segunda etapa se examinó el contenido de los textos de los grupos “definitivamente incluidos” o que requirieron “más información”. Esta selección fue realizada por cada una de las revisoras y cuando hubo desacuerdo se discutieron las razones de exclusión o inclusión y se resolvió por consenso. De esta revisión se excluyeron 24 artículos por diversos motivos, entre ellos, la falta de enfoque en un país de la región o en la región, así como la marginalidad que tenía la objeción de conciencia en los asuntos principales de los artículos (se lo citaba como mero ejemplo). Además, se excluyeron otros 13 artículos por repetirse en la primera selección. De los 47 artículos de esta segunda etapa, 32 estaban disponibles a texto completo en el Internet de forma gratuita, otros 15 se obtuvieron a través de convenios de las bibliotecas universitarias (Facultad de Derecho de la Universidad de Palermo) e institucionales (biblioteca abierta del Centro de Estudios de Estado y Sociedad) consultadas.

En una tercera etapa se excluyeron 19 artículos más: diez porque la referencia a América Latina o algún país de esa región era extremadamente remota, nueve más se excluyeron porque las revistas en que se publicaron no tenían referato, o bien porque la fecha no estaba dentro del corte temporal previsto y pasaron por error en el primer filtro, o por algún motivo adicional que no respondía a los criterios de inclusión.

De esta manera, se arribó a 28 artículos. Para la extracción de datos, se empleó un formato diseñado especialmente para este estudio. Los artículos se procesaron de acuerdo con las siguientes variables: enfoque principal, tipo de estudio, año, lugar que referencia el artículo, idioma, posición sobre la objeción de conciencia, idea principal y concepto de objeción de conciencia.

De este modo, el formato diseñado permitió, entre otras caracterizaciones, identificar: la idea principal del artículo (reducción cualitativa), la posición desde la cual se escribieron (se usaron tres categorías: a favor de la objeción de conciencia, neutrales y propuestas de limitar la objeción de conciencia), tipo de estudios (básicamente: conceptual o empírico) y el enfoque predominante (cuatro categorías: bioético, de salud pública, jurídico –regulatorio o conceptual– y de opinión).

Del análisis de los hallazgos se extrajo información que permitió la caracterización de la muestra, identificación de tendencias en las categorías utilizadas, lagunas en el conocimiento, entre otras cuestiones.

### III. Resultados

#### III.1. Características de los estudios

La búsqueda y revisión definitiva fue de 28 artículos. La muestra de artículos seleccionados por año sugiere una tendencia a la progresión en la cantidad de publicaciones sobre la objeción de conciencia frente al aborto en América Latina, aunque la muestra tiene un corte temporal acotado para confirmar esta hipótesis. En 2009 hay una sola publicación seleccionada, mientras que en 2010 y 2011 se incluyeron cuatro y seis respectivamente. En 2012 aparecen cuatro publicaciones pero en 2013 vuelve a aumentar a 10 trabajos. En 2014, se obtuvieron tres materiales.

Respecto al lugar, se observó que una cantidad muy limitada de artículos son acerca de países (en orden cuantitativo): siete Colombia, seis Uruguay, cuatro Chile, dos Brasil, dos México, uno Argentina y uno Perú. Las demás publicaciones solo mencionan como ejemplos o tienen meras referencias a algunos de los países latinoamericanos: tres Chile, tres Colombia y uno Brasil. Asimismo, únicamente dos de ellas realizan un estudio comparado de países de la región: el primero sobre Colombia y Uruguay y el otro sobre Perú, Chile y México. Uno más realiza una comparación, pero con naciones europeas: Colombia, España, Alemania e Italia. Estos datos evidencian una prevalencia de publicaciones sobre experiencias nacionales, o al menos con ejemplos sobre lo local y lo nacional (21 artículos) y un escaso análisis comparado (dos artículos). Se destaca Colombia con la mayor cantidad de escritos *a favor* de la objeción de conciencia (cinco artículos) (y tres que defienden una limitación de la objeción de conciencia). Un dato importante es que de los 28 trabajos, 20 se detienen con menor o mayor detalle en los países que seleccionaron, pero son cuatro los estudios de caso. Y ocho de 28 simplemente mencionan como ejemplos breves a los países. En un sentido similar, casi la totalidad de los artículos se refiere a los países a nivel nacional o en términos generales. Solo tres de los textos revisados localizan de modo más acotado la problemática. Estos son el de Montero Vega (1), que refiere a Santiago de Chile, el de Díaz-Olavarrieta *et al.* (2) sobre la Ciudad de México y el de De Zordo (3) sobre Bahía, Brasil. Este hallazgo es relevante para pensar en posibles estudios subnacionales dada la diversidad de situaciones y desafíos en la atención del aborto, vis a vis la objeción de conciencia al interior de los distintos países.

