

OBJECCIÓN DE CONCIENCIA
UN DEBATE SOBRE LA
LIBERTAD Y LOS DERECHOS

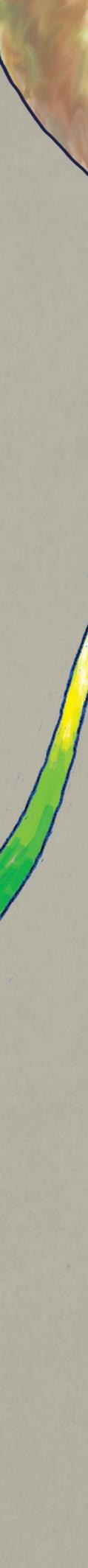


An abstract graphic on a light grey background. A curved line starts from the top left, passing through a yellow and white crescent shape, then curves downwards through red, yellow, and green sections. To the right, a dashed line of small white segments curves upwards towards a red dot with a blue glow.

OBJECCIÓN DE CONCIENCIA
UN DEBATE SOBRE LA
LIBERTAD Y LOS DERECHOS

S E M I N A R I O R E G I O N A L





OBJECIÓN DE CONCIENCIA
UN DEBATE SOBRE LA LIBERTAD Y LOS DERECHOS
SEMINARIO REGIONAL

Edición

Cotidiano
M U J E R

Diseño y diagramación: www.glyphosxp.com

Depósito Legal: 363.937/14

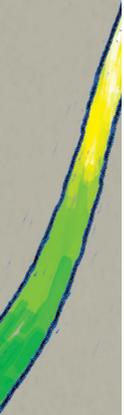
ISBN libro impreso: 978-9974-8451-2-1

ISBN libro versión digital: 978-9974-8451-1-4

Documento terminado en abril de 2014

Índice

Prólogo.....	5
Palabras Inaugurales.....	7
Palabras del Subsecretario del Ministerio de Salud Pública de Uruguay	12
¿Objeción u opresión a conciencia?	17
La Conciencia y el Aborto: Acerca de los Estigmas.....	23
Voces y textos.....	31
Anexos	49
Mesa Uno	
Cultura, Democracia, Filosofía y Laicidad	51
Mesa Dos	
La Perspectiva Legal y la Objeción de Conciencia.....	67
Mesa Tres	
Un debate sobre la libertad y los derechos	76
Plenaria de Cierre.....	99
Lista de participantes	105



PRÓLOGO



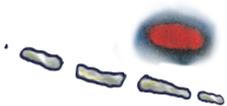
Esta memoria se presenta como un punto de partida para continuar los debates que hemos iniciado en América Latina sobre el tema de la objeción de conciencia en su relación con los derechos sexuales y los derechos reproductivos. Incluye el artículo «Voces y textos» que mediante un ejercicio analítico, abona a nuestra reflexión sobre estrategias futuras. Incluye también las presentaciones y ponencias, y mediante las relatorías, intenta reflejar las principales discusiones de un debate imprescindible, donde tratamos la objeción también desde el punto de vista de los que practican el «compromiso» de conciencia.

El personal y los profesionales de la salud que acatan las leyes y aceptan practicar la interrupción voluntaria del embarazo ¿no tienen conciencia? ¿No lo hacen «en conciencia»? Saben que el aborto clandestino es inseguro, saben del peligro y los riesgos por los que tantas miles de mujeres han tenido que pasar. Su ética ha sido construida sobre ese conocimiento y están a favor, no sólo de todos los nacimientos deseados, sino también, de la vida y el proyecto de vida de las mujeres. No se trata sólo de que cumplen la ley, sino que reconocen la autonomía reproductiva de las mujeres y su derecho a decidir. Al contrario de los «objetores» que están acos-

tumbrados a ser los que deciden sobre las «pacientes», la conciencia de los que sí cumplen la ley, entraría en conflicto si no respetara la voluntad de las mujeres de interrumpir un embarazo.

No es buena cosa, no es justo, entregar la idea de «conciencia» a los que anteponen su modo de pensar a los derechos sexuales y los derechos reproductivos de esas mismas mujeres que, sin embargo, quieren tener como «pacientes». Aunque no como ciudadanas.

Lucy Garrido

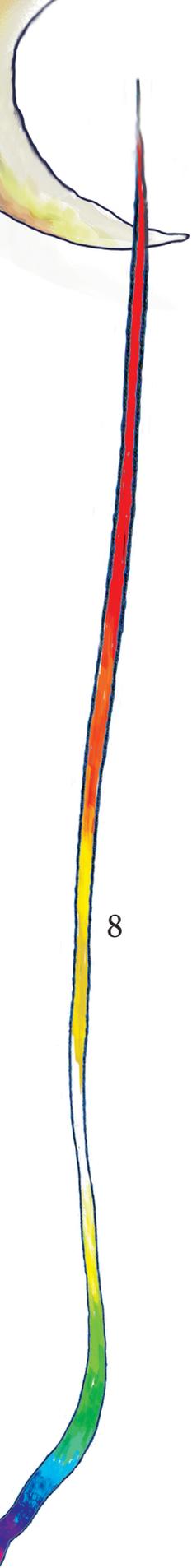


PALABRAS INAUGURALES



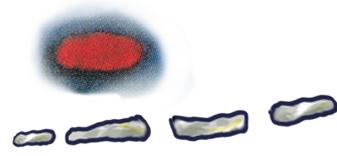
Ana Cristina González. Feminista colombiana, experta en temas de salud y derechos sexuales y reproductivos y ex Directora de Salud pública del Ministerio de Salud de Colombia. Secretaria técnica del Seminario Regional sobre Objeción de Conciencia (con Carolina Melo). Integrante de la Mesa por la Vida y la Salud de las Mujeres y la Articulación Feminista Marcosur.

Buenos días a todos y a todas bienvenidas a Montevideo y al Seminario Regional sobre Objeción de Conciencia. Permítanme en primer lugar agradecer al Centro de Formación de la Cooperación Española en Uruguay por su hospitalidad prestándonos esta maravillosa casa que ocuparemos hoy con nuestras discusiones, particularmente al Director de la AECID en Uruguay, Manuel de la Iglesia y a Alma Berenguer, Coordinadora de Formación del Centro. Agradecer también a ONU Mujeres por su apoyo y agradecer, por supuesto, la presencia de todos y todas ustedes sin quienes no sería posible este seminario y especialmente al Subsecretario de Salud del Uruguay Dr. Leonel Briozzo, a Marcelo Alegre y a Lissa Harris, nuestros conferencistas principales.



Desde mediados del 2000, grupos feministas de la región empezamos a preguntarnos por los impactos de la objeción de conciencia ejercida por profesionales de la salud y el impacto que estaba teniendo sobre la garantía plena de los derechos reproductivos de las mujeres, sobre la democracia y el respeto de la laicidad. En este contexto y desde 2010 por iniciativa de la Articulación Feminista Marcosur y la Mesa por la Vida y la Salud de las Mujeres de Colombia, avanzamos en la búsqueda de respuestas al uso creciente de la objeción de conciencia en América Latina, culminando hoy una etapa con este seminario. Seminario que ha sido posible gracias al trabajo colectivo de un conjunto de organizaciones y personas y a la construcción de un fondo común que nos permitió con pequeños aportes juntar todos los recursos necesarios. Gracias a la AFM, a la Mesa, a la Alianza Nacional por el Derecho a Decidir de México, integrada por Ipas, GIRE, Equidad de Género, Católicas por el Derecho a Decidir, Population Council, al Centro de Derechos Reproductivos, a Global Doctor for Choice, al Grupo Médico por el Derecho a Decidir de Colombia, la IPPF y la FLASOG.

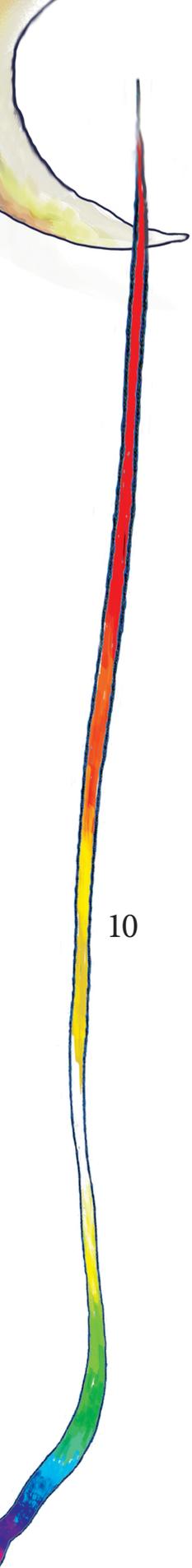
Para este debate queremos partir al menos de tres supuestos. Primero: que el ejercicio de la objeción de conciencia no puede impedir la implementación de servicios de interrupción legal del embarazo. Segundo: que no puede ser una barrera para el acceso. Tercero: no puede impedir que quienes estén dispuestos a cumplir la ley y a seguir los mandatos de su conciencia, atiendan a las mujeres que le solicitan un aborto. Pero sobre todo apelamos al debate público sobre los límites del ejercicio de la objeción, la importancia del compromiso de conciencia en la prestación y la no discriminación, tanto para las mujeres como para los prestadores de servicios. América Latina avanza y en distintos contextos, hacia la despenalización parcial o total del aborto y hacia escenarios de exigibilidad para que se cumplan las normas relacionadas con la despenalización, contribuyendo de esta manera a profundizar sus democracias. Sin embargo, por otro lado avanzan las posiciones contrarias de condena al aborto y su despenalización, argumentando razones religiosas o ideológicas y buscando imponer una moral única al conjunto de la sociedad. En este contexto, el fortalecimiento de la democracia supone que tanto la decisión de las mujeres como la de los prestadores de servicios médicos de optar por y/o practicar según el caso, una interrupción del embarazo como la decisión de no hacerlo, deberá ser protegida. Sin perjuicio de las libertades y derechos fundamentales, se trata de garantizar respeto y libertad, tanto a las mujeres como a los prestadores de servicios médicos que en conciencia participan de una IVE como también de aquellos que en conciencia no lo hacen. En Colombia, la Corte Constitucional ha reiterado



que las convicciones que llevan a ejercer el derecho a objetar de conciencia deben ser profundas, fijas y sinceras. Este es un derecho que no está amenazado y sin embargo su ejercicio suele amenazar los derechos de las mujeres a acceder en forma legal, oportuna y segura a la interrupción voluntaria del embarazo.

Quisiera plantear tres puntos, primero: la objeción como disfraz de las barreras. El desequilibrio del ejercicio de la objeción ocurre cuando los objetores tratan de limitar el derecho a un aborto, convirtiendo la objeción en una barrera. Objetan en el sector público y no en el privado, no hacen un proceso de conciencia, no lo expresan públicamente, no informan, no remiten, objetan en forma colectiva, institucional o incluso territorial. Por ello, este seminario deberá ayudarnos a resolver algunas grandes preguntas, ¿qué pasa cuando la objeción oculta una oposición a la ley de aborto y genera barreras? ¿Pueden los objetores serlo en el sector público? ¿La conciencia es un atributo del objetor? ¿Cómo se limita este ejercicio y cómo se resuelven las tensiones derivadas de derechos en conflicto?

Cuando la objeción de conciencia opera como barrera suele ser la expresión del rechazo a la ley que legaliza el aborto y por ello siguiendo a un autor colombiano, sugiero denominar a esto: incumplimiento de las reglas. Este incumplimiento no es solo un comportamiento individual sino que se ha convertido en un acto colectivo de instituciones enteras u hospitales, o en un comportamiento oficial, con regiones geográficas completas que se declaran objetoras de conciencia. Siguiendo a Mauricio García en su libro «Normas de Papel», por analogía el incumplidor, el médico que hace de la objeción una barrera para el acceso, no acata lo que las reglas establecen porque los valores que transmiten las reglas relativas al aborto son consideradas por él menos importantes que otros valores, regularmente de cuño religioso o moral y ponen en antagonismo, por ejemplo, la vida del feto versus la vida y la autonomía de la mujer. En este caso, creen que hay valores superiores a los de las normas que incumplen, y por eso muchos rechazan la despenalización del aborto y desacatan las leyes cuando creen que atentan contra sus convicciones e intereses, con una evidente defensa de superioridad moral y social e incluso haciendo abuso de poder. Aceptan, por ejemplo, las profundas desigualdades sociales que ponen en riesgo a las mujeres pobres que deben acudir a abortos inseguros, consideran a las mujeres inferiores, cuando desconfían de la violación e incluso de la denuncia de la violación, no solo las consideran inferiores en la relación médico-paciente, sino inferiores como sujetos morales. La objeción como barrera, denominada aquí incumplimiento de las normas o la objeción llevada al ámbito público, nos obliga a

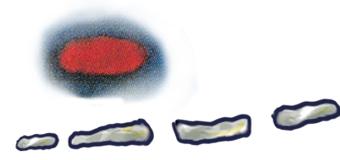


preguntarnos si además de sanciones e instituciones eficientes, se necesita que los médicos y médicas estén dispuestos a someter sus creencias, valores e intereses a las leyes, fomentando una cultura de la legalidad.

En segundo lugar, quiero plantear que la objeción como un mecanismo que protege derechos fundamentales es crucial en esta discusión. La persona que partiendo de sus creencias éticas o religiosas se siente impedida para cumplir determinadas normas jurídicas, está protegiendo su esfera personal más íntima, su conciencia, haciendo uso de la objeción está diciendo no a la ley pues prima lo que su conciencia le dicta, o en muchos casos está diciendo sí a la ley porque también prima lo que su conciencia le dice. Distintos países de la región, como Colombia, han reconocido el derecho a la objeción de conciencia pues se lo entiende derivado de la libertad de conciencia y en este contexto es fundamental respetar la voluntad de las personas de disentir de deberes impuestos por el estado, siempre que esta voluntad se viva de manera profunda, fija y sincera. No obstante, el estado exige a quien objeta que el ejercicio de este derecho tenga como límite el respeto de los derechos de otras personas. En el caso de la objeción para la práctica de aborto, el estado pide a quien objeta que cumpla con el deber de asegurarse que su paciente reciba tratamiento por otro profesional de la salud. Al final no hay que olvidar que la objeción de conciencia es una excepción al principio de legalidad fundada en el respeto a la libertad de conciencia.

Esto nos lleva al tercer y último punto: los conflictos entre derechos. La objeción de conciencia se fundamenta en los derechos de libertad de conciencia, pensamiento y religión, pero otros derechos pueden entrar en tensión con la práctica de objeción: los derechos fundamentales de las mujeres a su vida, a su salud, su autonomía, su dignidad cuando buscan acceder a servicios de interrupción del embarazo. Al tratarse de derechos de la misma jerarquía cualquier norma que busque regular la objeción en materia de aborto debe garantizar que cuando un profesional de la salud se oponga a hacer un procedimiento y niegue la atención a una mujer, debe tener límites, y por lo mismo no puede impedir la implementación de servicios de interrupción legal del embarazo. En este contexto, entendiendo el estado laico como la separación de las iglesias y el estado y la neutralidad del mismo para la formulación de políticas, se busca en este debate el desarrollo de argumentos sobre el pluralismo y la tolerancia.

