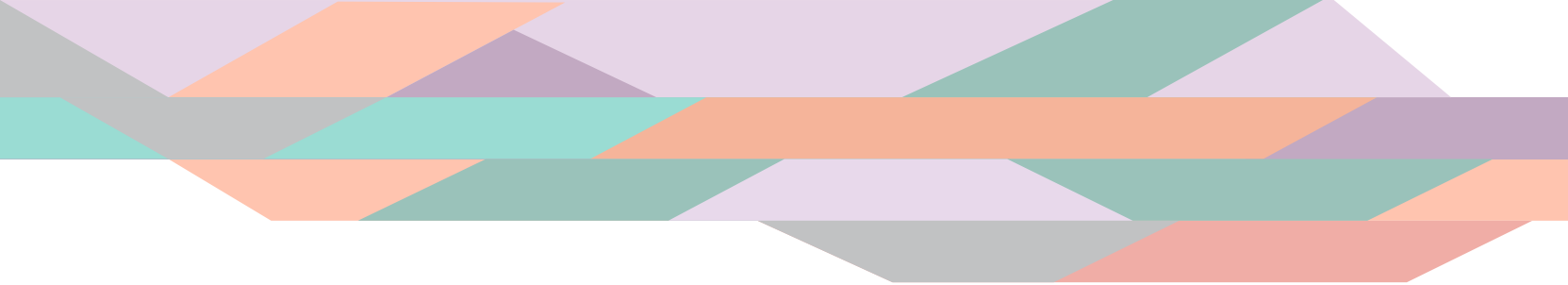


INTERCAMBIO GLOBAL SOBRE OBJECCIÓN DE CONCIENCIA EN ABORTO





Este documento, elaborado por Agustina Ramón Michel y Dana Repka, sintetiza las ideas principales expuestas en el evento de lanzamiento de la versión en inglés del Mapa Global de Normas sobre Objeción de Conciencia, disponible en: <https://youtu.be/v2JXYi7An2A>

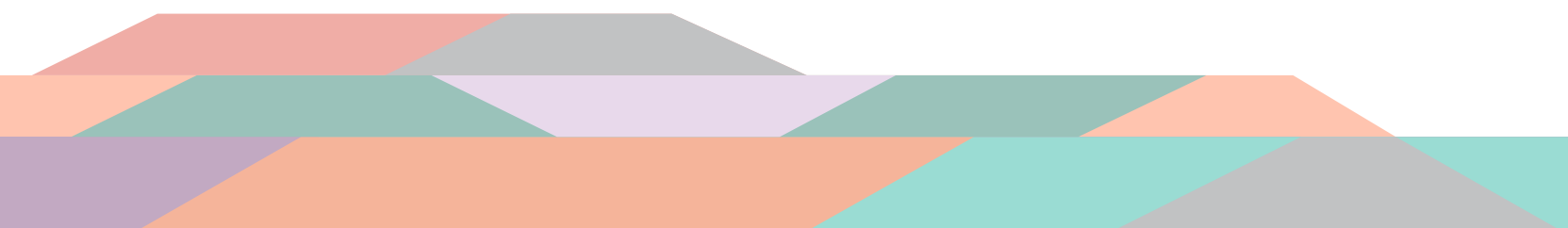
REDAAS: www.redaas.org.ar/

ELA: www.ela.org.ar

CEDES: www.cedes.org

IPAS: www.ipas.org

Sugerencia de cita: Ramón Michel, A. y Repka, D. Intercambio global sobre objeción de conciencia en aborto. REDAAS. Buenos Aires. Abril 2022.



INTRODUCCIÓN

El 7 de abril se lanzó la primera versión en inglés del **Global Map of Norms regarding Conscientious Objection**, mapa online que sistematiza las fuentes legales en materia de Objeción de Conciencia (OC) en aborto de más de 180 países y otras dependencias administrativas del mundo, investigación llevada adelante por Agustina Ramón Michel y Dana Repka (CEDES). Se reunió a académicas de ciencias sociales, proveedores de salud, abogadas y activistas de **Argentina, Estados Unidos, Italia, México y Sudáfrica, y de FIGO** expertas en OC para conversar sobre el tema. [Acá principales ideas, datos y discusiones.](#)

La objeción de conciencia es uno de los temas más persistentes, disputados y controvertidos dentro del ámbito de la salud y, más aún, en el campo del aborto. Sin embargo, hasta el momento, no había una sistematización escala global que permitiera comparar y analizar cómo los países del mundo lidian con la disputa de la OC que involucra a profesionales de la salud, mujeres, adolescentes y niñas, y el sistema de salud en general. El **Global Map of Norms regarding Conscientious Objection** -al igual que su versión en español, el **Mapa Global de Normas sobre OC**, lanzado en junio del 2021- pretende suplir ese vacío y, de este modo, da cuenta de cómo los países “resuelven” normativamente la disputa de la OC.