22 de los 28 artículos incluidos en esta revisión fueron escritos originalmente en castellano, siete en inglés y solo uno en portugués. Esto facilitó el análisis del contenido de los artículos y mostró que la mayoría de las/os autoras/es tienen origen latinoamericano, como lo corroboran los antecedentes de las notas de presentación de los artículos.

Sobre la autoría de los escritos, 17 mujeres y 21 varones escribieron los materiales revisados. En la muestra, 19 de los trabajos tienen autoría individual y el resto son coautorías, en todos los casos de profesionales de un mismo país.

En relación con tipo de estudio, predominan los descriptivos, le siguen los exploratorios y los conceptuales. No hay estudios explicativos. De los 14 trabajos descriptivos, la mitad se ocupa de los aspectos regulatorios de la objeción de conciencia. En segundo lugar, se identificaron seis artículos enfocados en la conceptualización de la objeción de conciencia y seis que llevan a cabo un estudio cualitativo sobre el empleo de la objeción de conciencia en los servicios de salud. Se hallaron dos revisiones de la literatura, ambas de 2011, junto a una nota editorial sobre el tema.

En relación con el enfoque principal de los artículos, la mayoría se centra en los aspectos jurídicos de la objeción de conciencia (11 artículos), específicamente en los aspectos regulatorios (siete textos), aunque también se identificaron artículos que le dedicaron algo de espacio a la definición jurídica de la objeción de conciencia (un escrito) y el análisis de la jurisprudencia (un artículo). En segundo lugar, hay artículos que abordan los aspectos bioéticos de la objeción de conciencia frente al aborto (siete materiales). En tercer lugar están los trabajos preocupados por los aspectos de política sanitaria relacionados con la implementación y el uso de la objeción de conciencia en los servicios de salud (cinco textos). Finalmente están los artículos de análisis sociológico del fenómeno (dos) y los puramente conceptuales o filosóficos (tres escritos).

Casi la totalidad de los artículos seleccionados fue publicada en revistas indexadas del continente con la sola excepción del Reino Unido. La mayoría de las revistas son de América del Sur (27 artículos), del Reino Unido (dos artículos) y de norteamérica (Estados Unidos y Canadá) (dos artículos). Las revistas con mayor cantidad de publicaciones en la muestra son *Acta Bioethica*, publicación del Centro Interdisciplinario de Estudios en Bioética de la Universidad de Chile y la *Revista Médica* de Uruguay. En segundo lugar aparece *Archivos de medicina interna* de la Sociedad de Medicina Interna de Uruguay. En tercer lugar, *Reproductive Health Matters*, creada por una organización independiente del Reino Unido, *Cuadernos Médico Sociales*, del Colegio Médico de Chile y la *Revista de Ciencias de la Salud de la Universidad de Rosario* en Argentina. Finalmente las revistas en la que solo se encontró un artículo son: revista virtual *Via Inveniendi Et Iudicandi* de la Universidad Santo Tomás de Colombia, *Prolegómenos - Derechos y Valores* de la Universidad Nueva Granada de Colombia, *Estudios Socio-Jurídicos* de la Universidad del Rosario de Colombia, la *Revista Colombiana de Obstetricia y Ginecología* de la Federación colombiana de ginecología y obstetricia, *Saúde Pública* de la Facultad de Salud Pública de la Universidad de São Paulo, la revista *Panamericana de Salud Pública* de la Organización Panamericana de la Salud, *Persona y Bioética* de la Universidad de la Sabana de Colombia, *Cadernos Saúde Pública* de la Escola Nacional de Saúde Pública Sergio Arouca de Brasil y la revista *Ciencia e Saude Coletiva* de la Associação Brasileira de Saúde Coletiva.

Como se anticipó en la metodología, para el análisis en esta revisión se clasificaron los artículos según la postura de las/os autoras/es frente a la objeción de conciencia. Se identificaron tres posturas: *a favor*

de la objeción de conciencia (nueve artículos), que significa que sus autoras/es avalan el reconocimiento y uso de la objeción de conciencia frente al aborto; *limitar* (14 artículos), para aquellos textos que proponen fijar límites al reconocimiento o ejercicio de la objeción de conciencia por parte de los profesionales de la salud y finalmente *neutro* (cuatro artículos), para aquellos escritos que se detienen en la descripción de situaciones relacionadas con la objeción de conciencia sanitaria, estudios de opinión y experiencias sobre la objeción de conciencia frente al aborto sin insinuar una posición en un sentido o en otro.

### III.2. Hallazgos principales

De los estudios que emprenden algún tipo de investigación empírica, la mayoría son descriptivos cualitativos y no hay ninguno cuantitativo.