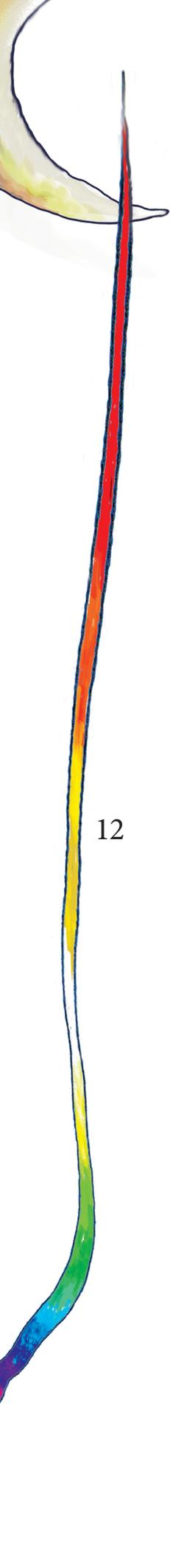
El objetivo de este seminario es discutir en profundidad diversas dimensiones de la objeción de conciencia con el fin de avanzar en la comprensión de esta práctica



en la región. Esta discusión permitirá en el futuro construir un posicionamiento político que compartan diversas redes, instituciones y otras instancias involucradas, asociaciones de profesionales, feministas, entidades jurídicas, personajes de la vida pública y desencadenar o fortalecer movimiento nacionales por el «compromiso de conciencia» a nivel de América Latina y el Caribe, que contribuyan a mejorar el acceso al aborto legal y seguro en los distintos países.

Por ello hemos propuesto tres ámbitos o dimensiones del debate. Primero: cultura, democracia, filosofía y estado laico, dimensión bajo la cual esperamos que el debate se acerque a las tensiones y conflictos entre el derecho a la libertad de conciencia, la igualdad y la autonomía, que se definan pistas y principios que nos permitan avanzar hacia democracias que apuesten por la laicidad del estado. El segundo ámbito, el de lo legal, en el que se discutirán los marcos normativos internacionales y los nacionales, normas y otras disposiciones en países seleccionados que brindan condiciones favorables para la práctica responsable de la objeción de conciencia. Se trata de profundizar sobre los argumentos jurídicos que han permitido avanzar o no en la garantía del derecho a la libertad de conciencia y de los derechos fundamentales de las mujeres a la vida, la salud y la autonomía. Por último, el de la salud. En este ámbito se busca discutir tanto las barreras que se derivan de la objeción, como las prácticas responsables de la objeción, de manera que se puedan identificar los impactos que tiene la objeción sobre el sector salud y sobre la situación de salud y los derechos de las mujeres y fomentar la prestación de servicios en conciencia.

Cabe preguntarse si una persona está moralmente obligada a acatar o cumplir una norma. Desde sus orígenes el liberalismo tradicional siempre ha estado a favor de la protección de ciertos dominios de la vida personal y en contra de la pretensión de imponer una autoridad colectiva sobre ellos. Dentro de éstos se destacan por ser centrales, la libertad de palabra, de pensamiento y conciencia. No se puede obligar a una persona a someterse a una norma si ésta viola sus convicciones morales y filosóficas, pero tampoco puede impedírsele que la cumpla y que en consecuencia oferte servicios de aborto en forma oportuna. La conciencia, entonces, es un atributo de quienes objetan y de quienes no lo hacen. Y la objeción debe ser un mecanismo sujeto a límites que aseguren el respeto a los derechos humanos de las mujeres, y no un escape de quienes simplemente incumplen las normas porque están en contra de la legalización del aborto o desconfían de la capacidad que tienen las mujeres para tomar sus propias decisiones. Muchas Gracias.



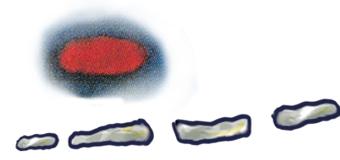
Palabras del Subsecretario del Ministerio de Salud Pública de Uruguay

Leonel Briozzo. Profesor Titular Grado 5° de Clínica Ginecocológica de la Facultad de Medicina, Universidad de la República, Centro Hospitalario Pereira Rossel. Sus líneas de investigación y desarrollo del conocimiento académico se centran en salud y derechos sexuales y reproductivos y vigilancia fetal intraparto, patología del piso pélvico, y uroginecología, bioética y profesionalismo médico.

Buenos días para todas y para todos y bienvenidos a Uruguay, estamos realmente muy contentos de reencontrarnos con ustedes en un momento particularmente desafiante que como región estamos enfrentando. La revisión de los acuerdos de el Cairo, casi a 20 años de la Conferencia sobre Población y Desarrollo, a nivel global arrojan un resultado que no es todo lo positivo que esperábamos y en la Conferencia de CEPAL, que comienza el lunes, uno de los temas principales que vamos a abordar es cómo poder profundizar esta agenda del 2014 en adelante.

Uno de los temas centrales es el tema de los Derechos Humanos y dentro de ellos los Derechos Sexuales y Reproductivos. Para el gobierno de mi país que sobre todo desde el 2005, está en un proceso de transformación profunda de las estructuras sociales y económicas, los derechos humanos y los derechos sexuales y reproductivos son un tema clave. El gobierno del presidente Mujica que represento, ha tratado de esforzar la agenda de los derechos sexuales y reproductivos en base fundamentalmente a un denominador común: intentar que las personas puedan decidir conscientemente qué es lo mejor que quieren para su vida y su salud y este tema tiene mucho que ver con la reciente ley de despenalización del aborto que fue votada en el mes de noviembre del año 2012 y rápidamente fue implementada por el Ministerio de Salud Pública.

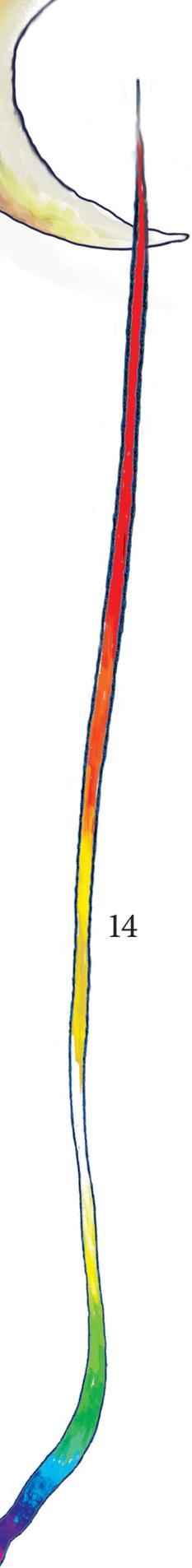
El tema que convoca a esta reunión tan oportuna sobre la objeción de conciencia, es un tema realmente clave y creo que el aporte más sustantivo que podría hacer con esta presentación es contarles muy brevemente cuál ha sido la experiencia uruguaya con respecto a esta temática.



Como bien saben, la despenalización del aborto se dio en un marco político y jurídico bastante único ya que en el Uruguay se venía desarrollando casi desde hace 10 años el modelo de reducción de riesgo y daño que denominamos en su momento Iniciativas sanitarias contra el aborto provocado en condición de riesgo. Ese modelo partía de una base fundamental que es el compromiso de los profesionales con la salud de las mujeres independientemente del status jurídico que el aborto tuviera. Durante un largo período nuestro discurso público y nuestra acción profesional tuvo como eje el hecho de que los profesionales de la salud deberían comprometerse con la salud de sus pacientes incluso por encima de sus propias convicciones. Sin saberlo, estábamos abonando un terreno para la discusión que posteriormente se dio sobre la objeción de conciencia en nuestro país. Esa prédica fue bastante bien comprendida por la mayoría de los profesionales de la salud y por la sociedad que acompañó este modelo. De alguna manera, el proyecto de despenalización del aborto, que fue fruto de una larga y compleja negociación política, tuvo como una de sus fuentes principales el desarrollo de este modelo de reducción del daño. En particular quiero hacer referencia al compromiso de los profesionales con la salud de las mujeres con independencia de la propia convicción que tenga el propio profesional sobre el aborto.

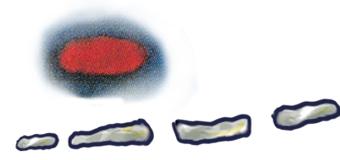
La ley que se votó en el mes de noviembre, es la primera vez en la historia del derecho positivo uruguayo que se introduce el concepto de objeción de conciencia y eso generó grandes desafíos desde el punto de vista del gobierno y de la salud pública ya que a la hora de reglamentar esa ley nos enfrentamos con el dilema de si debíamos reglamentar de manera más o menos punitiva qué entendíamos por objeción de conciencia o podíamos dejar librado un compás de espera apostando a los profesionales de la salud. Optamos por la segunda opción, dejamos abierta la reglamentación y no introdujimos ningún elemento específico con respecto a la objeción de conciencia, simplemente nos referimos a que el profesional que hiciera objeción de conciencia debía hacerlo en la institución donde trabajaba.

Para nuestra sorpresa, por un lado muy grata, sólo un 30% de los ginecólogos y ginecólogas en nuestro país recurrió a la objeción de conciencia, el 70% se mostraron como nosotros dijimos públicamente, comprometidos de conciencia, e independientemente de su posición con respecto a la despenalización del aborto se comprometieron a trabajar a favor de este derecho de las mujeres a la intención integral en salud. Pero desde un sector que no habíamos previsto, surgió una demanda fuerte con respecto a delimitar o a demandar que se planteara la objeción de conciencia



en términos, para llamarlo de alguna manera, muy generosos, en el sentido de no especificar cuáles eran los motivos que llevaban a los profesionales a hacer objeción de conciencia. Eso llevó a un debate público bastante importante que se dio durante los meses de enero a marzo y nos encontramos frente a una situación en la cual, por un lado, los servicios se estaban implementando con suceso sin ninguna contrariedad en todo el territorio nacional, las mujeres recurrían a ellos, eran asesoradas adecuadamente y se les prescribía los fármacos para eventualmente interrumpir el embarazo, y por otro teníamos un grupo fundamentalmente vinculado con algún sector académico (y en otros casos, religiosos), que planteó públicamente el tema de la objeción de conciencia de una manera que demostraba la falta de conocimiento que se tenía sobre la temática. Lo que se puso arriba de la mesa fue una manifiesta ignorancia con respecto a qué es la objeción de conciencia y cuáles son los alcances de la objeción de conciencia y eso nos puso frente a la oportunidad de desarrollar una acción educativa y recurrimos desde el gobierno nacional a dos entidades que pensamos son las más representativas del mundo profesional para trabajar este tema: el Colegio Médico de reciente creación y la Universidad de la República.

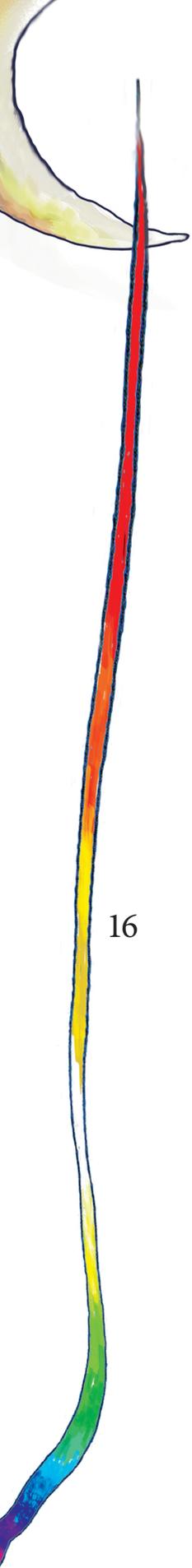
La universidad de nuestro país es gratuita, laica, es una universidad estatal, y a esa universidad donde se forman la inmensa mayoría de los profesionales y prácticamente la totalidad de los médicos, recurrimos en lo que denominamos un taller de alto nivel sobre objeción de conciencia. Allí, con el soporte y el blindaje de estas dos instituciones, el Colegio Médico y la Universidad, llegamos a un procedimiento por el cual delimitamos claramente lo que es la objeción basada en esta situación excepcional que coloca al profesional al margen de la ley, ni más ni menos, ¿verdad? Pero lo hicimos de una manera asertiva, es decir, intentamos analizar la situación reconociendo el desconocimiento que había y decidimos enfrentarla como una instancia formativa y educativa. Junto con eso hubo un proceso de la opinión pública de gran discusión e intercambio y llegamos a un resultado que hoy consideramos altamente positivo, con un formulario que va a ser obligatorio para todos los ginecólogos en el Uruguay por el cual el profesional que hace objeción de conciencia debe saber que la hace frente a motivos que son religiosos o filosóficos o morales, y no puede, o de alguna manera se limita, la pseudo objeción de conciencia cuando no la desobediencia civil, que son los dos grandes problemas que tiene esta situación. Creemos firmemente que la objeción de conciencia cuando es válida no es un problema, al contrario, es una situación que genera un derecho para los profesionales pero hay que delimitar claramente la diferencia que hay entre objeción de conciencia y desobediencia civil o pseudo objeción de conciencia.



Con este procedimiento logramos dar un paso adelante. En este momento estamos implementándolo en el país, esperamos los resultados para comunicarlos en la próxima reunión. Partimos del supuesto de que frente a la objeción de conciencia debemos contraponer el «compromiso de conciencia» como elemento fundamental proveniente de los valores profesionales. Creemos firmemente que los profesionales de la salud deben ser aliados en este proceso y que no podemos ponerlos al margen de la situación de la relación sanitaria y de la atención en salud integral de las mujeres, que hay que comprender con toda claridad que hay profesionales que hagan objeción de conciencia para la prescripción de fármacos, otros que hagan objeción de conciencia para la realización de aspiración con embrión, con feto vivo, pero quizás no lo hacen para la prescripción de fármacos.

Nos parece adecuado abrir un abanico para que el profesional en la privacidad de su propia conciencia defina con claridad a qué hace objeción de conciencia, si a la práctica del aborto o a la prescripción de fármacos. Esta diferencia fue muy discutida en nuestro país, en este grupo académico y del Colegio Médico y llegamos al consenso que debíamos ir por este camino. Para nosotros no es nuevo avanzar por el camino de menor resistencia. De hecho, todo lo que hemos construido colectivamente en torno a esta temática ha sido avanzando por los lugares de menor resistencia y creemos que tenemos que darle la facilidad a los profesionales frente a la implementación de una ley nueva y muy removedora —en cuanto a lo que es el cambio de una perspectiva social, cultural y académica, centenaria en nuestro país— tenemos que dar esa oportunidad para que la transformación sea gradual, no imponer reglas, sino facilitar los procesos de toma de conciencia.