La OC es una figura presente en la inmensa cantidad de países que regulan el aborto de alguna manera; pero ha recibido poca atención en materia de regulación y por eso ha logrado interferir con el ejercicio de derechos. Este mapa es un avance en este sentido (Sonia Ariza, investigadora del CEDES).

MAPA GLOBAL SOBRE NORMAS DE OBJECION DE CONCIENCIA EN ABORTO - Agustina Ramón Michel y Dana Repka

El mapa es una sistematización de las normas vigentes en materia de OC en aborto en el mundo. **Incluye 419 normas de 180 estados soberanos**, junto con seis colonias y otras dependencias administrativas. Y toda esa información legal ha sido puesta en un mapa interactivo online disponible en la página de REDAAS.

Nuestra decisión de visualizar la información sistematizada de esta forma responde a nuestra convicción de que esta información tenía que ser comunicacionalmente accesible y que queremos, entonces, favorecer su uso amplio. Por ello, es que la visualizamos en un mapa interactivo disponible en la página de REDAAS.

En un relevamiento de estas características, con esta dimensión y a esta escala global, enfrentamos grandes desafíos. El primer desafío fue la **barrera idiomática**. Un segundo desafío fue la **falta de accesibilidad online**, sobre todo de regulaciones de baja jerarquía jurídica y de fallos de instancias inferiores. Y finalmente, el tercer desafío vinculado con la sistematización de la información fue **el definir las categorías** de una forma que fuesen excluyentes y auto explicativas entre sí.

La importancia que adjudicamos a detallar la metodología del Mapa responde a que queremos aportar transparencia y conocimiento a este ejercicio de derecho comparado.

El primer hallazgo es que **la tendencia muestra que hay un reconocimiento a la OC**. Nos guste o no nos guste, en la mayoría de los lugares donde hay aborto legal, hay reconocimiento a la OC. De los países que tienen normas de OC, el 93% lo hace para permitir la OC. Solamente 6 países la prohíben de forma explícita.

El segundo hallazgo es que **este reconocimiento a la OC individual para profesionales de la salud es un reconocimiento limitado**. Es decir, se la reconoce, pero también en esas cláusulas se fijan deberes y obligaciones a las profesionales y los profesionales de la salud, si es que objetan. El 88% de los países que relevamos tienen alguna precisión acerca de límites y deberes:

- La mayoría de las normas tienen escritas de distinta manera el límite de que no se puede objetar en caso de emergencia médica.
- Después, otro deber es el deber de derivar: el profesional que objeta tiene el deber de derivar y también tiene el deber de informar su OC.
- Mucho menos países tienen lo que nosotros llamamos garantías institucionales; es decir, mecanismos por los cuales el propio hospital, la institución, tiene que asegurar que, no importa la OC, las usuarias tienen el derecho de acceder al aborto.

Si uno lo mira en perspectiva y en términos relativos, **preocupa un poco las pocas normas que tienen el deber de derivar**, cuando sabemos que es uno de los mecanismos que puede llegar a garantizar mayor el derecho a las usuarias. Entonces, si bien lo que estoy diciendo acá es que es de los límites más frecuentes, no deja de ser poco porque solamente 28 países de 71 países hablan de un deber de derivar; y son muchísimo menos aquellos países que tienen garantías institucionales para asegurar que la OC no se convierta en una barrera.

Siempre estamos hablando, valga la aclaración, de cómo operan las normas en los libros: qué es lo que está escrito en las normas. Esto es lo que estamos analizando en este mapa.

El tercer hallazgo es que **la OC individual sí predomina, es una tendencia el reconocimiento, pero no así la OC institucional, que es una excepción solamente**: un puñado de países la reconocen. Dos los tenemos en América Latina, Chile y Uruguay; y Francia y Moldavia. Es decir, el 95% de los países no permite la OC institucional.

Para terminar:

- Lo que vemos es que la OC es reconocida como un derecho, pero está enmarcada por límites y deberes. Además, hay énfasis más en deberes y límites individuales; pero no así en deberes institucionales.
- **Después está la pregunta: ¿qué uso se les dan a estas normas en la práctica? O dicho de otro modo, en la práctica, ¿la objeción se deja enmarcar?**
 - La intención que tiene el derecho es enmarcar la OC, limitarla. Pero: ¿ocurre esto o no en la práctica?
 - Las colegas que van a seguir en esta presentación nos van a contar un poco sobre eso y finalmente dejar abierta la pregunta sobre si, con el avance del misoprostol, sabiendo cómo en realidad se mal usa la OC, tenemos que seguir pensando en el mismo paradigma, en una forma de un reconocimiento muy liberal de la OC, que hace énfasis ante todo en la cuestión individual, pero no se compromete a un nivel institucional de qué tiene que hacer el sistema de salud para garantizar el acceso al aborto.

ESTADOS UNIDOS - Wendy Chavkin

La OC plantea el **equilibrio entre la conciencia e integridad del individuo y la protección de éste y de la sociedad con otras creencias**. Y refleja los valores fundamentales de la Constitución de los Estados Unidos en virtud de los cuales se supone que debemos proteger a la minoría de la mayoría. Esto se deriva de nuestra separación de iglesia y Estado, que reconocemos el pluralismo, que tenemos diferentes creencias y tenemos para descubrir cómo podemos vivir juntos, cómo podemos expresar nuestras propias creencias sin entrometernos en los demás.