Pese a la falta de evidencia empírica, algunos artículos brindan datos relevantes. Cinco califican la objeción de conciencia como barrera para el acceso del aborto legal por parte de las mujeres (4,5). Así, por ejemplo, Gómez-Sánchez (5) refiere al abuso de la objeción de conciencia por parte de las instituciones de salud, profesionales y jueces, y destaca junto con Amado *et al.* (4), los problemas que aparejan el uso de la objeción de conciencia institucional. En el mismo sentido, el artículo de Lidia Casas (6) presenta un análisis comparativo de las políticas públicas de México, Perú y Chile en torno a la objeción de conciencia, donde señala de manera crítica los modos en que la falta de limitaciones razonables para su ejercicio, atenta contra el acceso a las prestaciones de salud reproductiva, lo que afecta especialmente a las mujeres.

De toda la sistematización, tres artículos, el de Montero Vega (1), el de Diaz-Olavarrieta *et al.* (2) y el de De Zordo (3), están avocados al relevamiento del conocimiento, actitudes y prácticas (KAP, por sus siglas en inglés), sobre aborto en general, ofrecen datos interesantes acerca de las opiniones e información de las/os profesionales de la salud.

De la investigación de Diaz-Olavarrieta *et al.* (2) surge que la objeción de conciencia prevalece entre el personal de salud de ingreso reciente lo cual, según las/os autoras/es, podría atribuirse a su desconocimiento sobre las normas y lineamientos técnicos para la atención del aborto legal. Asimismo, este artículo relata que “la mayoría de los participantes mencionó que la objeción de conciencia está determinada por cuestiones culturales y religiosas, así como por desinformación sobre salud reproductiva. Expresaron que algunos médicos sostienen un doble discurso, porque rehúsan la practica del aborto en el ámbito publico pero la efectúan en la esfera privada por ser lucrativa” (2). Si bien, no pueden realizarse afirmaciones ni conclusiones contundentes debido a la falta de otras investigaciones similares, este dato recién señalado sugiere que muchas/os profesionales de la salud ponen en duda

la validez y legitimidad de la objeción de conciencia y que algunas objeciones se explicarían por deficiencias de conocimiento y capacitación, por ejemplo. Este punto es interesante para futuras exploraciones en investigación aplicada. De la recolección surgió un único estudio KAP dedicado a la objeción de conciencia: Montero Vega (1), que releva opiniones sobre la objeción de conciencia.

La investigación de Montero Vega (1) está especialmente consagrada al relevamiento de los significados y aspectos bioéticos relacionados con la objeción de conciencia profesional en la atención de salud sexual y reproductiva de adolescentes de la región Metropolitana en Santiago de Chile. De modo similar, el trabajo de De Zordo (3) trata las representaciones y experiencias de ginecobstetras en la atención de abortos legales e ilegales en dos maternidades de Salvador da Bahia en Brasil.

El estudio de Montero Vega (1) recolecta las representaciones que tienen las/os profesionales de la salud sobre la objeción de conciencia, las analiza semánticamente y destaca las distintas definiciones que esta población tiene sobre dicha figura. El estudio presenta los múltiples significados que se asignan a la objeción de conciencia relacionados con la negación, impedimento, limitación o interferencia sobre una determinada acción, atención o procedimiento en salud, por contraponerse a las creencias o valores del profesional. Sin embargo, varias/os profesionales perciben la objeción de conciencia como una forma directa de incumplimiento de una normativa o medida legal. Es llamativo que respecto a los agentes legitimados para utilizar la figura de la objeción de conciencia, la percepción cambia de acuerdo con la prestación objetada. Para la mayoría de las/os encuestadas/os, solamente los profesionales directamente involucrados en la prestación podrían objetar cuando se trata de prestaciones de salud sexual y reproductiva para adolescentes. No obstante, cuando se trata de la provisión de abortos legales, un número importante opina que podría plantearse por la totalidad de las personas que tomen conocimiento del pedido:

...“si pueden objetar en conciencia, porque todo lo que hagas para facilitar el procedimiento por el cual tú no estás de acuerdo, ya sea la matrona que ingresa, la pabellonera que la lleva, la anestesista que le pone la anestesia... el chofer, sí, todos” (E11:200) (1).