El resultado ha sido positivo, los servicios de salud funcionan con éxito en todo el país, no hemos tenido con la objeción de conciencia un problema que genere barreras infranqueables para el derecho a decidir de las mujeres, ha habido problemas y los está habiendo en algunos lugares, pero en términos generales hemos podido avanzar por este lugar de mayor, si se quiere confort, para los profesionales de la salud en cuanto a la transformación. Y la apuesta fuerte que hacemos como gobierno pero también en nuestro rol como docente, es formar a las nuevas generaciones desde una realidad absolutamente distinta. Ya este problema se ve desde una magnitud diferente, ya no existe el estigma social y cultural con respecto a la interrupción del embarazo, no es banalizada tampoco porque no es el objetivo de nuestra política pública banalizar el tema de la interrupción del embarazo, es una decisión siempre trascendente que toma la mujer, pero lo profesionales se están formando



en este nuevo paradigma, y nosotros creemos que está ahí la irreversibilidad de los procesos de transformación profunda: cuando son las nuevas generaciones las que se apropian de esta práctica y la empiezan a llevar adelante.

Estamos ansiosos de conocer las conclusiones que saquen en este seminario con una participación tan destacada, nos sentimos parte de todo el proceso de América Latina y el Caribe con respecto a los derechos sexuales y reproductivos y en particular al derecho a la atención en salud en todos los casos, inclusive en el caso del embarazo no deseado. Hemos tenido obstáculos difíciles de sortear y franquear, pero creemos firmemente que buscando en cada realidad concreta cuáles son los elementos plausibles de transformar, es que tenemos la posibilidad de seguir avanzando. Siempre apostando a que la gente cada vez sea más consciente de sus decisiones, es decir más libre, más responsable, más informada. Esa es la apuesta que tenemos desde nuestro gobierno, en eso estamos. Muchas gracias por estar aquí con nosotros.

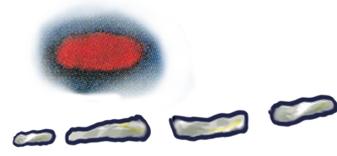
¿Objeción u opresión a conciencia?

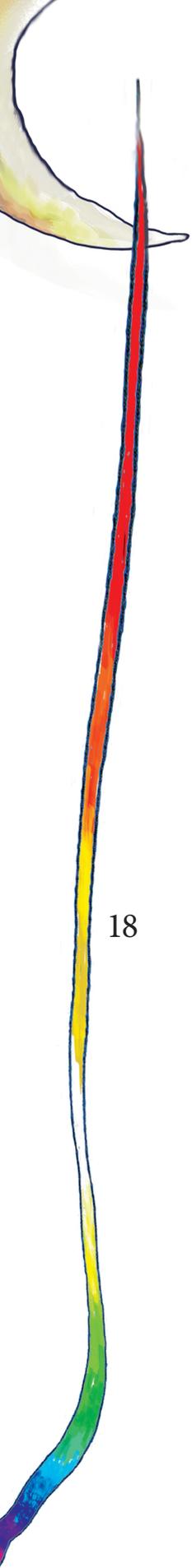
La objeción de conciencia en la esfera de la salud sexual y reproductiva

Marcelo Alegre. Abogado por la Facultad de Derecho de la Universidad de Buenos Aires y doctor en Derecho por la Universidad de Nueva York, es profesor de Derecho y Filosofía en la Universidad de Buenos Aires, director de proyecto de investigación sobre Religión y Estado. Integra la Sociedad Argentina de Análisis Filosófico, ha sido becario investigador del Centro de Estudios Institucionales presidido por Carlos Nino, ha sido investigador visitante en las Universidades de Yale y Stanford, y profesor visitante en las de Chile, Puerto Rico. Ha escrito decenas de ensayos y ha publicado, editado y con dirigido varios libros sobre filosofía moral, jurídica y política.

Buenos días, es un gran honor esta invitación y estar aquí en Montevideo. Para los argentinos, Uruguay siempre ha sido un faro de igualdad, de libertad. La separación de la iglesia y del estado, la ley reciente sobre aborto, la discusión parlamentaria sobre la despenalización sobre el consumo de marihuana avanza en esa dirección... por lo tanto, Uruguay sigue siendo para nosotros motivo de admiración y de aprendizaje. Esta mañana, quiero hablarles a ustedes sobre la conciencia, sobre religión y sobre igualdad.

En las últimas décadas observamos una verdadera explosión de objeciones de conciencia en los ámbitos más disímiles, en las escuelas, en los hospitales, en las instituciones del estado, niños, docentes, policías y por supuesto, profesionales de la salud, apelan a su conciencia para excepcionarse del cumplimiento de distintas obligaciones. Estas distintas manifestaciones de la objeción tienen a su vez diversas características pero algunas de estas nuevas objeciones y en particular, las que se producen en el contexto de la prestación de servicios de salud sexual y reproductiva, guardan diferencias muy notables con lo que podríamos llamar los casos paradigmáticos de objeción, que conocimos tradicionalmente desde hace ya varios siglos: la objeción de las personas que se niegan a prestar testimonio en algún



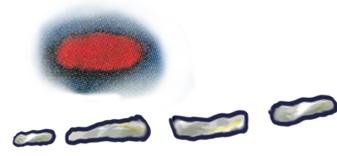


tribunal jurando por determinada religión, o los chicos y chicas que se niegan a reverenciar símbolos patrios, o el caso también más conocido de jóvenes que se niegan a incorporarse a las filas del ejército o a participar en una guerra. En todos esos casos, la objeción es el ejercicio de una conducta individual, personal, que busca una excepción a un deber o una obligación establecida por una regla pero no el cambio de esa regla, es decir, es la búsqueda de que a uno lo dejen tranquilo con su conciencia.

El objetor no busca impugnar o cambiar una regla o una política, busca una excepción para sí mismo sin cuestionar la validez de esa regla. Además, en la mayoría de estos casos de objeción tradicional, la práctica es inofensiva: si un chico se queda sentado cuando se toca el himno o se niega a reverenciar la bandera no pasa nada, es más, en muchos casos la objeción sirve como una especie de luz roja que se enciende frente a determinadas regulaciones que no aparecen como suficientemente razonables o sensatas, como esta idea de imponer el amor a los símbolos patrios a la fuerza. Parecería que hay algo contraproducente en imponer el respeto y el amor con la amenaza de una sanción.

¿Cuál es el valor que pone en juego la objeción de conciencia? Es el valor de la autonomía, es el valor de la libertad, es la idea crucial en una democracia constitucional de que todas las personas tienen el derecho a ser los arquitectos de su propia vida, a elegir, a diseñar su propio destino, a tomar sus decisiones más importantes por sí mismos, sin coerción, sin interferencia de otros grupos o del estado. La conciencia se vincula con un aspecto fundamental de la autonomía que es la defensa de esa capacidad que tienen todos los seres humanos de buscar respuestas a las preguntas más difíciles, a los planteamientos más graves, a las incógnitas más angustiantes que nos planteamos todos a lo largo de la vida. ¿Cuál es nuestro lugar en el mundo? ¿Cómo debemos actuar y pensar frente al fenómeno de la muerte? ¿Cómo debemos, si es posible hacerlo, articular nuestras convicciones a lo largo de distintas dimensiones de la vida? una búsqueda de una serie de razones o consideraciones muy básicas, muy fundamentales que nos den una guía, una pista, acerca de cuál es nuestro lugar en el mundo.

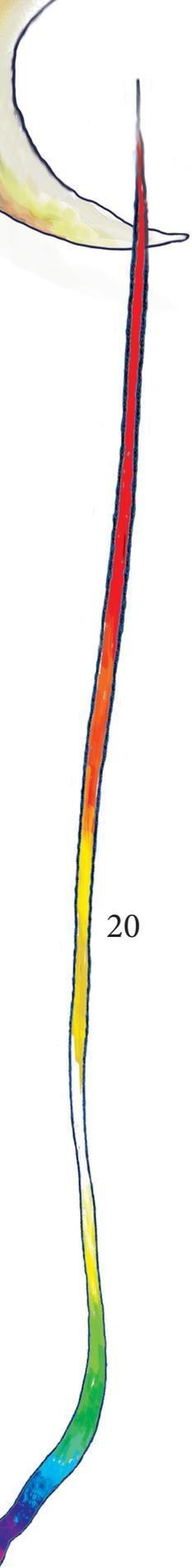
La autonomía implica que esas respuestas no nos pueden ser impuestas desde afuera y el valor de la conciencia es el valor de respetar que cada persona ejercite por sí esa búsqueda fundamental respecto de las preguntas e interrogantes más importantes de nuestra vida. Las religiones son una vía, aportan algún tipo de



respuestas a esas preguntas. Pero conciencia tenemos todos, los que son religiosos y los que no lo son, y el respeto al valor de la conciencia implica de manera muy importante entender, respetar y proteger a las personas que eligen respuestas no religiosas a esas preguntas tan importantes sobre la vida y la muerte. Entonces, teniendo en mente aquéllas características de la objeción tradicional, que son las características que nos han llevado históricamente a proteger a los objetores, cuando tradicionalmente aparece una práctica de objeción, generalmente está asociada a una minoría marginada, oprimida, excluida y la protección de la objeción está al servicio de la construcción y el fortalecimiento de una sociedad plural.

El problema es que hay ciertos ejercicios de la objeción —y uno aquí tendría que empezar a poner «objeción» entre comillas— que no vienen a defender los intereses de una minoría oprimida y que si no hacemos nada para regularlos, no nos acercamos sino que nos alejamos del ideal de una sociedad plural. Pensemos en muchos casos de objeción de conciencia que se dan en el terreno de la salud sexual y reproductiva teniendo en cuenta las experiencias de nuestra región. No se busca una excepción a la regla, se busca desbaratar o cambiar la regla, de modo que se pasa de una acción o reclamo de tipo personal o individual, a un modo de disputar por otros medios lo que no se ha logrado en el ámbito democrático parlamentario.

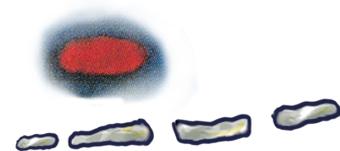
Si se trata de impugnar políticas públicas democráticas, esto excede el marco de la objeción tal como la conocimos. Puede estar justificado pero necesitamos nuevos principios para justificarlo. No nos sirven los principios por los que durante siglos hemos justificado, defendido y respaldado la objeción de conciencia, porque estamos ante una práctica que es diferente. Es una práctica que deja de ser inofensiva, si no está regulada produce daños a otras personas, estos daños son particularmente graves, particularmente preocupantes, desde una perspectiva de un estado democrático constitucional. Primero, porque se trata de imponer una ética a través de estas prácticas de objeción desreguladas que implican barreras de acceso, estas prácticas están al servicio de una concepción ética, se diga o no se diga abiertamente, que en nuestra región tiende a coincidir con la particular visión de la sexualidad y la reproducción que tiene la Iglesia Católica, de modo que esta práctica no es meramente neutral, es una práctica que tiende a fortalecer una determinada hegemonía cultural y ética y un estado democrático no debe imponer concepciones éticas sobre virtudes personales a las personas, debe crear el contexto para que las personas resuelvan por sí cual es la concepción ética que ellas prefieren.



Además estos daños a terceros se agravan porque no se distribuyen de manera aleatoria en la sociedad sino que afectan básicamente al colectivo de mujeres y de manera más particular a las mujeres en situación de vulnerabilidad social o económica. Y por si fuera poco esta práctica se lleva a cabo por profesionales, no es una práctica que lleva a cabo cualquier persona. Ser profesional universitario en nuestra región, tiene que ser visto como un alto privilegio, a los profesionales se les asigna el monopolio de ciertas actividades, no es aceptable en una democracia igualitaria que los privilegios y los monopolios no tengan como contrapartida ciertas obligaciones y deberes especiales. No es irracional entonces exigirle a un profesional de la salud que subordine algunas de sus convicciones éticas en favor de otras convicciones éticas como, por ejemplo, las que llevan a resguardar y proteger los derechos, los intereses y la dignidad de las pacientes, y eso también tiene que ser una convicción ética del profesional. Se agrava cuando se pretende que la objeción sea institucional, como se ha dicho aquí, o cuando se pretende que el propio estado en sus instituciones permita la objeción de conciencia sin mayores controles y regulaciones.

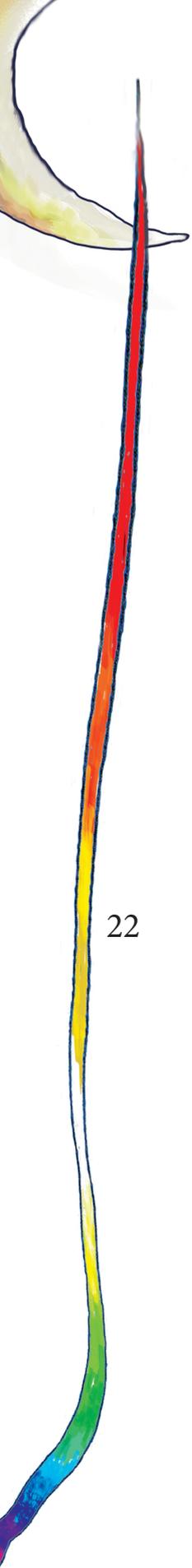
Hay básicamente tres enfoques posibles para tratar esta llamada objeción de conciencia. Uno es un enfoque que podríamos llamar liberal clásico, libertarista, que es la pura desregulación: cada uno hace lo que quiere, el profesional puede negarse a cumplir con sus deberes profesionales, no tiene que dar ninguna explicación, no hay ninguna defensa, simplemente la persona que no encuentra el servicio tiene que seguir buscando a alguien que se lo oferte, sería el paradigma del mercado. Este paradigma es a mi juicio incompatible con el contexto de la salud sexual y reproductiva, con la prestación de servicios profesionales, este paradigma ignora las desigualdades de hecho que rigen entre el profesional y los pacientes, las desigualdades que sufren amplios sectores de la sociedad frente a las instituciones que prestan los servicios.