En los Estados Unidos, **han habido muchos ejemplos de OC que admiramos**: resistir las leyes racialmente discriminatorias, negarse a participar en la guerra de Vietnam... Llama la atención que, en todos estos casos, los objetores aceptaron las reglas sociales y las consecuencias: fueron a la cárcel, pagaron multas o realizaron servicios alternativos. **Ahora**, en los últimos años, **todo esto se ha invertido**, y el manto de la OC **se está utilizando para desafiar las normas políticas y socioculturales con las que los objetores no están de acuerdo y para rechazar las obligaciones y consecuencias**.

Por lo tanto, algunos de nosotros hemos propuesto que se permita la OC **solo si no es**

discriminatoria y si los daños pueden mitigarse. Cuando se trata de **OC sanitaria, debería haber aún más restricciones** sobre la OC porque los proveedores médicos tienen una obligación adicional: **un deber fiduciario.** El deber fiduciario reconoce que existen dinámicas de poder desiguales entre ciertas categorías de profesionales, médicos, abogados, asesores financieros y sus clientes. Por lo tanto, estos profesionales están obligados a anteponer las necesidades del paciente o del cliente a las suyas propias.

El mapa interactivo que han creado **es muy útil para aquellos que están planificando estrategias orientadas a limitar la OC** a fin de garantizar el acceso a los componentes cuestionados de la salud reproductiva y otros servicios de salud.

Un precepto fundamental de Global Doctors For Choice es que debemos aprender unos de otros: aunque entendemos que un enfoque no se puede importar de un país a otro, ya que el contexto local es específico, sin duda podemos obtener ideas los unos de los otros.

- Por ejemplo, aprendimos del Reino Unido y Noruega que una forma de garantizar el acceso al aborto, mientras se permite la objeción, es permitir a las pacientes saltar el primer paso generalmente requerido en la atención primaria e ir directamente al proveedor de servicios de aborto.
- En Irlanda, donde el modelo es diferente (el modelo básico se basa en el proveedor de atención primaria), el gobierno ejecuta una línea telefónica de opciones para aquellas que buscan abortos y las enruta directamente a los proveedores dispuestos.
- Portugal, cuando experimenta una escasez de proveedores debido a la OC, paga a las pacientes para que viajen hacia donde se prestan estos servicios y paga a los médicos para que viajen a brindar sus servicios a aquellas áreas que carecen de ellos.
- En Reino Unido, Portugal y Noruega permiten que la disposición a brindar servicios de aborto sea una condición para la contratación.

Ahora, todas estas iniciativas requieren **supervisión y aplicación gubernamentales** para garantizar que sean significativos y que el acceso se logre.

- En el Reino Unido, por ejemplo, los contratos con los proveedores locales no se renuevan si la cantidad esperada de procedimientos de aborto para una determinada área de captación es inferior a la prevista.

El concepto que subyace en todo esto es que la obligación de atender es a nivel institucional, a nivel organizacional, no a nivel individual. El objetor individual puede ser “acomodado” si se puede garantizar esa atención y si nadie resulta perjudicado.

Hemos aprendido tanto de EE. UU, como de otros ejemplos, que podemos anticipar que la OC seguirá siendo un problema en todo el mundo.

MÉXICO - Pauline Capdevielle

En México tenemos esta enorme brecha entre lo que dicen los textos y las prácticas cotidianas.

La OC está reconocida legalmente en varios temas de salud. Pero en la práctica, **la OC se observa** sobre todo en las cuestiones relacionadas con **lo sexual y lo reproductivo** y en particular con la cuestión del **aborto**.

El país está pasando por un momento de transición importante, pasando de una mirada de penalización al reconocimiento a nivel jurisprudencial de un derecho a decidir, con la complicación adicional que México es un sistema federal y, por lo tanto, la legislación en la materia es fragmentada.

Otro problema que tenemos **es la falta de diagnóstico de cuántos objetores tenemos en todo el territorio. Lo que sabemos es que sí es un fenómeno masivo**. La estimación es que entre 80 y 90% de los médicos y médicas en el territorio no quieren practicar abortos.

Además, en muchísimos hospitales, **las OC se acompañan de malas prácticas sanitarias**, de violencias, de abusos, de poder, de desinformación.

También lo que tenemos es un **marco normativo intimidatorio en la materia**, porque hay en muchas entidades federativas que modificaron sus constituciones locales estableciendo que la vida se debe proteger desde el momento de la concepción. Para el personal sanitario, esto intimida: intimida no saber si es o no es legal practicar abortos incluso en circunstancias amparadas por la ley.

Otro problema que tenemos es la **formación ética del personal de salud**. Cuando hablamos con las y los médicos, en muchas ocasiones, nos dicen que no necesariamente objetan por el fervor religioso... sino porque en las facultades de medicina les enseñaron que no es ético practicar abortos, que es un delito.