Sin embargo, hay una percepción negativa respecto de la objeción de conciencia institucional, de la misma forma que cuando se la estima como una maniobra encubierta para eludir la responsabilidad profesional: “creo que mucha gente que trabaja con adolescentes lo utiliza sin sentirla realmente, sino que como una excusa como pa’ sacarse el problema de encima” (1). Es destacable que del grupo de profesionales que explícitamente se definieron como objetoras/es, la mayoría expresaba argumentos religiosos como fundamento de su objeción. Finalmente, es relevante notar que, de acuerdo a la investigación de Montero Vega (1), la mayoría de las/os encuestadas/os no logró identificar las

implicancias de la objeción de conciencia en términos bioéticos. No obstante, en las respuestas de las/os encuestadas/os se manifestó la necesidad de fijar límites al ejercicio, entre ellos: respeto por los derechos del paciente, situaciones de riesgo vital, imposibilidad de derivación; entrega de información, etcétera.

A diferencia de los otros dos artículos (1,2), el De Zordo (3) es un trabajo empírico cualitativo que tiene como propósito identificar los factores que influyen las representaciones y experiencias de ginecólogas/os y obstetras sobre la atención de aborto y que, según la autora, explican el alto número de profesionales que recurren a la objeción de conciencia en los dos hospitales seleccionados. Los factores identificados de los resultados de las encuestas son:

- la criminalización del aborto y los temores a ser denunciados;
- el estigma del aborto generado por grupos religiosos y por los propios profesionales;
- el tipo de educación y entrenamiento que reciben los obstetras y la falta de buena educación y capacitación en la epidemiología de la mortalidad y morbilidad materna asociados al aborto; y
- las representaciones de género.

Por otro lado, los factores relacionados con opiniones más favorables al acceso al aborto son: la edad (debajo de los 30 años y por arriba de los 45 años) y la experiencia previa con la atención de abortos legales y una alta tasa de mortalidad materna debido a complicaciones por aborto.

Los estudios definen la objeción de conciencia de diversas maneras pero en general le adjudican el carácter de derecho. Valderrama Sandoval y López Barreda (7), por ejemplo, la definen como “el derecho subjetivo que tiene por objeto lograr la dispensa de un deber jurídico, o la exención de responsabilidad cuando el incumplimiento de ese deber se ha consumado” no obstante que la aproximación de su artículo es de carácter bioético. De igual forma, Kottow (8) afirma que “la objeción de conciencia frente a disposiciones normativas y leyes elaboradas en un sistema razonablemente democrático y aceptadas por la mayoría ciudadana, es un derecho legítimo, con frecuencia legalmente reforzado”. Otros la definen como un “mecanismo” (9), una “negativa formal” (10,11), un “conflicto” (12) o una “forma de incumplimiento” (13).

Varios artículos presentan serios problemas de argumentación, en particular los que emplean argumentos religiosos. Siete de 28 artículos recurren a argumentos religiosos para defender la objeción de conciencia, de los cuales seis lo hacen como fundamento exclusivo sin agregar razonamientos de otra índole. Enfatizan deberes religiosos como soporte de la objeción de conciencia, jerarquizando el “derecho divino” o “derecho natural” por encima del derecho positivo. También realizan una valoración disminuida de los derechos de las mujeres frente al valor de la vida en gestación afirmando,

por ejemplo: “ahora es fácil hacer una intervención quirúrgica de corazón o recurrir al empleo del riñón artificial durante la gestación, sin que esta [la mujer gestante] tenga que salir perjudicada” (20) y marginando la garantía y respeto de la voluntad de la mujer. Además, algunos artículos contienen argumentos imprecisos. Tal es el caso de la siguiente afirmación: “De acuerdo con los presupuestos del juramento hipocrático, nadie puede disponer de la vida en el desarrollo de los actos biomédicos, por lo que el médico se puede excusar de practicar un aborto, invocando una objeción de conciencia. Con su actitud de rechazo, el profesional de la sanidad, público o privado, no infringe ningún deber constitucional o legal, de malograr la gestación, porque no se le impone tal gravamen en ninguna norma” (14).

Asimismo, llama la atención que aquellos trabajos basados en consideraciones bioéticas estén en términos generales, poco desarrollados. Más aun, hay escasas referencias a los deberes profesionales y los trabajos que analizaron significados y aspectos bioéticos relacionados con la objeción de conciencia profesional en la atención del aborto, optaron por una posición fuerte a favor de la objeción de conciencia, incluso abiertamente conservadora respecto de la atención del aborto. Velázquez Córdoba y Córdoba Palacio (15) reflejan esta postura:

... el afán de reducir o suprimir el derecho a la objeción de conciencia es la culminación de una política de desconocimiento a la dignidad intrínseca de la persona humana —todo ser humano es persona— que trata de imponer la obediencia a normas del Estado, normas dictadas por cualquier organismo oficial para asegurar la obediencia a una “ley” antes que a la conciencia, y obligar así a constituirse en criminal o cómplice en asuntos como el aborto, la eutanasia, etc.