Un segundo enfoque es el de la derivación, que es un paradigma mucho más razonable y que pone al profesional la obligación de derivar al paciente a otro profesional o servicio que esté dispuesto a hacer lo que el paciente está requiriendo, avanza en la dirección correcta aunque a mi juicio es insuficiente, presupone que hay acceso, que el acceso está garantizado. Yo creo que en situaciones como las que rigen en muchos países de la región, en las que no hay un acceso garantizado, aceptable a estos servicios, ciertamente esa es la situación de mi país, Argentina, la idea de la derivación tiene que formar parte de un paradigma más ambicioso,



podemos llamarlo el paradigma de la igualdad o de los derechos humanos, como ustedes quieran. En éste se valora que las personas tengan igualdad de recursos, para vivir la vida que ellos y ellas quieren; se entiende también la igualdad como no opresión, no dominación, es decir, la búsqueda de una sociedad de iguales, donde las personas se miran a los ojos, donde nadie tiene que bajar la mirada frente a otros ciudadanos, donde no hay relaciones de humillación, de explotación, de opresión, etc. En este tercer enfoque la prioridad es el acceso y lo primero a discutir es la garantía del acceso de todas y todos a los servicios de salud. En este paradigma se hace mucho énfasis en la necesidad de que los profesionales cumplan con sus obligaciones como el correlato razonable del privilegio de ser universitarios profesionales y de disfrutar de un monopolio en la prestación de los servicios protegido legalmente. Este paradigma hace énfasis también en la igualdad de género, en la igualdad socioeconómica. Exige un estado e instituciones laicas.

Quiero que me permitan dos palabras para hablar de muros y de paredes. Tradicionalmente el liberalismo, la tradición democrática ha defendido la noción de muro de separación entre la religión y el estado, últimamente se ha puesto en cuestión la idea del muro, aparece como muy fría, muy liberal, como que no toma en cuenta la importancia de la religión para la identidad, el reconocimiento de distintos grupos, algunos temen que la idea del muro de separación implique que si una iglesia se prende fuego los bomberos no van a ir a apagar el incendio, etc., etc. Yo creo que hay que defender la idea del muro de separación, básicamente porque ese muro protege no solo a la sociedad de los abusos, del intento de imponer visiones religiosas, también y crucialmente, es una defensa de las religiones frente a la intromisión del estado. Cuando se rompe ese muro de separación, cuando el estado empieza a entrometerse en la vida de las religiones, eso ha pasado en mi país, las religiones pierden independencia, pierden autonomía. Los períodos de mayor acercamiento de la iglesia católica con los gobiernos son los períodos de mayor persecución a los sectores minoritarios de la iglesia. Emilio Bignone, por ejemplo, un gran defensor de los derechos humanos en Argentina señala que una de las explicaciones de la barbarie, de la atrocidad de la represión de la última dictadura hay que encontrarla en la íntima dependencia económica de la iglesia respecto del estado, que hizo posible que su jerarquía callara ante las atrocidades más terribles. Su tesis es que esto no hubiera ocurrido sin esa dependencia económica, así que fíjense ustedes el costo que tiene a veces romper ese muro de separación. También con la discusión sobre los crucifijos en las aulas, en Europa, ha habido un caso famoso ante el tribunal europeo en el que se defendió esta idea de que no hay ninguna pared que sea



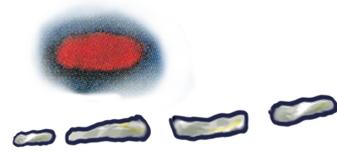
neutral, si la pared que tiene un crucifijo ofende a alguien, sacar el crucifijo, hablar de la pared desnuda también ofende entonces a los religiosos.

Yo quiero defender la pared desnuda, porque es cierto que la forma de entender una pared que no tiene crucifijo, aulas sin crucifijos puede llegar a ser ofensivo para una religión dependiendo del contexto, dependiendo del resto de las políticas del estado, si es un estado que hostiga a las religiones o no, etc. Yo lo que diría es que una pared desnuda deja más amplio el margen para la interpretación, hay lecturas posibles, creo que una pared desnuda es el respeto y la tolerancia a todas las visiones. En cambio, cuando la pared no está desnuda es mucho más difícil construir una interpretación pluralista o tolerante, por lo tanto, si uno adopta este paradigma de la igualdad, entonces se vuelven aceptables ciertas prohibiciones a la objeción de conciencia, se vuelve aceptable que el estado contrate prioritariamente a profesionales no objetores, por lo menos hasta que estén garantizados los servicios. Se vuelve aceptable que exista registro de objetores, que esos registros sean accesibles, que exista una audiencia previa para acceder a esos registros, para descartar que los profesionales quieran transformarse en objetores en base a prejuicios o a errores: por ejemplo, aquellos profesionales que consideran abortiva la píldora del día después. Un error científico no puede fundamentar una objeción.

22

Yo dije que la conciencia estaba en la base de la libertad y acá se ha dicho muy bien, lo dijo Ana Cristina, que no hay que pensar solo en la conciencia del objetor, hay que pensar en la conciencia de los profesionales que no objetan. Y yo agregó: hay que pensar en la conciencia de la paciente, cuando la paciente decide tener un aborto después de haber sido violada, ha consultado con su conciencia, ha tomado una decisión importante y fundamental. Cuando una mujer busca una ligadura tubárica, ha tomado una decisión consultando a su conciencia. De modo que tenemos conciencia de los dos lados de la ecuación. Creo que aquí hay una pelea por las palabras. Eso ya lo hemos visto en quienes se oponen al derecho al aborto y se autodenominan «provida». Yo creo que no tenemos que aceptar tan fácilmente y sin una discusión, que se le ponga el noble nombre de «objeción de conciencia» a prácticas que si no las regulamos, debidamente se transforman en opresión a conciencia. Gracias.

La Conciencia y el Aborto: Acerca de los Estigmas¹



23

Notas de una investigadora

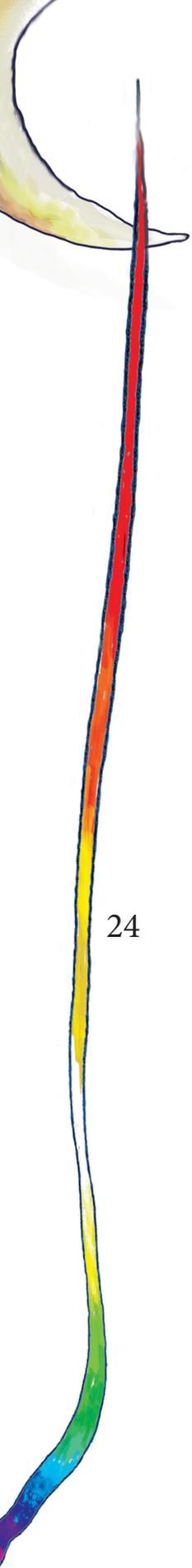
Lissa H. Harris. Médica ginecóloga. Ph.D. Historiadora y profesora de obstetricia y ginecología en la Universidad de Michigan. Trabaja en el departamento de Obstetricia y Ginecología y en el departamento de Estudios de la Mujer. Allí dirige la Asociación de Planificación Familiar de la UM y es cofundadora del programa sobre derechos sexuales y reproductivos y justicia. Su trabajo como investigadora es interdisciplinario: examina la intersección entre la clínica obstétrica, la atención ginecológica, las leyes, la política, las políticas, la ética, la historia y la sociología.

Muchas gracias. Me siento muy honrada por la invitación para estar aquí... Y gracias por los servicios de traducción. Como saben, soy médica gineco-obstetra, e incluyo el servicio de aborto en mi práctica. Llevo a cabo uno de los trabajos más estigmatizados del mundo. Hago lo que los sociólogos llamarían «el trabajo sucio» de la sociedad.

Planteo el tema de los estigmas porque he llegado a la conclusión de que no es posible entender el asunto de la conciencia y el aborto sin entender el tema de los estigmas y el aborto. Los discursos médicos, bioéticos y legales sobre la conciencia y el discurso sociológico sobre los estigmas hasta la fecha han sido diferentes. Hoy, yo quiero juntarlos. Finalmente, utilizaré mis propias experiencias sobre los estigmas para plantear cuatro puntos en torno a la conciencia y el aborto:

La conciencia se materializa cuando alguien presta servicios de aborto y no solo cuando se niega a prestarlos. «La prestación a conciencia del servicio» debe reco-

1 Traducción al español: Miriam Cotes.



nocerse y protegerse de la misma forma en que se protege la objeción de conciencia a la prestación de servicios de aborto.

El marco actual de la objeción de conciencia deja de lado importantes consecuencias morales de esta negativa y, por lo tanto, es demasiado cerrado.

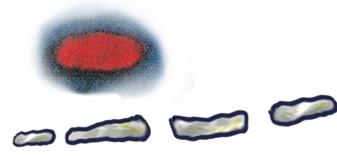
Muchas de las objeciones para prestar servicios de aborto se basan no en la conciencia sino en los estigmas o en otros temas que no merecen protección institucional o legal. Necesitamos un sistema de rendición de cuentas que pueda establecer la diferencia entre la objeción basada en la conciencia y la objeción basada en otros asuntos.

Los prestadores de servicios de aborto, además de ser estigmatizados, a su vez estigmatizan a las mujeres que acuden a ellos para estos servicios. También quiero sugerir que las iniciativas para establecer límites al periodo de gestación cuando se trata de casos de aborto (ya se trate de límites personales o legales), son particularmente vulnerables a la influencia de los estigmas. Estos límites muchas veces pueden disfrazarse de «objeción de conciencia».

Cuando hablo de que a los prestadores de servicios de aborto se les estigmatiza, me refiero a que su trabajo los «mancha», los hace aparecer como dañinos o menos valiosos ante los ojos de otros. Las causas y consecuencias particulares de los estigmas varían de acuerdo con la región del mundo donde se dan y de acuerdo con los diferentes sistemas legales, pero los estigmas mismos parecen ser una constante para los prestadores de servicios y para las mujeres que se practican un aborto. A los médicos u otras personas que practican abortos se les asignan muchos estereotipos negativos: que son asesinos, que lastiman a las mujeres, que son deshonestos, que su única motivación es el dinero, que son criminales... Todos estos estereotipos podrían resumirse en un solo: los prestadores de servicios de aborto son «inmorales.» Actúan sin conciencia. Si tuvieran conciencia, no podrían hacer lo que hacen. Mucha gente me pregunta cómo puedo vivir con lo que hago, cómo puedo dormir tranquila. Lo que quieren decirme es que hay algo malo con mi conciencia.

Los prestadores de servicios de aborto con los que converso en diferentes lugares del mundo internalizan estos estereotipos negativos y casi nunca les cuentan a sus amigos, familiares, a la comunidad a la que pertenecen sus hijos y ni siquiera a sus esposas, que prestan este servicio. Le tienen miedo a los estereotipos, a las críticas

o al ostracismo, además de temerle a la persecución criminal en algunos contextos, o a la violencia en otros (incluyendo el mío).

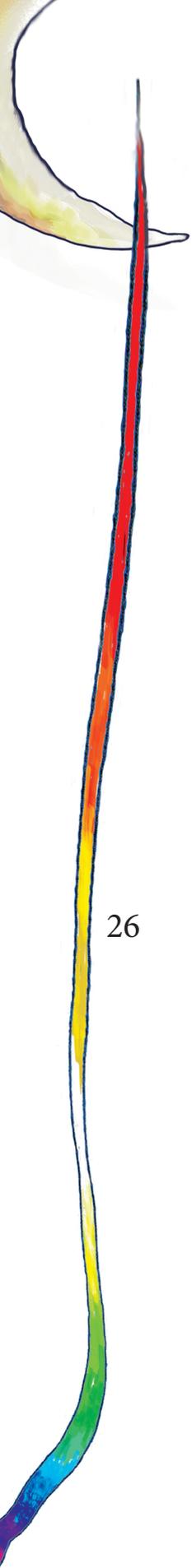


¿Qué tiene esto que ver con la objeción de conciencia? Resulta que estos estereotipos negativos están, de hecho, codificados en la teoría y en las leyes sobre objeción de conciencia. En Estados Unidos, por ejemplo, las leyes en torno a la objeción de conciencia surgieron específicamente para proteger las conciencias de las personas que no quieren realizar abortos. Y si los prestadores de servicios de aborto no legitiman que su postura es una actuación de «buena conciencia», como sí lo hacen sus contrapartes que se oponen al aborto, la implicación es que actúan con «mala conciencia» o con falta de conciencia. Sin embargo, esta no es una representación justa de la totalidad de esta comunidad.

Esto me lleva a la primera crítica al discurso y a la práctica de la objeción de conciencia:

1. Los planteamientos actuales en torno a los debates sobre el aborto y la conciencia dejan de lado que la conciencia también está presente cuando los prestadores de servicios prestan servicios de aborto. Estos prestadores también tienen un sustento moral para hacer su trabajo.

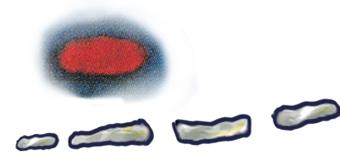
Seguramente estaríamos de acuerdo en que gran parte de las ideas sobre la conciencia, tanto religiosas como seculares, tienen que ver con una subcategoría especial que comprende la ética y/o las creencias religiosas del sujeto, lo que comúnmente concebimos como sus creencias morales «centrales». Que la prestación de servicios de aborto es «consciente» de acuerdo con este estándar es algo que se ha demostrado en una amplia gama de contextos. Por ejemplo, en contextos en los que el aborto es o ha sido ilegal, algunos médicos prestan servicios de aborto seguro y lo hacen ganando poco y perdiendo mucho, teniendo que asumir multas, encarcelamientos y pérdida de su licencia para ejercer la medicina. Sin embargo, lo hacen o lo hicieron porque las creencias que más les importan los obligan u obligaron a hacerlo. Ven que muchas mujeres mueren por abortos provocados o por abortos inseguros practicados por prestadores que carecen de las capacidades para hacerlo. Entienden el aborto como una práctica para salvar vidas. Consideran que la prestación de servicios de aborto por parte suya honra, como lo dijo alguno, «la dignidad humana» y es lo correcto, e incluso lo «más justo» (para citar a otro). Dicho de otra manera, realizan abortos por razones de conciencia.



Incluso cuando los prestadores de servicios de aborto trabajan en la legalidad, tienen mucho que perder, pues deben asumir la estigmatización, la marginalización, el acoso y las amenazas a su integridad física, dependiendo del contexto. Sin embargo, siguen ofreciendo estos servicios porque sus creencias éticas esenciales y profundas los obligan a hacerlo. Por ejemplo, ven la autonomía reproductiva de las mujeres como el eje del desarrollo integral de la persona y de la autodeterminación, o consideran que son las mismas mujeres las que entienden los contextos de vida en los que se toman las decisiones sobre tener hijos o no, o valoran más la vida de la mujer que la del feto que lleva en su cuerpo, o sienten que el parto obligatorio es inhumano, o que imponerle a otra persona las creencias propias sobre el aborto no es correcto o es falta de ética. Los prestadores de servicios de aborto expresan de muchas formas que la objeción a prestar dicho servicio produce un dilema de conciencia.