Y, desde luego, también está la **resistencia organizada de sectores conservadores**.

¿Cuál es el marco jurídico vigente que tenemos en México?

En la **Ciudad de México** tuvimos una regulación de la OC en el sentido de contenerla y a partir de algunos criterios que mencionaba Agustina cuando hablaba del mapa global de normas:

- La obligación de remitir a la paciente a un médico, un objetor;
- La OC no puede ser invocada en caso de emergencia.

- Y también algo importante: la obligación del Estado de siempre tener con personal no objetor para poder asegurar el servicio.

Antes en **Jalisco**, en 2004, teníamos un reconocimiento de la OC colectiva en el sentido contrario.

Y en 2018 tuvimos, ahora sí **a nivel federal**, una adición a la Ley General de Salud, en particular su artículo 10 bis, que, en este mismo sentido, reconoció una OC muy amplia a los servidores del sistema de salud.

Es precisamente esta ley la que fue impugnada y dio lugar a una sentencia de la Suprema Corte de Justicia de la Nación (SCJN) en 2021:

Resolución de la SCJN mexicana del 21 de diciembre de 2021:

Se declara la invalidez del artículo 10 Bis de la Ley General de Salud, adicionado mediante el Decreto publicado en el Diario Oficial de la Federación el once de mayo de dos mil dieciocho, así como de los artículos transitorios segundo y tercero del referido decreto, la cual surtirá sus efectos a partir de la notificación de estos puntos resolutivos al Congreso de la Unión (...). Se exhorta al Congreso de la Unión a que regule la objeción de conciencia en materia sanitaria, tomando en cuenta las razones sostenidas en esta sentencia.”

(Ver sentencia completa [aquí](#))

Texto original del art. 10 bis segundo y tercero de la Ley General de Salud declarado inválido:

El personal médico y de enfermería que forme parte del Sistema Nacional de Salud, podrán ejercer la objeción de conciencia y excusarse de participar en la prestación de servicios que establece esta Ley.

Cuando se ponga en riesgo la vida del paciente o se trate de una urgencia médica, no podrá invocarse la objeción de conciencia, en caso contrario se incurrirá en la causal de responsabilidad profesional.

El ejercicio de la objeción de conciencia no derivará en ningún tipo de discriminación laboral.

(Ver texto completo de la ley en su texto original [aquí](#))

Esta sentencia se enmarca en el trabajo de la Corte de ahora de encarar la cuestión del aborto en México:

- Tuvimos antes 2 sentencias en donde se reconoció en México que la criminalización absoluta del aborto es inconstitucional;
- También las y los jueces reconocieron un derecho a decidir para mujeres y personas gestantes y también consideraron que es inconstitucional estas disposiciones locales que garantizan el derecho a la vida desde la concepción hasta la muerte natural, porque precisamente vulneran como otros derechos humanos y en particular los de las mujeres.
- Entonces, la postura de la Suprema Corte de Justicia de la Nación fue **impugnar este artículo 10 bis que reconocía una amplia OC**. Se declaró la inconstitucionalidad y se empezó a tratar de regular esta objeción identificando una serie de criterios:
 - 1) El carácter individual de la OC.
 - 2) La obligación del Estado de contar con personal disponible.
 - 3) Que no puede invocarse la objeción en casos de emergencia, y tampoco cuando implica una carga desproporcionada para el caso de las nuevas usuarias, especialmente si se encuentran en zonas rurales.
 - 4) También afirmaron que no se puede invocar contra principios constitucionales y en particular en contra del principio de igualdad. Y eso surgió porque había algunas médicas que no querían atender personas parte del colectivo LGBT.
 - 5) No debe buscar entorpecer el ejercicio de los derechos.
 - 6) Es limitado al personal que está directamente involucrado en el procedimiento rechazado.
 - 7) La obligación de remitir a un colega no objetor.
 - 8) La obligación de un trato digno, decoroso, sin discriminaciones ni juicios valorativos. Porque los hechos lo que pasaba es que los médicos trataban de hacer cambiar de opinión de la mujer que llegaba para buscar una interrupción de embarazo.
 - 9) La obligación de contar con protocolos de actuación cuando no hay personal objetor en la unidad de salud.

10) Finalmente la previsión de mecanismos para identificar los objetores.

Así, la Corte lo **envió al Congreso de la Unión para que vuelvan a redactar un artículo que cumpliera estos criterios**. Ahora, justamente, estamos en este momento: se hizo un parlamento abierto donde se convocó a diferentes sectores de la población para escuchar sus posturas al respecto y parece que ya tenemos una iniciativa de ley que sería pre-aprobada.

Comunicado de prensa de la SCJN de México sobre la acción de inconstitucionalidad 54/2018, que resume su sentencia:

La Suprema Corte de Justicia de la Nación (SCJN), en sesión del Tribunal Pleno, invalidó el artículo 10 Bis de la Ley General de Salud que establecía de forma amplia la objeción de conciencia del personal médico y de enfermería que forme parte del Sistema Nacional de Salud, limitándolo únicamente cuando se pusiera en riesgo la vida del paciente o se tratara de una urgencia médica.