Cabe destacar que prevalece una posición contraria a la objeción de conciencia institucional. Se argumenta que la imposibilidad de su reconocimiento obedece, por un lado, al carácter de la conciencia —que únicamente la pueden tener los seres humanos—, y por otro lado, al deber institucional de garantía de las prestaciones sanitarias que impide que las instituciones mismas se eximan del cumplimiento de sus deberes legales. Sin embargo, dos de los artículos se enfocan específicamente en la defensa de la objeción de conciencia institucional. Tal es el caso del trabajo de Zarate Cuello (16), que basa su artículo en la ilegitimidad de la restricción jurisprudencial a la objeción de conciencia institucional. Sostiene que los criterios de la Corte Constitucional colombiana “tienen implicaciones bioéticas y biojurídicas frente a la interpretación pluralista de orden filosófico, religioso y jurídico del artículo 18 de la Carta Política, el cual garantiza la libertad de conciencia en nuestro Estado Social de Derecho y, es el legislador quien debe reasumir su competencia a través del bioderecho” (16). Por su parte, Laferriere (17) considera que, si bien es cierto que las instituciones no tienen conciencia, su ideario e ideología debe ser respetado y

por tanto, esos casos “no son casos de objeción de conciencia, sino limitaciones al ámbito de aplicación de la ley, del que se excluye al menos parcialmente a los llamados establecimientos o instituciones ‘de tendencia’, es decir, aquellos que tienen una orientación religiosa o ideológica específica y definida que los identifica” (17).

Otro hallazgo relevante en esta línea es que si bien la mayoría (14 de 28 trabajos) de los artículos están a favor de establecer límites y condiciones al ejercicio de la objeción de conciencia, no hay ningún artículo que adopte una posición en su contra. Esto se vincula con los problemas abordados y las preguntas elegidas por los autores de los artículos revisados<sup>3</sup>.

Entre los límites al ejercicio de la objeción de conciencia apuntados por los artículos se destacan: la garantía de acceso a las prestaciones objetadas (*i.e.*, Diniz (9)), para ello aparecen propuestas como el establecimiento del “[...] deber de derivar a la paciente a otro médico no objetor con el propósito de asegurar la continuidad asistencial”(18), de igual forma refieren al deber “[...] de las instituciones tienen la obligación de contar con personal que no objete la prestación del servicio de interrupción voluntaria del embarazo”(18). Las condiciones para el ejercicio de la objeción de conciencia incluidas en los trabajos, provienen de normativas legales vigentes o son propuestas por los propios autores. En este último caso, llama la atención la falta de esfuerzos argumentativos con sustento empírico, ético o jurídico, para justificar los estándares sugeridos. Un obstáculo para realizar esta tarea argumentativa – necesaria para el estado actual de la discusión de la objeción de conciencia en la región– es como ya se mencionó, la falta de conceptualización y evidencia empírica acerca de las barreras que generan los usos de la objeción de conciencia entre los profesionales de la salud, así como de estudios comparados sobre experiencias locales en la región, con la excepción del artículo de Casas (6) y el de Cabal *et al.* (11).

En relación con lo anterior, solo unos pocos artículos brindan información sobre normativas nacionales y jurisprudencia relacionados a la objeción de conciencia en los países. Sobre Uruguay: Mautone y Rodríguez Almada (10), Adriasola (18) y Coppola (19); sobre Colombia: Mora Restrepo (20), Gómez-Sánchez *et al.* (5) y de la Rosa Guzmán (21). Sin embargo, ningún artículo de los 28 revisados, analiza de modo exhaustivo el marco regulatorio vinculado a la objeción de conciencia ya sea local, nacional, comparado o internacional.

Por otro lado, de los escritos que tienen un enfoque jurídico o con preguntas asociadas al derecho, solamente dos de ellos (6,11) recurren a argumentos de derechos humanos. En estos artículos se destaca la obligación de garantizar los derechos humanos de las mujeres, y que este deber es el límite para el reconocimiento legal y ejercicio de la objeción de conciencia (6). Asimismo, se aclara que la

.....  
<sup>3</sup> Volveremos sobre esto en la sección Discusión.

objección de conciencia no es un derecho humano (11). Por otro lado, el único texto (20) que hace un análisis detallado de la jurisprudencia sobre el tema, en este caso de Colombia, es para argumentar a favor de la objeción de conciencia.

En términos de propuestas, Gómez-Sánchez *et al.* (5) en relación con Colombia post sentencia C-355/06, estiman que es necesario reglamentar la existencia de protocolos de investigación al interior de los tribunales de ética médica para los asuntos relacionados con objeción de conciencia. En el mismo sentido, Mautone y Rodríguez Almada consideran que es necesaria “la regulación de la ley en todo el Sistema Nacional Integrado de Salud para garantizar el acceso universal de las mujeres a la prestación, en concordancia con el principio de justicia” (10).