Aquí, además de las conciencias de los prestadores de servicios de aborto, también se dejan de lado otros factores morales de peso. Esto me lleva a mi segunda crítica:

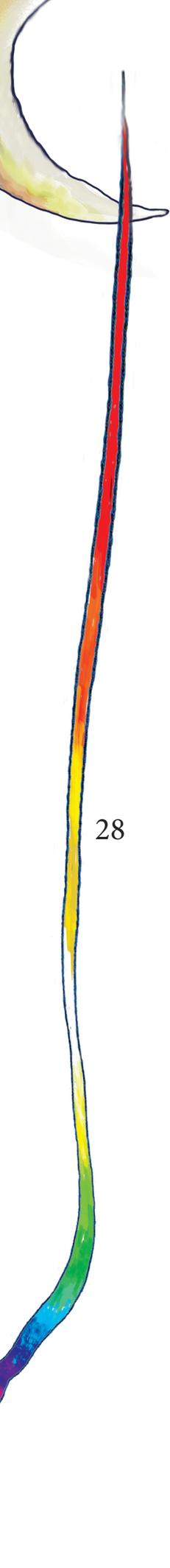
2. El discurso actual sobre la objeción de conciencia se suscribe en una visión estrecha de lo que está en juego con respecto a la moral cuando una paciente solicita un aborto o busca ser referida a un sitio o médico que preste el servicio. La objeción de conciencia siempre tiene consecuencias. Un aborto que podría ser seguro puede convertirse en un aborto clandestino no seguro que puede traer como resultado un daño permanente e incluso la muerte. La mortalidad materna es un asunto moral. Ante la negativa, un aborto que se hubiera podido practicar a tiempo puede convertirse en un aborto tardío. Para muchas personas, esto en sí mismo tiene un peso moral. Pero, además, los abortos tardíos comportan mayores riesgos que los abortos tempranos y esto tiene relevancia moral. En el mejor escenario, un embarazo no deseado resulta en un parto no deseado para una madre sana. Sin embargo, esto no siempre es así puesto que un parto difícil siempre comporta mayores riesgos que un aborto seguro. Estos riesgos son temas morales. Obligar a una mujer a tener un parto es un asunto moral y eso sin mencionar las complejidades morales de tener y criar un hijo que no fue planeado o deseado, o las complejidades morales de dar un hijo en adopción. Por ello, la objeción de conciencia para prestar un servicio de aborto no es solamente un ejemplo de planteamientos morales que chocan con los planteamientos de la salud pública, o de planteamientos morales que chocan con la responsabilidad profesional, como con frecuencia se dice que son. Son



planteamientos morales que tienen que ver con otros planteamientos morales de peso. ¿Qué responsabilidad tienen quienes objetan conscientemente la práctica de un aborto sobre el resultado de su negativa? ¿Por qué las luchas de las mujeres en torno al aborto se desconocen y no se consideran automáticamente asuntos morales? ¿Por qué es tan fácil ver el daño a la integridad moral de una persona que hace un aborto o que refiere a una persona para que se lo hagan pero es tan difícil ver el amplio rango de daños morales que se le pueden causar al otro como resultado de una objeción a practicar un aborto? Los estigmas, diría yo, contribuyen a la ceguera con que muchos enfrentan el peso moral de las consecuencias de negarse a practicar un aborto.

Los planteamientos actuales sobre la objeción de conciencia dejan de lado que las negativas solo pueden darse en el contexto de una relación interpersonal. Decidir que uno mismo jamás se haría un aborto no es lo mismo, en términos morales o de otra naturaleza, a decirle a alguien que no le presta el servicio de aborto. La dificultad para reconocerlo puede ser un asunto de género por lo menos, tal y como lo veo, en el caso de los Estados Unidos. Cuando los investigadores comenzaron a medir el desarrollo moral, los puntajes de las mujeres eran tan bajos que ni siquiera aparecían en la escala. Lo que se vio después es que la escala se había estructurado en torno a la forma en que los hombres razonan sobre la moral, con base en reglas, adhiriéndose fuertemente a principios definidos y premiando la independencia. De otro lado, se vio que las mujeres razonan de forma distinta en lo moral. Las mujeres gestionan los dilemas morales de forma relacional, consideran los contextos y no solo las creencias personales individuales. Por eso, tengo que preguntar si el marco actual de la objeción de conciencia y las leyes resultantes no son extremadamente individualistas y reflejan las diferencias de género en cuanto al razonamiento moral. Por ejemplo, en Estados Unidos la legislación sobre la conciencia estipula que los prestadores de servicios no pueden prestar servicios que «entren en conflicto con sus creencias religiosas o morales personales». No dice «creencias religiosas o morales personales que consideren todas las relaciones y contextos relevantes». Sugiero que esta forma de entender la moralidad y la conciencia tiene un profundo sesgo de género.

3. Mi tercera crítica. Los estigmas son una razón importante por la cual algunas personas no quieren prestar servicios de aborto. Estas personas pueden tener visiones negativas sobre la prestación de servicios de aborto, las mujeres que solicitan un aborto, o ambos. En este caso, ¿cómo puede saber alguien si su negativa proviene de un estigma o de la conciencia? Desafortunadamente, en

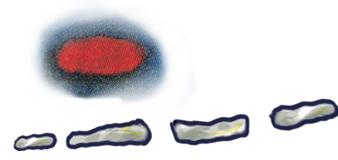


mi propia carrera he visto que la negativa a ayudar proviene de lugares de declarada hostilidad, de juicios o del deseo de castigar a las mujeres. Y estos lugares no son la conciencia. Mientras que la conciencia amerita protección legal, la estigmatización no. De hecho, los estigmas son la antítesis de lo que la ley debería proteger en la medida en que tienen que ver con la deshumanización y, finalmente, con la discriminación.

Como ya lo he mencionado, la «mancha» de la aborto también cae sobre los médicos que prestan este servicio. Siendo así, ¿por qué querría alguien practicar un aborto o referir a alguien para que se lo hagan si existe una forma clara de negarse a hacerlo? No intento cuestionar la seriedad de los planteamientos sobre la objeción de conciencia pero, sin embargo, debo decir que sería más fácil hacer un planteamiento en este sentido o decir «no creo en eso» que enfrentarse a un estigmatización fuerte. Me temo que en muchos casos los estigmas se disfrazan de conciencia y la conciencia incluso puede encubrir otras razones por las cuales los médicos se niegan a ayudar a una mujer que solicita un aborto. Pero en los Estados Unidos se ha vuelto tabú preguntarle a alguien por qué se niega a hacer un aborto, lo que deja sin cuestionamiento alguno el amplio rango de posibilidades que llevan a la objeción.

- 28
4. Quiero terminar hablando de los planteamientos morales de aquellos prestadores de servicios de aborto que se niegan a llevar a cabo ciertos tipos de aborto, especialmente abortos tardíos, esto es, entre las doce y las catorce semanas de gestación.

En primer lugar, el aborto temprano es muy distinto al aborto tardío. Y esta diferencia no es solo técnica aunque sí, el aborto tardío requiere de otros instrumentos, de otro entrenamiento e incluso puede exigir el manejo de otro tipo de complicaciones. El aborto tardío es diferente visual y visceralmente. Se ve distinto y se siente distinto: los fetos que ya están en el segundo trimestre parecen bebés. Es perturbador ver miembros grandes y reconocibles en un recipiente después de haberlos visto moverse en una ecografía momentos antes. Se siente incómodo y uno se siente violentado. Y estos sentimientos importan. Además, el aborto tardío puede llevar a complejidades morales dado que las cosas que le haríamos a un bebé prematuro en el útero serían impensables de hacerse a un recién nacido extremadamente prematuro en un unidad de cuidados intensivos para neonatos. En consecuencia, los médicos que llevan realizan este tipo de procedimientos en particular pueden ser



especialmente vilipendiados pues parecería que desafían de manera total los principios médicos relacionados con el respeto y la salvación de vidas. Por eso, los abortos tardíos llevan una mayor carga de estigmatización. Siendo así, sería más fácil rehusarse a prestar el servicio que asumir los complicados sentimientos y reacciones que provoca y más fácil que explicarles a los demás por qué se hace. No obstante, quiero sugerir que sentir incomodidad e incluso repulsión, tener dificultades con las complejidades morales del aborto tardío y temer las consecuencias de una mayor estigmatización no son necesariamente lo mismo que los dilemas de conciencia.

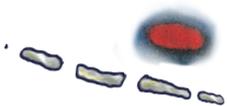
Para mí, el tema se ha simplificado porque sé que la carga de la mortalidad materna proviene principalmente de los abortos no seguros que se llevan a cabo en el segundo trimestre de gestación. No podría vivir conmigo si no les ayudara a las mujeres y a las familias en estos casos. No quiero decir que siempre sea fácil. Todavía recuerdo la sensación que tuve de que las rodillas no me sostenían la primera vez que me hice al lado de un profesor y lo vi practicando un procedimiento. Pero la incomodidad no es lo mismo que la conciencia. Y mi miedo de ser la temida, icónica «carnicera que hace abortos» es real, pero tampoco es mi conciencia. Cuando paso cerca de manifestantes cuyas pancartas dicen «Matar bebés no es una profesión noble» siento un nudo en el estómago, pero ese nudo no es mi conciencia. Mi conciencia me impulsa a seguir adelante con mi trabajo. Siento una mayor responsabilidad moral de prestar servicios de aborto en el segundo trimestre que en el primero.

En conclusión

Finalmente, la des-estigmatización del aborto contribuiría enormemente a reducir los problemas causados por la creciente objeción de conciencia para practicar abortos. Pero dado que desmontar los estigmas es un proyecto a largo plazo y en el corto plazo las mujeres siguen enfrentando las consecuencias de la objeción propongo algunas visiones alternativas para el futuro:

1. La creación de espacios para conversar sobre temas difíciles en cuanto al aborto, incluido el aborto en el segundo trimestre, de tal forma que nosotros (incluidas las personas que en el momento presente no practican abortos) podamos hablar sobre las complejidades morales, las ambigüedades, la incomodidad, las incertidumbres, sin tener que convertir estas complejidades y los sentimientos incómodos en un problema relacionado con la «conciencia.»

2. A partir de estas conversaciones, podemos comenzar a implementar acciones educativas para todo tipo de prestadores de servicios de salud, con el fin de que aprendan a reconocer los planteamientos que tienen que ver con la conciencia y los que no. Estas acciones podrían incluir currículos educativos para que la objeción de conciencia se haga de manera humana. El concepto de «humano» es clave aquí pues he visto a demasiadas mujeres sufrir por el menosprecio, el irrespeto y la discriminación en nombre de la «conciencia.»
3. Cuando sepamos distinguir los planteamientos sobre la conciencia de otro tipo de planteamientos y cuando los prestadores de servicios de salud aprendan a objetar conscientemente podríamos diseñar un sistema de rendición de cuentas sobre la objeción de conciencia. Este sistema incluiría: primero, una manera formal de documentar que la conciencia es, de hecho, la fuente de la objeción a prestar el servicio y no otra cosa. Esta documentación podría incluir un registro de casos, como el que existe en ciertas partes del mundo, para que las autoridades gubernamentales identifiquen los vacíos que se generan para la prestación del servicio como resultado de la ausencia de prestadores y puedan tomar medidas para enfrentar los vacíos. Segundo: el sistema debería incluir estándares de servicio para que se dé una objeción compasiva porque, presumiblemente, hay maneras malas y buenas, hábiles y torpes, seguras y no seguras de prestar el servicio. Estos estándares podrían incluir respuestas médico-legales, incluidas demandas por mala práctica en casos de objeción de conciencia pobremente implementados, de tal forma que las mujeres y las familias perjudicadas en lo moral, lo espiritual, lo financiero y lo físico, por la objeción de conciencia, sean compensadas.
4. Finalmente, el sistema legal puede reconocer y proteger la prestación a conciencia del servicio. Cuando se falla en el reconocimiento de que la conciencia también está presente cuando se trata de prestar el servicio de aborto, de la misma forma que puede estarlo cuando se objeta, convierte a la «conciencia» en un concepto vacío y nos deja a todos sin el sustento moral (grande o pequeño) necesario para enfrentar este debate.

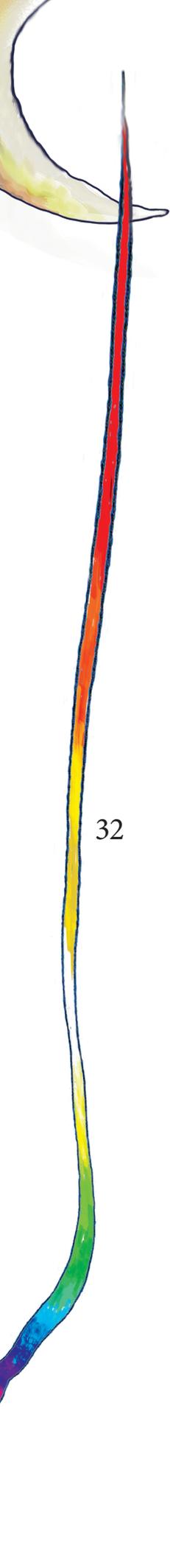


VOCES Y TEXTOS



Debora Diniz. Es profesora de la Universidad de Brasília e investigadora de Anis - Instituto de Bioética Derechos Humanos y Género. Es vice presidenta del consejo de International Women's Health Coalition. Lleva adelante proyectos de investigación sobre bioética, feminismo, derechos humanos y salud. Actualmente trabaja en el proyecto Conscientious Objection in legal abortion services in Brazil, financiado por Safe Abortion Action Fund y ejecutado por Anis.

Las preguntas lanzadas en la plenaria de clausura del *Seminario Internacional Objeción de Conciencia: un debate sobre la libertad y los derechos* serán también las mías en este texto. Las preguntas exigen cierta superposición entre las respuestas —pero la repetición se debe entender como una tentativa de aproximación a las mejores respuestas. Este es un texto analítico, pero también provocativo. Me inspiré en las voces y las memorias que marcaron nuestras inquietudes en el Seminario, pero me permito avanzar en lo que permaneció como disenso o incluso como preguntas sin respuestas. Por lo tanto, este no es un texto que concluye o resume nuestras voces sino que, inspirado por estas, se postula como uno más para el debate. No pretende ser original. Es un texto colectivo, pero con una firma.



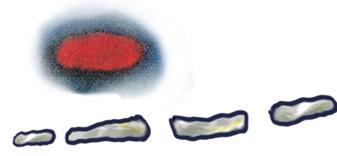
¿Qué es y qué no es objeción de conciencia?