El Pleno determinó que la ley no establecía los lineamientos y límites necesarios para que la objeción de conciencia pueda ser ejercida sin poner en riesgo los derechos humanos de otras personas, en especial el derecho a la salud.

(Ver comunicado completo [aquí](#))

SUDÁFRICA - Matokgo Makutoane

La **Choice on Termination of Pregnancy Act** (CToP Act) de 1996 y sus enmiendas liberalizaron las disposiciones restrictivas anteriores que tipificaban el aborto como delito. Se distinguen los siguientes casos:

| Hasta 12 semanas + 6 días | De 13 a 20 semanas + 6 días | Después de 20 semanas + 6 días |
|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| <ul style="list-style-type: none"> • A pedido de una mujer. • No se requiere motivo. • Realizado por: matrona/enfermera/médico registrada y capacitada. | <ul style="list-style-type: none"> • Realizado por: médico registrado y capacitado. • Sólo si la continuación del embarazo plantea: <ul style="list-style-type: none"> • Riesgo de lesiones para la salud física o mental de la mujer. • Riesgo sustancial de que el feto sufra discapacidad mental/física • Violación/inceto • Afecta significativamente las circunstancias socioeconómicas de la mujer. | <ul style="list-style-type: none"> • Realizado por: médico registrado y capacitado después de consultar con otra MP/Enfermera/Partera • Sólo si: <ul style="list-style-type: none"> • La vida de la mujer está en peligro; • Malformación grave /lesión o riesgo para el feto. |

La **Choice on Termination of Pregnancy Act** guarda silencio sobre el derecho a la OC. Sin embargo, sí establece los deberes de los profesionales de la salud, y define la obstrucción al acceso al aborto como impedir la interrupción legal del embarazo u obstruir el acceso a una instalación donde se lleva a cabo el procedimiento y lo convierte en un delito penal.

- Si es declarado culpable, una persona que obstruye un aborto puede ser encarcelada por un período que no exceda los 10 años.
- Pero: **¿cuántas personas han estado en prisión en base a esto?** ninguna que hayamos sabido desde que la ley estuvo en vigor.

La CToP Act NO OBLIGA a todos los profesionales de la salud a practicar abortos. Solo los **obliga a dar información y evitar que obstaculicen** el acceso.

¿Quién puede negarse a prestar atención? (no hablan de OC)

- Cuando la vida de una mujer **está en peligro o en una emergencia, nadie** porque cualquiera que se niega a prestar atención en una emergencia está cometiendo un acto de negligencia.
- En el resto de los casos, sólo las **personas directamente involucradas en el procedimiento** pueden negarse a prestar atención.

Sin embargo, el personal de apoyo puede participar en eventos, talleres de estratificación para ejercitar y verificar sus valores y contribuir a un ambiente de trabajo cohesionado.

Más tarde, la **National Clinical Guideline for Implementation of CToP Act (2019)** precisa más:

- 1) Plantea el establecimiento de un registro en cada instalación sanitaria, donde podrán indicar qué proveedores se niegan a atender.
- 2) Quien se niega a atender terminaciones del embarazo debe informarlo al administrador/director del servicio por escrito al solicitar el trabajo.
- 3) Se debe registrar el nombre y los datos clínicos de la persona a la que se negaron a atender.
- 4) El administrador/director debe asegurar contar con el RRHH necesario para interrumpir embarazos de las nuevas solicitantes, al designar al personal.
- 5) La negativa debe tratarse individualmente, no puede ser un invocada colectiva. Solo se aplica a personas individuales capacitadas y no a grupos, instituciones, personal de apoyo o elementos complementarios.

Además, en casos que no sean de emergencia, los profesionales de la salud que se nieguen a proporcionar el aborto aún deben:

- 1) Explicar su negativa a la persona de una manera que no juzgue y no estigmatice,
- 2) Explicarle a la persona su derecho a solicitar el aborto;
- 3) Derivar a esa persona.
- 4) Y dar cuenta de su negativa al director para que la registre.

Guía Clínica Nacional para la Implementación de la Ley de Elección sobre la Interrupción del Embarazo, 2019

NEGATIVA A ATENDER

Esto se refiere a las personas que impiden una interrupción legal del embarazo u obstruyen el acceso a una instalación para una interrupción legal del embarazo basada en creencias personales, generalmente de naturaleza religiosa o espiritual (...). Solo el proveedor TOP directo puede rechazar la atención (ningún otro miembro del personal de apoyo o atención médica puede rechazar la atención). Como tal, un proveedor TOP directo que rechaza la atención basada en creencias personales debe derivar a la persona a un colega o centro que pueda ofrecer dichos servicios. El derecho de la persona a la información y al acceso a los servicios de atención médica, incluido TOP, siempre debe estar garantizado.