#### **IV. Discusión**

Los resultados arrojados por la revisión de los artículos pueden interpretarse en dos dimensiones. En primer lugar, el estado del arte de la producción académica sobre la objeción de conciencia frente al aborto. En segundo lugar, el estado de situación del reconocimiento y uso de la objeción de conciencia en el campo de la atención del aborto en los servicios de salud, de acuerdo con los datos y argumentos brindados por los trabajos seleccionados.

En la primera dimensión, antes que nada debe aclararse que teniendo en cuenta que los trabajos revisados aquí son los publicados en revistas o libros indexados, es extremadamente factible que exista un sesgo de selección y que hayan quedado afuera varios artículos de buena calidad, de distintas disciplinas y con diferentes enfoques. En este sentido, el presente trabajo no refleja el estado del arte de las publicaciones sobre objeción de conciencia en América Latina, sino solo de aquellos trabajos de publicaciones indexadas entre 2009 y 2015.

Si bien los artículos adoptan abordajes distintos (predominantemente bioéticos, jurídicos y sanitaristas), la mayoría combina en sus reflexiones descripciones e ideas, y varios enfoques, lo que en ocasiones ofrece un panorama rico, pero en otras provoca falta de precisión y profundidad en los temas elegidos. De hecho, son muy excepcionales los artículos comprometidos con un enfoque y que exploran un buen menú de argumentos y descripciones dentro de ese enfoque. En este sentido, por ejemplo, no hay escritos que, desde el enfoque de la salud pública, profundicen puntos importantes del impacto de la objeción de conciencia en la organización de los servicios de salud y en el sistema de salud en general.

En una línea similar, hay deficiencias de evidencia empírica en los artículos revisados. En efecto, se realizan afirmaciones descriptivas sin sustento, se infieren consecuencias, sin dejar en claro cuáles y cómo formular las premisas empíricas o normativas sobre las que hipotéticamente se asientan. Esta

escasez explica en parte la falta de datos respecto a los efectos o problemas concretos generados por la objeción de conciencia, por ejemplo.

En general, incluso los artículos que no se basan en una norma jurídica particular, parten de la premisa de que la objeción de conciencia es un derecho descartando de este modo un cuestionamiento sobre el estatus jurídico de la objeción de conciencia vis a vis los derechos de las mujeres a la salud, a la vida, a la autonomía y a la integridad, entre otros.

Efectivamente, las preguntas que colocan los trabajos, incluso los que favorecen la limitación de la objeción de conciencia, no tienen como propósito disputar su aceptabilidad jurídica. Los artículos que defienden la necesidad de limitar la objeción de conciencia, y algunos que adoptan una postura fuerte a favor de la objeción de conciencia, señalan la necesidad de ponderar los derechos de los profesionales de la salud con los derechos de las mujeres. Así por ejemplo, Amado *et al.* (4) expresan que: “la verdadera objeción de conciencia requiere la realización de un balance entre los derechos a la salud de las/os pacientes, en este caso de las mujeres. Las/os profesionales de la salud no pueden estar habilitados para hacer uso de la objeción de conciencia como una excusa para evadir el cumplimiento de sus deberes profesionales. Evitando el acceso de otra persona a servicios de salud a los que tienen derecho, ello constituye una violación a los deberes éticos y legales”<sup>4</sup>.

Los artículos asumen que el conflicto se da entre el deber interno (la convicción moral a favor de la vida intrauterina, la creencia religiosa sobre el estatus del feto, etcétera) y un deber externo (la obligación de proveer abortos legales), por lo tanto no hay indagaciones o ejercicios conceptuales que disputen esa típica representación y vayan a otras presentaciones que densifiquen los valores y convicciones morales internos, por ejemplo (22). De este modo no se hallaron argumentos que enfaticen el hecho que la conciencia no solo está compuesta por aquellas convicciones morales conflictivas con la obligación legal (*i.e.*, la atención del aborto legal) (22). Como sostienen Cavallo y Ramón Michel (22), debe asumirse que la conciencia de una persona está informada por distintas creencias y valores, y por lo tanto la decisión del/la profesional de salud sobre si objetar o no, ocurre en un contexto normativo denso: la propia práctica profesional está sustentada en convicciones, valores, compromisos y experiencias con contenido normativo, que tienen un espacio privilegiado al momento de evaluar una situación compleja moralmente. Esto supone, añaden las autoras, que “principios fundantes de la práctica de la salud, como los de beneficencia, no maleficencia y consentimiento informado, están llamados a tener un rol protagónico en la reflexión y posterior decisión del profesional”(22).