Esta no es una pregunta retórica. Todas las mesas del Seminario la enfrentaron. Las respuestas iban por caminos filosóficos, políticos o normativos. Nos urge una respuesta pero también el temor a diseñarla. Comenzaré analizando las razones de nuestra cautela pero, al final, intentaré responder a la provocación. Reconozco, sin embargo, que las preguntas sobre «qué es» son las más difíciles, tanto en el campo intelectual como en el político. La respuesta que ofreceré será simplemente una tentativa más a la espera de un nuevo movimiento de crítica sobre sus límites y potencialidades.

El Seminario hablaba de nosotras y para nosotras. Pero ¿quiénes somos *nosotras*? Las feministas latinoamericanas. Somos una voz, una identificación ante el poder patriarcal, las leyes penales, las normas religiosas y el orden capitalista. Existe una identificación regional mutua. Pero también somos localmente singulares. Nuestras diferencias no están simplemente en las lenguas, los colores, las clases y sexualidades, en las tradiciones religiosas de nuestros países o en las políticas de nación, pero sí en un nivel primario de regulación de los cuerpos. Nuestros países legislaron de manera diferente la práctica del aborto. Algunos países lo autorizaron, otros lo permiten solamente por determinadas causales, otros lo prohíben integralmente. *Causales* es la expresión utilizada en el feminismo para designar lo que en lenguaje penal se entiende por «exempciones de la pena» o «excluyentes de ilegalidad» en materia de aborto. La legislación penal no determina cómo las mujeres viven el aborto, pero regula el punto de partida de cómo la cuestión de la objeción de conciencia se legitima en el espacio público.

Esto se describió como «lugares distintos» —países donde el aborto está autorizado y países donde hay causales o restricción completa del derecho a esa práctica. Pero ¿por qué los lugares distintos importarían en la discusión sobre qué se postula como un derecho liberal e individual? ¿Es o no la objeción de conciencia un derecho fundamental de los individuos? La respuesta del Seminario es que la objeción de conciencia es una manifestación de la libertad de conciencia —esta última sí, un derecho fundamental. Nuestra confusión, me parece, es sobreponer la libertad de conciencia a la manifestación pública de las creencias. Nuestros lugares distintos poco deben importar en la defensa de lo que consideramos también un derecho fundamental —la libertad inalienable de las mujeres de hacer sus propias elecciones en el campo moral. A eso llamamos *libertad de conciencia*. Como feministas, debe-

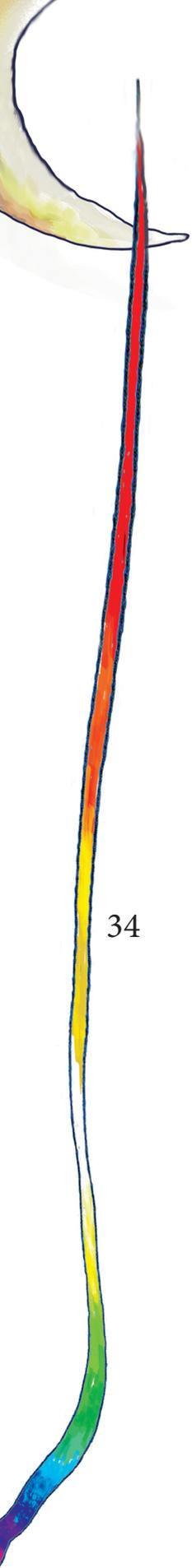
mos luchar porque las condiciones de igualdad sean favorables para que las mujeres puedan hacer sus elecciones libres.



Hay, por lo tanto, una superposición equivocada entre libertad de conciencia y prácticas sociales justificadas por la conciencia. Este fue un tema extensamente discutido en el Seminario y no siempre con claridad sobre las fronteras entre la libertad de creencias y el libre derecho de expresarlas públicamente. La objeción de conciencia al aborto es una práctica de resistencia profesional a un derecho de las mujeres. Si la libertad de conciencia es un reducto de intimidad y de autonomía que describimos como un derecho fundamental, sea por las normas locales o por los textos internacionales, las prácticas justificadas por la libertad de conciencia no son igualmente legitimadas. Ni deben serlo. Y, al contrario de lo que pueda parecer, esa no es una afirmación que amenace los fundamentos éticos y políticos del feminismo. Por eso la pregunta sobre qué es la objeción de conciencia pasa por el enfrentamiento de esa superposición —no todas las prácticas de conciencia son igualmente legitimadas como justas. Tal vez lo más correcto sería decir que los dispositivos constitucionales e internacionales sobre la libertad de conciencia no siempre justifican las prácticas de objeción de conciencia.

La objeción de conciencia es una práctica profesional sustentada por las convicciones morales de los sujetos. La situación típica es la de un médico que se niega a atender a una mujer en proceso de aborto. Su acto es más que un texto sobre sus creencias; es, fundamentalmente, una práctica profesional —la negación de asistencia médica. Así la objeción de conciencia es una reflexión sobre prácticas sociales, mientras que la libertad de conciencia es un postulado sobre creencias, valores y autonomía. ¿Por qué esa diferencia? El Estado no puede regular las creencias íntimas y privadas de los sujetos, pero tiene que determinar qué formas de expresión pública de las creencias son aceptables. Actos de discriminación u odio, como el sexismo o el racismo, se prohíben en nuestras leyes locales o en los acuerdos internacionales. No hay cómo impedir que los sujetos, falsamente, crean en la inferioridad natural de las mujeres o de determinados grupos étnicos.

No alcanza con que el sujeto se declare afiliado a una creencia, para que la objeción de conciencia sea considerada legítima. La conciencia individual no es soberana para la justicia de actos y prácticas públicas —incluso cuando quien actúa representa al Estado, como es el caso de varios servicios de aborto en nuestros países en que los profesionales de la salud son funcionarios públicos. La objeción de con-



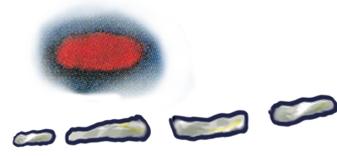
ciencia es, por lo tanto, la posibilidad de actuar según la conciencia, siempre que las creencias que motiven la negación a actuar sean consideradas legítimas y justas. Para que una negación sea legítima y justa es necesario que esté de acuerdo a lo que se entiende por razón pública o, simplemente, por ética pública. Es necesario, entonces, demarcar la frontera entre *creencia* y *gesto*. La objeción de conciencia puede o no ser legitimada como un derecho individual de negación del deber de actuar, depender de una evaluación pública de las creencias que motivan al individuo a abdicar de sus deberes profesionales o ciudadanos.

Si toda creencia no legitima el recurso a la objeción de conciencia para el incumplimiento de deberes públicos es porque la naturaleza de las creencias importa para la razonabilidad de la demanda por la objeción de conciencia. Una creencia racista no legitima la negación de asistencia en salud a mujeres negras o indígenas. Importa no solo la sinceridad de las creencias, es decir, el hecho de que el individuo se defina verdaderamente como un sujeto íntegro a partir de sus creencias privadas, sino principalmente evaluar la razonabilidad de las creencias que postula como definitivas de su estado individual de integridad. Es en este juego argumentativo sobre el cual se garantiza la sinceridad y la razonabilidad de las creencias, que las religiones adquieren relevancia en el espacio público. Se da una concesión de legitimidad a las creencias religiosas —como si todas fuesen legítimas y razonables para sus demandas sobre lo que es justo.

¿Cómo regular la objeción de conciencia?

Una vez trazada la frontera entre creencias y prácticas, el paso siguiente es la pregunta sobre cómo regular la práctica de la objeción de conciencia. La inquietud política no es sobre los fundamentos éticos de la libertad de conciencia —no solo las feministas creen en la soberanía de la autonomía del individuo para regir el sentido de la vida— sino sobre los tenues límites entre la conciencia individual y las prácticas discriminatorias o el abuso de poder. Así, la regulación de la objeción de conciencia no es una intromisión del Estado en la libertad individual, sino una regulación de prácticas individuales o colectivas que pueden ser discriminatorias o abusivas. Hay aquí una frontera tensa entre conciencia e igualdad —regular la objeción de conciencia puede significar la garantía de la igualdad de acceso de las mujeres a

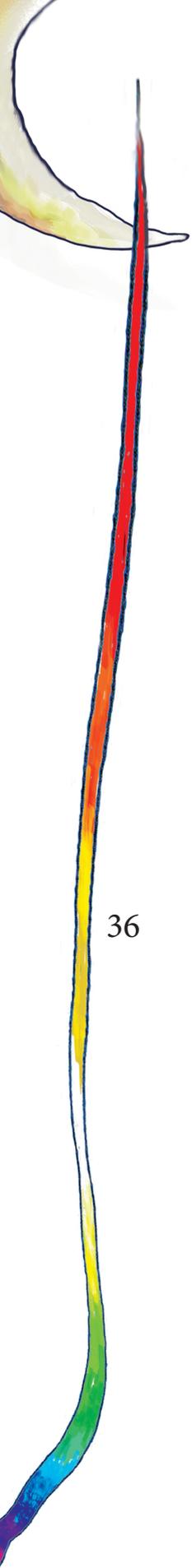
los servicios de salud. Y, por eso, se torna una cuestión de justicia—el derecho al aborto protege necesidades de salud no satisfechas.



Regular la objeción de conciencia no debe ser un *impasse* para el feminismo ni tampoco para otros movimientos sociales que reclaman la igualdad. Nuestra inquietud en el Seminario no fue sobre la urgencia de regular la objeción de conciencia, pues la libre transmutación de creencias en prácticas es una equivocación política e, incluso, jurídica. La inquietud fue sobre cómo regularla: por ajustes institucionales, normas administrativas, políticas públicas, leyes o acciones judiciales. Ese es, tal vez, uno de los puntos en que nuestros lugares distintos lanzan diferentes propuestas y, probablemente, algunas más adecuadas a ciertas realidades que otras. En ese sentido, no lanzaré siquiera una respuesta tentativa a la pregunta sobre cómo regular la objeción de conciencia, pero me gustaría simplemente problematizar los caminos posibles para la regulación.

Antes de enfrentar los tipos de regulación, surge una pregunta: ¿quién puede reclamar el derecho a la objeción de conciencia? Como es una práctica profesional de negación de asistencia, y no una simple enunciación del derecho a la libertad de conciencia, no todas las personas están legitimadas para alegar objeción de conciencia para la asistencia en salud en caso de aborto. No son las creencias lo que está en debate, sino los derechos a las prácticas, por eso importa conocer al sujeto que cree y sus deberes públicos. La respuesta del Seminario es que solamente los profesionales de la salud directamente involucrados en los procedimientos técnicos para el aborto, es decir, médicos ginecólogos y obstetras, tendrían legitimidad para recurrir a la objeción de conciencia. Pero justamente, como la frontera entre las creencias y las prácticas es difusa, varios casos se enfrentaron y sus límites abrieron un debate incierto: ¿Un farmacéutico puede negarse a entregar la píldora del día después? ¿Enfermeros o auxiliares de enfermería pueden negarse a participar en un equipo de aborto previsto por la ley? ¿Un psicólogo puede dejar de acoger a una víctima de violación que quiera abortar? ¿Un asistente social puede dejar de informarle a una mujer sobre sus derechos reproductivos?

La pregunta sobre quién puede reclamar legítimamente la objeción de conciencia es un indicador claro de que las creencias y las prácticas son esferas diferentes para juzgar la razonabilidad de la negación de asistencia. Me parece importante destacar que, si bien esta es una tesis consensuada para el feminismo —solo los profesionales directamente involucrados en el procedimiento, es decir, solo los mé-

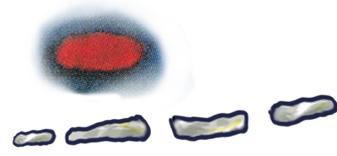


dicos pueden reclamar el derecho a la objeción de conciencia—, es ampliamente cuestionada, no solo por otras categorías profesionales, sino principalmente por los grupos que utilizan la objeción de conciencia como un recurso discriminatorio contra las mujeres que abortan. Una vez enfrentada la pregunta *quién*, la siguiente es la etapa del *cómo* regular el derecho individual de quien se reconoce como titular de ese derecho.

El primer ámbito para la regulación es el institucional. Los centros de salud deberían ser capaces de seleccionar profesionales no objetores. Los equipos médicos podrían ser autosuficientes para establecer las guardias médicas con regímenes de acomodación interna —los profesionales objetores no formarían parte de los servicios que atenderían mujeres en proceso de aborto o en busca del aborto legal. Si ese es el nivel más pacífico y respetuoso de las libertades individuales y de la capacidad comunitaria de promover la ciudadanía en salud, puede ser también el más frágil para las mujeres. Por un lado se garantiza la soberanía de los equipos para autorregularse de acuerdo a lo justo en salud y a la intimidad de cada individuo; por otro, se escapa a la publicidad necesaria al funcionamiento de las instituciones públicas del Estado. Es en nombre del riesgo permanente de que los equipos no sean lo suficientemente fuertes y sensibles como para autorregularse, que la propuesta de publicar una lista de profesionales objetores se retomó en varios momentos del Seminario. Este fue uno de los temas menos consensuados.

Hay quienes sostienen que la lista pública de profesionales es un acto de publicidad; para otros sería un acto de resistencia que al exponer a los médicos, podría llevar a mayores restricciones de acceso para las mujeres. Estas listas indicarían qué médicos objetarían el aborto y sus razones para hacerlo. Se piensa que el hacerlo público sería una forma de rendición de cuentas de las razones íntimas de cada sujeto, lo que permitiría un monitoreo público de su coherencia con otras prácticas profesionales. En particular se presentaron evidencias locales sobre algunos médicos que actuaban en la medicina privada sin restricciones morales al aborto y, sin embargo, alegaban objeción de conciencia en la medicina pública. La verdad es que la lista es una manera de publicitar los actos de los representantes del Estado, pero también una forma sutil de avergonzar a quienes actúan sin temor a rendir cuentas sobre sus actos. Se describieron algunas experiencias localizadas y hubo un cierto sentimiento de fracaso hacia la lista como recurso democrático de publicidad. El hecho es que no hay evidencias seguras sobre su eficacia o sobre otras formas de publicidad de los médicos objetores —es nece-

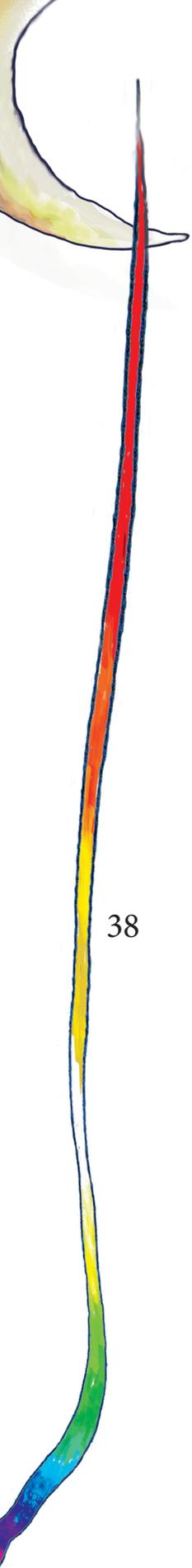
sario tanto una sensibilidad local para su uso como una evaluación delicada de estrategias que solo se pueden adoptar en cada caso.