En el caso de que un proveedor directo se niegue a brindar atención, se debe aplicar el siguiente protocolo estándar:

1. La sección 36 de la Constitución impone el deber de, como mínimo, proporcionar al individuo información sobre dónde puede obtener un TOP y derivar al individuo en consecuencia.
2. Se debe mantener un registro de los servicios TOP rechazados en cada instalación, teniendo en cuenta:
 - los detalles clínicos del individuo
 - el proceso de derivación
 - el nombre del médico que rechazó los servicios
3. La negativa de un profesional de la salud a prestar atención no puede violar el derecho de otros profesionales de la salud que estén dispuestos a brindar servicios TOP:
 - Los profesionales de la salud que no estén dispuestos a proporcionar los servicios TOP deben informar a su Gerente de instalación por escrito cuando soliciten un puesto en la instalación.
 - Los gerentes de instalaciones deben confirmar si un miembro del personal es apto para brindar servicios TOP al nombrar al personal.
 - Cada miembro del personal que se niega a prestar atención debe ser tratado individualmente. La negativa a la prestación de servicios TOP nunca debe manejarse en un grupo o como una acción grupal.

- La negativa a prestar atención solo se aplica a profesionales de la salud capacitados individualmente y no a grupos, instituciones, personal de apoyo o servicios complementarios.
4. En casos que no son de emergencia, los profesionales de la salud que se niegan a brindar un servicio TOP aún deben:
- Explicar su negativa a la persona de una manera que no juzgue ni estigmatice.
 - Explicar a la persona su derecho a solicitar un TOP seguro.
 - Referir a la persona a un centro / proveedor que realizará el TOP.
 - Actualizar el registro de la instalación para anotar la negativa a prestar atención (...)

(Ver regulación completa [aquí](#))

SA Research study: Perspectives, and Reasons for Conscientious Objection among Healthcare Workers, Facility Managers, and Staff in South Africa: A qualitative study (2020)

- La OC por parte de los proveedores de atención médica **es una amenaza creciente para el acceso** al aborto seguro.
- Ha habido cambios progresivos en las actitudes hacia el aborto a lo largo del tiempo, pero **el estigma hacia las mujeres y las niñas que buscan un aborto sigue siendo considerable** entre el personal de los servicios.

ITALIA - Letizia Mencarini

Pienso que Italia, es un caso conocido que, a veces, se toma como ejemplo de lo que puede suceder en el futuro.

El aborto en Italia está regulado por **la ley 194 aprobada en 1978**.

- Nunca se ha cambiado.
- Se llama “ley para la protección social de la maternidad y la interrupción involuntaria del embarazo”

- Permite el aborto en los primeros 90 días casi libremente; y después del primer trimestre, sólo por peligro para la salud de la mujer.
- El aborto es gratuito y se otorga en hospitales públicos en el 94% de los casos.
- La ley establece también un procedimiento bastante complicado para acceder al aborto.
- Y lo que es importante: la misma legislación se aplica en todas las regiones de Italia, y las mujeres pueden ir a cualquier parte del territorio del país.

La misma ley también reconoce la OC:

- Reconoce a todos los ginecólogos, pero también al personal no médico en ginecología y en obstetricia. Y esto es en el suelo de la OC.
- Quienes objeten deben declarar formalmente su objeción a la autoridad local y al director de la instalación donde trabajan. Y por lo general esta declaración se hace efectiva después de un mes. Así que es la OC es individual y es algo que necesita ser declarado. Y luego se convierte en un estatus para la persona. Así que los practicantes son objetores o no objetores; no es algo que puedan decidir en el camino varias veces: necesitan declararlo formalmente.
- La ley italiana no exige que los objetores de conciencia remitan a las mujeres a médicos no objetores. Y el código de conducta de la Federación Italiana de Asociaciones Médica tampoco establece ninguna obligación en este sentido.
- Si hay una emergencia, la OC no exime al profesional del deber de atención: es necesario que actúe, a pesar de su OC.
- Fuera de los casos de emergencia, la ley establece que los médicos objetores deben proporcionar cualquier información útil para permitir que la mujer tenga acceso a dichos servicios. Esto es muy vago y realmente no da ninguna dirección sobre cómo actuar.
- La misma ley también exige que las regiones tan diferentes de Italia deben garantizar un acceso adecuado al aborto a nivel local. Sin embargo, en la práctica, la proporción de la objeción es bastante alta.
 - Está disminuyendo ligeramente con un 70% desde hace tres años.
 - Los últimos datos publicados decían que el 67% de los ginecólogos italianos son objetores, y el 40% de los médicos practicantes lo son.
 - Además, estos números varían de región en región Pero la variabilidad entre

regiones es muy alta:

- En las regiones del norte, sólo uno de cada 4 es objetor; mientras que en Sicilia hay un 86% de objetores.
- Existe una cierta correlación con la religiosidad, pero no exclusivamente porque la prevalencia de la OC es mayor en la parte central del mapa.