<sup>4</sup> Traducción propia. Versión original en inglés: “True conscientious objection requires that a balance be struck between the rights of the objector and the health rights of patients, in this case women. Doctors must not be allowed to use conscientious objection as an excuse to evade their professional duties. Preventing someone from accessing a health care service to which they are entitled constitutes ethical and legal misconduct”.

Respecto a la segunda dimensión, esto es el estado de situación del reconocimiento y uso de la objeción de conciencia en el campo de la atención del aborto en los servicios de salud, los estudios incluidos en esta revisión ofrecen algunas pistas: la objeción de conciencia está instalada como una opción de las/os profesionales de la salud (por ejemplo, las encuestas de actitudes y prácticas de los profesionales de la salud), puede operar como una barrera para la prestación del aborto legal (por ejemplo, las descripciones realizadas por artículos que proponen fijar límites) y hay algunos desarrollos legales incipientes (por ejemplo, la jurisprudencia de la corte constitucional colombiana).

## **V. Conclusión**

Si bien en décadas anteriores estuvo presente en discusiones sobre salud reproductiva y previamente en el servicio militar obligatorio, los debates, los desarrollos argumentales y la movilización en torno a la objeción de conciencia frente al aborto es un fenómeno reciente en América Latina.

La objeción de conciencia da cuenta del momento histórico en que se encuentra la lucha por el aborto legal. Las recientes movilizaciones sociales y legales de la región sobre la despenalización del aborto, los pronunciamientos judiciales y administrativos para la implementación de las normas sobre el aborto en los diferentes países del continente, ponen de manifiesto la falta de acuerdo en las definiciones más básicas sobre el tema. Hay espacio para disputar los significados y definiciones: la objeción de conciencia en todas sus dimensiones es un fenómeno a definir, incluidos los aspectos jurídicos (por ejemplo ¿es o no un derecho?) y de política pública (por ejemplo, los distintos modelos de regulaciones).

En esta revisión de la literatura se observó un aumento en la cantidad de artículos publicados en las revistas indexadas sobre el tema, pero de calidad irregular. Es notoria la existencia de lagunas de conocimiento frente a la objeción de conciencia en la región, especialmente en cuanto a las disciplinas, marcos teóricos, metodologías y los pocos países referidos en los artículos incluidos en esta revisión de la literatura.

En primer lugar, es necesario contar con más y mejor evidencia sobre las formas de obstrucción del acceso a los servicios de aborto legal en los sistemas de salud, cómo se está argumentado a favor de la objeción de conciencia, cuáles son los mejores argumentos jurídicos y bioéticos para defender, limitar o negar la posibilidad de objetar la participación en la atención sanitaria de mujeres en situación de aborto, entre otras cuestiones. En relación con esto último, de la revisión de la literatura surge que en el campo de la bioética predomina la postura a favor de la objeción de conciencia y en contra del acceso legal al aborto, y de ahí la necesidad de producir argumentos que disputen esa postura desde la teoría y desde la práctica.

Los estudios incluidos en esta revisión son una muestra de acaso una primera etapa en de un campo que promete seguir desarrollándose. Por este motivo, nos parece adecuado sugerir líneas de acción e investigación en una agenda futura. Antes que nada, debería publicarse más y mejor en revistas indexadas. Como se indicó, llama la atención que una parte importante de los artículos de buena calidad no pudieron ingresar a este trabajo debido a que no se publicaron en revistas indexadas.

Finalmente, una agenda de investigación futura sobre la objeción de conciencia frente al acceso de las mujeres al aborto legal debiera encaminarse a:

- Producir mayor y mejor evidencia empírica sobre los efectos del reconocimiento de la objeción de conciencia;
- relevar las opiniones, actitudes y prácticas de las/os profesionales de la salud sobre la objeción de conciencia acerca del aborto, mediante distintas metodologías (no solamente encuestas sino también grupos focales y entrevistas a profundidad, por ejemplo);
- elaborar artículos que sean el resultado de reflexiones interdisciplinarias sobre los significados e implicaciones de la “objeción de conciencia” y de otras formas de incumplimiento de deberes profesionales que no encuadran en esta figura;
- realizar estudios de caso sobre experiencias locales de implementación de regulaciones o políticas que incluyan el componente de la objeción de conciencia (en otras palabras, investigaciones subnacionales);
- relevar de modo exhaustivo y sistemático las opciones regulatorios en el derecho comparado, tanto regional como global;
- fijar, mediante buenos argumentos, estándares normativos y proponer modelos regulatorios, para lidiar con las denegaciones de servicio con argumentos multidisciplinarios que además rescaten datos empíricos, en particular los efectos perniciosos y serios del reconocimiento de la objeción de conciencia sin más, para el acceso de las mujeres al aborto legal.
- profundizar la discusión y el análisis de la inclusión de la objeción de conciencia en las políticas públicas de salud sexual y reproductiva.