La política de la acomodación institucional trae un efecto colateral, y aquí me permito hacer uso del lenguaje biomédico. El efecto colateral más importante es la concentración de la atención en los médicos no objetores. La organización de los equipos por parte de médicos objetores y no objetores provoca una distribución desigual de las tareas. Ciertamente sería un ajuste posible de realizar, internamente, con una redistribución amplia de los servicios, pero la concentración del servicio de aborto en unos pocos médicos trae consigo otro efecto moralmente adverso: el estigma de ser un médico que realiza abortos.

El tema del estigma fue inaugural en el Seminario —es un concepto apreciado en varios ámbitos, en particular en la sociología. *Estigma* es una marca o atributo que describe a una persona o grupo de personas en contraste con quien tiene el poder de clasificar. El estigma no es un dato del individuo, es un atributo relacional que denuncia juegos de poder y exclusión. Ser catalogado como un médico que realiza abortos (o, en términos vulgares, como un «médico abortista») no es un indicador sin consecuencias para la inserción del sujeto en su red profesional o comunitaria. No hay aún una neutralidad técnica capaz de superar la fuerza del estigma del aborto en nuestras sociedades. La política de «ajuste» se enfrenta con la fragilidad de los mecanismos públicos de rendición de cuentas, pues reduce el deber de la asistencia a un ajuste institucional. De manera particular, debe enfrentar el riesgo permanente de estigmatización de los pocos profesionales capaces de acoger a las mujeres en sus decisiones. El mismo que provoca el miedo a sentirse estigmatizado y que hace que un médico se declare anticipadamente objetor aunque el aborto no cuestione sus creencias íntimas.

La segunda manera de regular la objeción de conciencia sería por medio de textos normativos de organizaciones profesionales, de políticas públicas o de nuevas leyes que organicen derechos y deberes profesionales. De cierta forma, esa regulación ya existe en muchos países de la región; la reflexión en el Seminario fue sobre la legitimidad de las asociaciones profesionales para regular derechos y necesidades, o incluso sobre su eficacia y pertinencia política. Los códigos de ética profesional —conjunto de normas que regulan el ejercicio de cada profesión— consideran la objeción de conciencia como un derecho de los profesionales. Este tipo de documento plantea una serie de desafíos para la regulación pública: son textos corporativos que, en general,

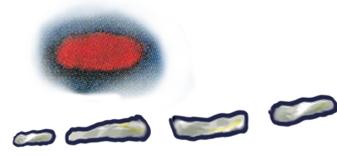


perciben a la asistencia en salud con fronteras estrechas —la de los intereses de cada profesión. Los médicos entienden la objeción de conciencia como un derecho médico, así como los enfermeros, los asistentes sociales o los psicólogos lo entienden como un derecho de sus oficios. Es posible que esas organizaciones profesionales sean espacios sensibles a los derechos humanos y, en particular, a los derechos reproductivos de las mujeres, pero en general su misión es corporativista.

Más democrático que apostar a los códigos profesionales sería confiar en los contenidos de las políticas públicas o incluso en la acción política en el Legislativo. Hay, sin embargo, desafíos particulares a la regulación de la objeción de conciencia por el nivel infra legal de las políticas públicas, por ejemplo. Lo más importante de estos desafíos es la fragilidad de la laicidad en nuestros países —las religiones, en particular las cristianas, ocupan posiciones estratégicas en el funcionamiento de las instituciones básicas. Hay cierto consenso regional de sumisión de la gobernabilidad política a la lógica religiosa en materia de derechos reproductivos: momentos de juegos electorales, de crisis económicas o militares, son situaciones propicias para la actuación proselitista de los gobiernos en nombre de los «rebaños religiosos». Además, las elites del poder se confunden con las elites religiosas, lo que convierte a la regulación de la objeción de conciencia en un tema delicado para la separación entre el Estado y las religiones. Un riesgo semejante sería la tentativa de regular la objeción de conciencia por parte del Legislativo —una ley que buscara regular los límites y las posibilidades de la objeción de conciencia no escaparía a la lectura esencialista de la religión como esfera de la intimidad anterior al pacto político e independiente del mismo. La frágil laicidad de nuestros países perturba tentativas, incluso las bien intencionadas, de regular la objeción de conciencia al aborto por parte de la gobernabilidad política, de la ley o de la política pública.

Una salida poco explorada en el Seminario, pero no menos delicada, es la de la judicialización de la objeción de conciencia. El camino de la judicialización no es exclusivo de las mujeres; al contrario, puede ser un espacio de litigio también para aquellos que buscan restringir el derecho al aborto por la tesis de la amenaza a la conciencia. Quisiera plantear algunas reticencias a la acción política del feminismo en las cortes, en esta materia. No tengo dudas de que el Poder Judicial es un espacio estratégico para la lucha feminista en América Latina en estos últimos años —casos como los de Argentina, Brasil, Colombia o México nos mostraron cómo las cortes reconfiguraron el derecho al aborto. Nuevas causales se conquistaron en las cortes, en un horizonte político poco alcanzable por el Legislativo. Pero sobre el tema de la objeción de con-

ciencia tengo dudas que me gustaría compartir antes de presentar respuestas definitivas. Mis dudas se inspiran en comentarios escuchados en el Seminario.

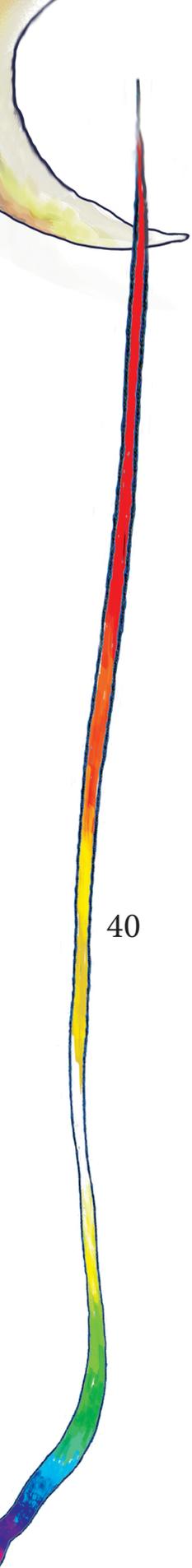


Sí, las cortes son espacios amigables para las minorías cuyos derechos son muchas veces ignorados por el Legislativo o por las políticas públicas. Los derechos reproductivos de las mujeres son marginales al orden político y legal en América Latina. Pero las cortes pueden ser también espacios arbitrarios y poco democráticos. Existe siempre el riesgo de que los jueces reproduzcan los valores de las elites políticas y económicas, ya sea por una convicción de pertenencia de clase o por un distanciamiento del mundo concreto. En el caso de la objeción de conciencia, creo que hay un poco de las dos hipótesis —los jueces son miembros de la elite y, por lo tanto, también son representantes del «rebaño» que piensa que el aborto es una amenaza a la integridad moral; además, pueden enfrentar la objeción de conciencia como uno de esos temas constitucionales abstractos que mueven el ordenamiento, y no directamente como un instrumento de fragilidad del derecho de las mujeres a la salud.

El principal riesgo de la judicialización es su carácter antipático e intimidatorio. No tengo dudas de que el litigio es una forma de garantizar derechos —y se debe utilizar como un recurso para garantizar los derechos de las mujeres— pero también es un camino poco conciliatorio y, por lo tanto, una forma de reacción que puede traer consecuencias negativas a un proceso educativo y de cambio de mentalidad sobre los derechos. Un médico, por ejemplo, no es solamente alguien sensible a las necesidades de salud de las mujeres; es también un sujeto con ambiciones profesionales. Al mismo tiempo que actúa regido por sus convicciones éticas sobre los deberes profesionales, se relaciona con sus pares. Una acción judicial contra uno de sus colegas puede ser entendida como un recurso de la justicia, pero también como una amenaza a la soberanía profesional. El mensaje de la judicialización no es exclusivo de los sujetos involucrados en el litigio y puede repercutir en grupos más amplios, inclusive en los pocos sujetos solitarios y sensibles al derecho al aborto.

¿La regulación de la objeción de conciencia depende de su estatuto jurídico?

Hay por lo menos dos maneras de responder a esa pregunta. La primera, más simple, por un recurso al ordenamiento legal o normativo de cada país —bastaría con

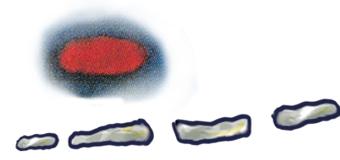


determinar si la objeción de conciencia se reconoce localmente como un derecho constitucional o como una prerrogativa profesional, por ejemplo. Con eso, sería posible responder si la objeción de conciencia es un derecho en sus propios términos —«la objeción de conciencia es un derecho...»— o si su enunciación exige un recorrido argumentativo más largo, tal como sustentarla como parte de la libertad de conciencia o de expresión. Cualquiera sea el escenario en nuestros países, esa es una estrategia de dominación de las reglas de juego de la que, como feministas, es necesario apropiarnos: ¿qué se entiende por objeción de conciencia y en qué situaciones su uso sería legitimado para negar el aborto? Para eso, los grupos de mujeres juristas y especialistas en el marco normativo nos socorren en la primera comprensión del cuadro local, regional e internacional.

Pero hay una segunda manera de responder a la pregunta y me parece que fue la que nos motivó en el Seminario: independientemente de lo que dicen nuestros códigos y normas, ¿cómo entenderemos la objeción de conciencia? Esta no me parece una pregunta retórica por el placer de debatir. Al contrario, nos provoca, como feministas, en el núcleo de nuestra acción política —la de reescribir las relaciones establecidas, incluso aquellas con la letra de la ley. Siendo así, independientemente de lo que afirman nuestros textos locales ¿cómo entenderemos el estatuto jurídico y ético de la objeción de conciencia? El Seminario fue tan rico en este punto que asumí ese camino más largo y difícil, como propio. Por eso, conversamos en la plenaria sobre las fronteras entre la objeción de conciencia en salud y la objeción de conciencia militar.

Responder a esa pregunta no es solo una decisión política sobre cómo entenderemos la objeción de conciencia; es tocar en una de las raíces del feminismo contemporáneo en América Latina. Somos feministas en plural, diferentes no solo en el cuerpo, sino en las concepciones de Estado, igualdad y democracia. El liberalismo político acompaña a las feministas radicales y es exactamente este quien nos perturba en situaciones en las cuales precisamos lanzarnos como «reguladoras de la conciencia». Es ese carácter inusitado de un falso cambio de posiciones el que más nos incomodó en el Seminario —¿cómo nosotras, personajes que históricamente representamos la regulación heterónoma de las conciencias, nos lanzaremos ahora como reguladoras de la conciencia de otros? La verdad es que esa es una falsa pregunta. No estamos regulando conciencias, sino relaciones de poder y saber.

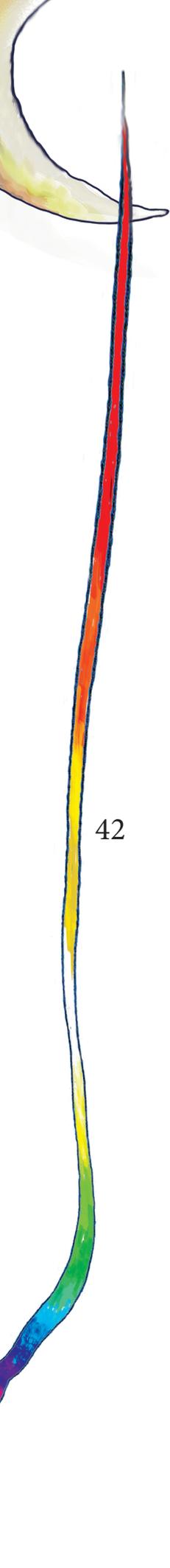
Enfrentar el tema de regular la conciencia de los otros es una situación casi paradójica para las feministas. Y enfatizo el calificativo «casi» en este caso. O asumimos



que alcanza con que el sujeto se enuncie como un creyente o representante del poder pastoral de las religiones para legitimar sus convicciones, o tendremos que enfrentar la pregunta que inquieta al liberalismo sobre qué creencias se pueden legitimar. La legitimación de una creencia es un tema fundamental para la vida colectiva —no todas las creencias pueden reconocerse del mismo modo como válidas para su expresión pública, dicen muchos de nuestros ordenamientos, al punto que el discurso del odio está prohibido en varios países. Pero, incluso donde el discurso del odio está protegido por el principio de la libertad de expresión, las prácticas del odio están prohibidas. Nuevamente volvemos a la dicotomía entre creencia y gesto —hay una diferencia entre creer que el aborto es un acto inmoral e impedir que una mujer se lo realice.

En este sentido arriesgaría afirmar que, cualquiera que sea nuestra elección epistemológica y política sobre el estatuto de la objeción de conciencia, tenemos que reconocer la necesidad y la legitimidad de regular la objeción de conciencia. Hay situaciones en que la negación de asistencia en nombre de creencias individuales se convierte en omisión de asistencia, en discriminación o en prácticas injustas. El aborto es una necesidad de salud y, como tal, debe ser asegurado por quienes poseen el deber, el poder y el saber de realizarlo. En países donde el aborto es un acto médico, cuyo procedimiento técnico es un monopolio de la medicina, no hay dudas de que la objeción de conciencia se debe regular independientemente de su estatuto jurídico.

No quiero decir con esto que la rica y provocadora discusión sobre el estatuto de la objeción de conciencia no la deba hacer el feminismo. Al contrario. Solo quiero sugerir que esta no se entienda como una paradoja para el feminismo —o sea reconocer que, independientemente de su estatuto constitucional, es necesario regularla, y nosotras, las feministas, seremos las protagonistas de la regulación. Eso no significa retroceder en principios feministas tales como el de la intimidad de la conciencia y su carácter soberano para el derecho de las mujeres. Además considero que el Seminario fue más que ilustrativo sobre la importancia de contextualizar la pregunta sobre el estatuto jurídico de la objeción de conciencia —su aplicación en el universo militar no es la misma que en la salud pública. El marco sociológico y político de la objeción de conciencia en salud debe considerar la realidad de los servicios de salud de cada país, la condición funcional de los médicos y otros operadores de la salud (funcionarios públicos o privados), además de las causales del aborto.



¿Cómo se establece la objeción de conciencia?