Artículo 9, Ley N° 194 sobre la Protección Social de la Maternidad y la Terminación Voluntaria del Embarazo de Italia, 1978

No se exigirá al personal sanitario y al personal sanitario aliado que preste asistencia en los procedimientos mencionados en las secciones 5 y 7 ni en la interrupción del embarazo si tienen una objeción de conciencia, declarada de antemano. Dicha declaración deberá ser remitida al oficial médico provincial y, en el caso del personal del hospital o de la residencia de ancianos, al director médico, a más tardar un mes después de la entrada en vigor de la presente Ley, o de la fecha de calificación, o de la fecha de inicio del empleo en un establecimiento necesario para prestar servicios para la interrupción del embarazo, o de la fecha de la elaboración de un convenio con las agencias de seguros que implique la prestación de dichos servicios.

La objeción puede ser retirada en cualquier momento, o puede ser presentada después de los plazos prescritos en el párrafo anterior, en cuyo caso la declaración entrará en vigor un mes después de que se haya presentado al médico de la provincia oficial.

La objeción de conciencia eximirá al personal sanitario y a los aliados de la salud personal de llevar a cabo procedimientos y actividades específicamente y necesariamente diseñada para provocar la terminación del embarazo, y no deberá los exime de proporcionar cuidados antes y después de la terminación.

En todos los casos, los establecimientos hospitalarios y las residencias de ancianos autorizadas serán necesarios para garantizar que se lleven a cabo los procedimientos a los que se hace referencia en la sección 7 y las interrupciones del embarazo solicitadas de conformidad con los procedimientos a las que se refieren las secciones 5, 7 y 8 se realizan. Las regiones supervisarán y asegurar la aplicación de este requisito, si es necesario por el movimiento de personal.

La objeción de conciencia no puede ser invocada por el personal sanitario o aliados personal sanitario si, en las circunstancias particulares, su personal la intervención es esencial para salvar la vida de una mujer en inminente peligro.

La objeción de conciencia se considerará retirada con efecto inmediato si el objetor participa en los procedimientos de la interrupción del embarazo prevista en la presente Ley, en casos distintos de los contemplados en la párrafo anterior.

(Ver texto completo de la ley [aquí](#))

Además, muchas mujeres se desplazan entre regiones para poder abortar. Sabemos que **el Comité de Derechos Humanos de las Naciones Unidas expresó su preocupación** por esto varias veces. Hay un debate animado allí, porque los opositores dicen que la falta de límites a la OC constriñe el acceso al aborto, mientras que, todos los años, los ministros informan que el número de proveedores de abortos es suficiente para permitir un fácil acceso al servicio a nivel nacional y que el problema es simplemente de la gestión local.

Como demógrafos, simplemente queremos explicar por qué las mujeres abortan fuera de sus regiones de residencia; y si hay un vínculo con la OC .Y de hecho, hemos publicado un **paper** donde analizamos más de un millón de registros de aborto individual; y encontramos que, en realidad, **la proporción de objetores está ligada -y está asociada casi causalmente**, yo diría, según nuestro modelo- **al hecho de que las mujeres se están desplazando a otra región** y también al tiempo de espera antes de la intervención.

Entonces, la conclusión es que nuestros hallazgos empíricos respaldan la hipótesis de que **la OC induce a las mujeres a desplazarse** entre regiones para abortar, y también que esto crea **cierta disparidad** en diferentes partes del país e impone tiempo adicional y costos de viaje a algunas mujeres; y en especial aquellas que tienen un menor y nivel socioeconómico y posibilidades.

Entonces, lo que pensamos es que necesitamos investigar más, en primer lugar, sobre la correspondencia entre la ley y la data provista por el Ministerio, porque parece que **la tasa real de disponibilidad de médicos es inferior a la informada**.

Por último, quiero reflexionar sobre el hecho de que ahora, **con la píldora abortiva, la relevancia de la OC puede ser diferente** o puede actuar de manera diferente + deberíamos preguntarnos si la pandemia de COVID 19 ha cambiado algo que tenemos.

LA POSICION DE FIGO (International Federation of Gynecology and Obstetrics) - Rodica Comendant

La Declaración de FIGO sobre la OC es un buen resumen de todas las presentaciones. Y, por supuesto, como miembro del subcomité, los alentaría a usar la declaración para abogar por la regulación de este tema y por la eliminación de estas barreras innecesarias a la atención.

La OC:

- Es la negativa a realizar servicios de aborto o información sobre la base de la conciencia de la creencia religiosa.
- La OC se ha convertido en un problema cada vez más grave, incluso en Europa del Este y en regiones donde el aborto es legal.
- Así que mapear la OC a nivel mundial aporta una mejor comprensión del tema y, en particular, una mejor comprensión de la clasificación de las OC y su regulación en los diferentes países.