## VI. Referencias

1. Montero Vega A. La objeción de conciencia de los profesionales y su relación con la atención en salud sexual y reproductiva de adolescentes en Santiago de Chile. *Acta Bioeth.* 2014;20(2):197-206.
2. Díaz-Olavarrieta C, Cravioto VM, Villalobos A, Deeb-Sossa N, García L, García SG. El Programa de Interrupción Legal del Embarazo en la Ciudad de México: experiencias del personal de salud. *Rev Panam Salud Publica.* 2012;32(6):399-404.
3. De Zordo S. Representações e experiências sobre aborto legal e ilegal dos ginecologistas-obstetras trabalhando em dois hospitais maternidade de Salvador da Bahia. *Cien Saude Colet.* 2012 julio;17(7):1745-1754.
4. Díaz Amado E, Calderón García MC, Romero Cristancho K, Prada Salas E, Barreto Hauzeure E. Obstacles and challenges following the partial decriminalisation of abortion in Colombia. *Reprod Health Matters.* 2010;18(36):118-126.
5. Gómez-Sánchez PI, Urquijo-Velásquez LE, Villarreal C. Estrategia FIGO para la prevención del aborto inseguro. Experiencia en Colombia. *Rev Colomb Obstet Ginecol.* 2011 enero-marzo;62(1): 24-35.
6. Casas L. Invoking conscientious objection in reproductive health care: evolving issues in Peru, Mexico and Chile. *Rep Health Matters.* 2009;17(34):78-87.
7. Valderrama Sandoval A y López Barreda R. Conciencia moral: ampliando su aplicación en salud. Aspectos teóricos y prácticos de los juicios de conciencia en Chile. *Acta Bioeth.* 2011;17(2):179-188.
8. Kottow M. Objeción de conciencia en bioética. *Cuad Méd Soc.* 2010;50(2):143-149.
9. Diniz D. Conscientious objection and abortion: rights and duties of public sector physicians. *Rev Saúde Pública.* 2011;45(5):1-4.
10. Mautone M y Rodríguez Almada H. Objeción de conciencia en el ámbito de la salud. *Rev Méd Urug.* 2013;29(1):40-42.
11. Cabal L, Arango Olaya M y Montoya Robledo V. Striking a Balance: Conscientious Objection and Reproductive Health Care from the Colombian Perspective. *Health Hum Rights.* 2014;(16)2:E73-83.
12. Rodríguez Almada H. La objeción de conciencia en la normativa uruguaya. *Arch Med Interna.* 2013;35(2):62-68.

13. Montero Vega A y González Araya E. La objeción de conciencia en la práctica clínica. *Acta Bioeth.* 2011;17(1):123-131.
14. Montoya-Vacadiez DM. Mitos y realidades sobre la objeción de conciencia en la praxis médica. *Revista Ciencias de la Salud.* 2014;12(3):435-49.
15. Velazquez Cordoba LF y Cordoba Palacio R. Objeción de conciencia y la antropología filosófica. *Perspectivas Bioéticas.* 2010;14 (2):67-175.
16. Zárate Cuello AJ. Implicaciones bioéticas y biojurídicas de la objeción de conciencia institucional con relación al aborto en el ordenamiento jurídico colombiano. *Prolegómenos. Derechos y Valores.* 2011;XIV(27):43-56.
17. Laferriere JN. Aborto y objeción de conciencia. En de Martini Siro MA. *El médico frente al aborto.* Buenos Aires: Educa; 2012. p. 28-38.
18. Adriasola G. La objeción de conciencia y la interrupción voluntaria del embarazo. ¿Cómo conciliar su ejercicio con los derechos de las usuarias? *Rev Méd Urug.* 2013;29(1):47-57.
19. Cópola F. Interrupción voluntaria del embarazo y objeción de conciencia en Uruguay. *Rev Méd Urug.* 2013;29(1):43-46.
20. Mora-Restrepo G. Objeción de conciencia e imposiciones ideológicas: el Mayflower a la deriva. *Revista Estudios Socio-Jurídicos.* 2011;13(2):249-273.
21. de la Rosa Guzmán CP. Reflexiones Sobre el Aborto: eficacia de las normas que lo regulan en Colombia. *Revista Virtual Via Inveniendi Et Iudicandi.* 2012 enero-junio;13(1):1-50.
22. Cavallo M y Ramón Michel A. 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. Bogotá: O'Neil Institute de la Georgetown University & Women's Link Worldwide; 2014.