FIGO está comprometida con la reducción de la mortalidad y morbilidad materna por abortos inseguros:

- Por ello, reconocen inequívocamente que el principal deber de conciencia de los proveedores de atención médica en todo momento es tratar, brindar beneficios y prevenir daños a los pacientes de los que son responsables.
- **Cualquier OC al tratamiento de un paciente es secundaria a este deber primario;** por lo tanto, los servicios esenciales no se pueden negar.
- FIGO reconoce además que, si bien los proveedores no deben ser discriminados ni irrespetados por sus creencias, si se niegan a brindar servicios de aborto, **deben proporcionar referencias adecuadas** para garantizar que las mujeres y las niñas que lo necesiten puedan **acceder** a estos servicios **de manera oportuna**.
- La negativa a practicar abortos basada en invocaciones a **OC no puede ser usada:**
 - En situaciones de emergencia
 - Cuando la remisión no sea posible o oportuna o cuando esto resulte en barreras indebidas
 - Para la atención post-aborto
 - Por personal auxiliar o instituciones.
- FIGO reconoce que **la terminología de la OC implica que quienes brindan servicios de aborto lo hacen sin conciencia**, cuando a menudo ocurre lo contrario; **FIGO reconoce a estos "proveedores conscientes"**.
- Además, reconoce **la carga y el estigma que la OC impone** a quienes brindan servicios de aborto, lo que a menudo **lleva a que dichos proveedores sean estigmatizados**,

sobrecargados, trabajen sin el apoyo de colegas y gerentes, y enfrenten un impacto perjudicial en sus carreras.

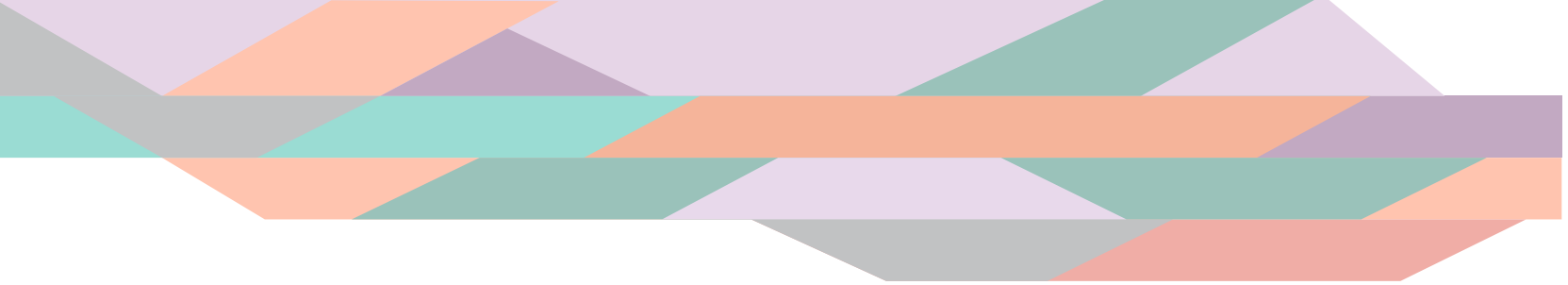
FIGO insta a sus sociedades miembros nacionales y otras partes interesadas a trabajar para sensibilizar a los proveedores de atención médica sobre sus deberes éticos y legales, con el objetivo de **reducir el uso de la OC a nivel mundial**.

Declaración de FIGO sobre objeción de conciencia (2006)

FIGO afirma que para comportarse éticamente, los profesionales deberán:

1. Proporcionar notificación pública de los servicios profesionales que se niegan a realizar por motivos de conciencia;
2. Referir a los pacientes que soliciten dichos servicios o para quienes cuidan dichos servicios son opciones médicas a otros profesionales que no se opongan a la prestación de dichos servicios;
3. Brindar atención oportuna a sus pacientes cuando la derivación a otros profesionales no es posible y el retraso pondría en peligro la salud y el bienestar de los pacientes; y
4. En situaciones de emergencia, brinde atención independientemente de las objeciones personales de los profesionales.

(Ver Declaración completa [aquí](#))



REDAAS es una red de profesionales de la salud y el derecho vinculados con servicios de salud pública y comunitaria de la Argentina. Nuestro compromiso es acompañar y atender a las mujeres en situaciones de aborto legal, entendiéndolo como parte de nuestro deber profesional, ético y jurídico. Nuestro objetivo es ayudar a remover las barreras institucionales y políticas para el acceso a abortos seguros y legales, promover una apropiada interpretación y aplicación de las causales contempladas en las normas vigentes y construir una comunidad para compartir información, intercambiar experiencias y ofrecer un espacio de solidaridad, apoyo y sostén político.

Esta red comenzó a articularse en 2011 como iniciativa del Área de Salud, Economía y Sociedad del CEDES –Centro de Estudios de Estado y Sociedad– y se institucionalizó bajo el nombre de REDAAS en 2014, en una construcción conjunta con ELA –Equipo Latinoamericano de Justicia y Género–.

www.redaas.org.ar
CORREO: info@redaas.org.ar
FB: [@RedaasArgentina](https://www.facebook.com/RedaasArgentina)
IG: [@Redaas_Arg](https://www.instagram.com/Redaas_Arg)
TW: [@Redaas_Arg](https://twitter.com/Redaas_Arg)





REDAAS
RED DE ACCESO AL ABORTO SEGURO
— ARGENTINA —