Esta es una pregunta curiosa, pero perspicaz. El *cómo* presupone que la objeción de conciencia no es un simple acto de habla que enuncia malestar moral. No es necesario un tratado de filosofía moral para que naveguemos con cierta tranquilidad por los conceptos de fondo de esta pregunta —conciencia y objeción son dos piezas clave. Conciencia es la esfera de la intimidad que ofrece un sentido de integridad moral al sujeto que cree. Puede tener fundamentos laicos o religiosos, y estos pueden ser individuales o compartidos con otros individuos. La objeción es un gesto de negación de prácticas que se espera que el sujeto ejerza, en términos generales, como parte de su oficio o deber. La objeción de conciencia, por lo tanto, es una negación a actuar en nombre de creencias íntimas. Ignorar la conciencia le provocaría al sujeto un sufrimiento ya que vería su integridad amenazada por actos con los que no concuerda.

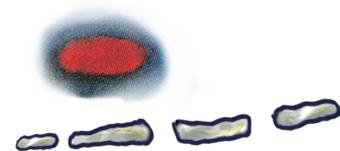
Es así que la cuestión del aborto se lanza como un tema moral —hay individuos que no concuerdan con su práctica y que, además de no considerarse moralmente capaces de practicarlo en sí mismos o en los cuerpos de mujeres de su círculo afectivo o familiar, no se sienten cómodos auxiliando a otras mujeres a hacerlo. El simple gesto de acogida, información o cuidados en salud puede ser entendido como una ofensa moral a sus convicciones íntimas. Por definirse como sujetos «contrarios al derecho al aborto», esos individuos pueden optar por no ejercer profesiones relacionadas con la asistencia al aborto (ginecólogos, obstetras, o sicólogos y asistentes sociales) o incluso pueden elegir trabajar en servicios o especialidades en que no se enfren-ten a mujeres en situación de aborto. Así como no deben ser forzados a elegir un oficio que ofenda sus convicciones íntimas, no deben ser obligados a actuar en servicios que contradigan las mismas convicciones.

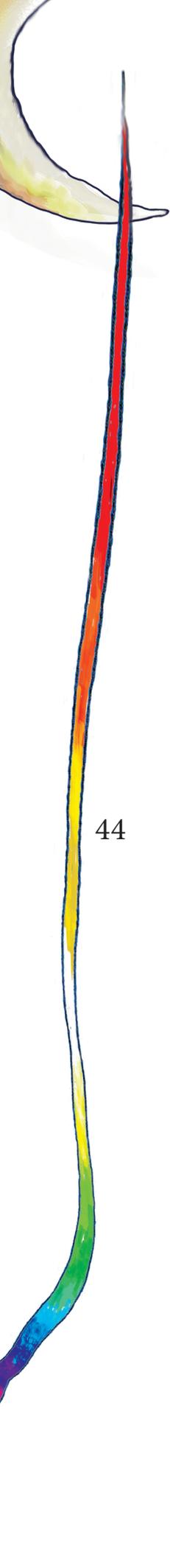
Sin embargo, una vez que se gradúa como médico ginecólogo u obstetra, es posible que se enfrente a la cuestión del aborto —ya sea en su clínica privada o en un hospital público, estando al cuidado de una mujer que indujo el aborto o de otra que retuvo al feto. Si la unión entre convicciones y profesiones puede ser un divisor de aguas para aquellos individuos que sufren al practicar el aborto, o sea, que lo consideran un acto insostenible, tal vez no deberían ser ni médicos ginecólogos ni obstetras. Sin embargo, hay casos en que el deseo profesional puede ser más intenso que el rechazo moral al aborto. En esos casos, el médico anticipadamente

sabe que la práctica del aborto formará parte de su experiencia personal y profesional —ya sea como fruto de la casualidad en la historia reproductiva de una mujer, o como una elección reproductiva de otra. Su papel será atender a todas ellas de acuerdo a lo que exigen las mejores prácticas de salud.

Así es: el deber de un médico es atender, y el sentido de atención es más amplio que la simple protección o los cuidados preventivos en salud. Según la posición que un determinado médico ocupa, incluso contrariamente a sus convicciones íntimas, se le podrá solicitar que practique un aborto. ¿Cómo? Imaginemos que un hospital público de referencia cuenta solo con un médico de guardia y que llegue una mujer víctima de violación. Ella está informada y claramente determinada a hacerse el aborto. El médico de referencia de esa guardia tiene dos salidas: o solicita que otro médico de su equipo realice el procedimiento, sin perjuicio para la mujer, o practica él mismo el aborto. ¿Qué nos muestra esta situación? Que indiferente a sus creencias, el médico primero atiende las necesidades de salud de sus pacientes —mujeres que demandan el aborto previsto por ley o cualquier otra alternativa médica— y solo después encuentra estrategias para la acomodación de sus creencias. Si hay un compañero de equipo que lo pueda sustituir en el procedimiento, ese será un ajuste interno de la unidad de salud que no deberá significar ningún daño para la mujer.

Es así que se establece la objeción de conciencia. Es necesario que la creencia íntima de un sujeto sea cuestionada pero que además que la creencia sea legitimada como razonable, no exista ningún daño para la mujer que necesita atención. Lo ideal sería que los ajustes en los equipos no permitieran situaciones como la de un único médico de guardia que sufra por estar en desacuerdo, pero si eso sucede es necesario, en primer lugar, entender que no hay objeción de conciencia cuando se es el único responsable por el servicio, ya que no existe objeción de conciencia institucional —uno de los verdaderos consensos del Seminario. Como no siempre son posibles las políticas de acomodación en los servicios, el siguiente paso es la publicación de las razones que llevarían a los profesionales a objetar el aborto: podría comenzar así una extensa y dolorosa discusión sobre la honestidad y validez de las creencias, un proceso público de escrutinio que no le interesa a los equipos y menos aún a las mujeres.



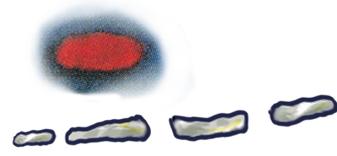


¿Cuáles son los límites de la objeción de conciencia? ¿Es válida su aplicación en los servicios de salud?

El primer límite a la objeción de conciencia es la razonabilidad de la creencia. ¿Cómo se establece? Por el marco constitucional, por ejemplo. Eso significa que no todas las creencias se legitiman para reclamar la objeción de conciencia. Las creencias racistas, por ejemplo, no justifican la negación de la asistencia basada en la conciencia. Es en ese juego de análisis sobre la razonabilidad de una creencia que las religiones adquieren relevancia. Por respeto a la intimidad, se postulan creencias religiosas como legítimas y razonables. Pero la verdad es que no todas lo son. Por eso, incluso los valores religiosos deben someterse al escrutinio público de evaluación de la razonabilidad.

El segundo límite es que no hay objeción de conciencia situacional, sino que es un estado del sujeto. No debe haber objeción de conciencia selectiva, es decir, un médico que realiza regularmente el aborto no debe declararse objetor frente a una mujer específica —ya sea porque no cree en su relato de violación o porque cree que las mujeres casadas no pueden haber sido violentadas. El deber del médico no es averiguar la veracidad de un relato, y el sentimiento de inseguridad en cuanto a la veracidad no se puede confundir con las razones que justifican la objeción de conciencia, o sea, creencias íntimas sobre el estatuto moral del aborto y el sentimiento de integridad del sujeto.

El tercer límite es el deber institucional de proteger las necesidades de salud de las mujeres. Una mujer que busca un aborto legal es alguien cuyas necesidades deben ser satisfechas por los operadores de la salud. Si fuera un servicio público es deber del Estado proteger esas necesidades. Eso hace que el médico de guardia tenga el deber de atender a esa mujer —desde la protección a los procedimientos técnicos de la práctica del aborto. El derecho a la objeción de conciencia no se puede confundir con un uso indebido del poder médico que les confiere a los profesionales el monopolio del aborto. Hay una relación desigual de poder y saber entre médicos y mujeres, y es exactamente por eso que existe el deber institucional de cumplir la reglamentación de cada país sobre el aborto. El poder médico no se puede convertir en un poder soberano sobre los cuerpos y las conciencias de las mujeres.

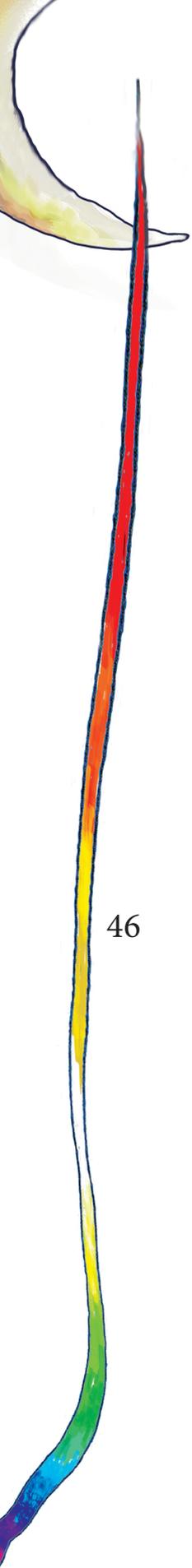


Dado ese conjunto de ajustes que debe hacerse para que la objeción de conciencia pueda establecerse, hubo quien planteara en el Seminario la imposibilidad de su ejercicio en los servicios de salud. Por ser la salud un bien esencial y su cuidado un deber del Estado, la negación de asistencia sería una forma grave de desprotección de las necesidades. No hubo un consenso sobre ese punto, pero me gustaría reforzar el carácter incongruente de la negación de asistencia para quien se comprometió con el cuidado de quienes pueden ser sujetos que sufren. Una mujer que busca abortar —y esta en nuestra región la permisión legal es generalmente una mujer víctima de violación— es más que una paciente: es una mujer cuya vida está expuesta a una de las formas más brutales de precarización de la existencia. La objeción de conciencia y la consecuente negación de asistencia pueden ser una forma más de violencia y desamparo.

Hay un punto, sin embargo, que aún necesitamos considerar en este universo nebuloso entre necesidades y derechos. El aborto es un crimen para gran parte de las legislaciones de nuestros países. En algunos lugares hay excepciones de penalidades para el aborto —en general, en caso de riesgo de vida o cuando el embarazo es el resultado de una violación. Las causales del aborto instauran derechos sociales: las mujeres pueden legítimamente exigir que el Estado satisfaga sus necesidades de salud. Incluso en un régimen de excepción las causales fundamentan el derecho al aborto. Un médico que atiende a una mujer violentada que quiere practicarse un aborto, no actúa por compasión hacia el dolor de esa paciente, sino por respeto al derecho a la salud instituido por el orden democrático. No es un sujeto bondadoso o piadoso que cuida su salud, sino un sujeto que cumple con sus deberes profesionales y cívicos. La relación de excepción que hace que algunas causales de aborto no sean criminalizadas no altera la relación de ciudadanía que se establece entre médico y paciente. Es la ética pública de protección a las necesidades básicas que fundamenta el derecho al aborto.

¿Qué soluciones pluralistas podemos encontrar ante los derechos en conflicto?

Sé que esta es una pregunta que divide las opiniones en el universo jurídico —hay quienes piensan que los casos difíciles pueden provocar un conflicto entre dere-



chos, y otros sostienen que no habría conflicto entre derechos fundamentales incluso en los casos difíciles, pero sí matices de interpretación que favorecerían una determinada interpretación frente a otra. Por detrás de estas dos tesis —existencia o no de conflicto entre derechos— no está la naturaleza del hecho en disputa, sino una decisión ética sobre cómo entenderemos las disputas en casos difíciles. Aquí me gustaría arriesgarme y sugerir que no existe un conflicto entre derechos en la objeción de conciencia al aborto, sino incomodidades que surgen cuando las jerarquías y poderes instituidos resultan provocados. Antes de pasar a esta tesis —una provocación individual y no un resumen de las voces del Seminario— me gustaría delinear una respuesta sociológica y pedagógica a la pregunta.

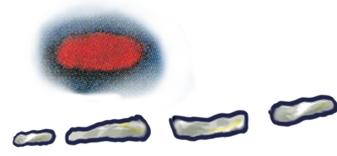
La mejor solución es apostar a mecanismos de sensibilización de los médicos y otros profesionales para la práctica del aborto como un derecho de las mujeres. Sí, parece simple, o incluso una respuesta más de aquellas que solucionarían las expresiones de la cuestión social en nuestra región —la educación sería capaz de cambiar las realidades. Pero cito el concepto que elegí para lo que considero la mejor solución: *sensibilización*. La educación formal, por medio de capacitaciones, talleres o cursos académicos, es una de las formas de sensibilizar a los profesionales de la salud en nuevos enfoques sobre el dolor de sus pacientes. Pero la sensibilización es un movimiento político más amplio que la educación. No necesitamos médicos feministas, necesitamos médicos sensibles al dolor de una mujer violentada, solidario con su capacidad de elección y que, sobretodo, reconozca en cada mujer la capacidad de determinar el sentido de su vida.

Un médico sensible puede ser en forma privada «contrario a la práctica del aborto», pero profesionalmente ser un cuidador de aquellas mujeres que sufren por una violación y necesitan abortar. Un médico sensible puede ir a su iglesia o templo, profesar en su comunidad la moral contraria al aborto, pero puede, como un acto de respeto y cuidado hacia las mujeres, realizar el aborto en su labor. O más sencillo aún: un médico sensible reconoce que sus decisiones afectivas no justifican actos evangelizadores en el ejercicio de su profesión. Del mismo modo, este no debe ser coaccionado a incomodar su conciencia y tampoco deslegitimar a sus colegas de profesión que practican el aborto como un deber profesional. No hay incoherencia en esos dos universos —la moral privada no es la ética pública. Un sujeto capaz de reconocer esos dos universos es lo que considero un médico sensible. No nace sensible, pero del mismo modo que un médico se forma durante años en la universidad, se aprende la sensibilidad para transitar entre los dos universos.

El desafío de ese camino nos toma tiempo. Su trayecto exigirá un cambio importante de mentalidades y prácticas, pero principalmente de jerarquías. Es necesario reconocer en cada mujer —incluso la más pobre, la menos escolarizada, habitante de la zona más rural de nuestros países— a un sujeto con capacidad y derecho de elección. Es necesario escucharla y cuidarla a partir de su horizonte ético, y no desde el destino que la moral patriarcal le determina: la reproducción y el cuidado de los hijos. Las mujeres son madres no solo por una casualidad de la naturaleza que habilitó sus cuerpos para la reproducción, sino por una elección sobre cómo desean construir sus biografías. Ellas abortan porque se resisten al embarazo como el destino de la violencia o de la sexualidad consentida. Abortan porque están convencidas de que la gestación cuando se convierte en un destino de la naturaleza, responde a un orden político injusto. Buscan médicos y otros profesionales de la salud para no correr riesgos en el pasaje de sus creencias a sus prácticas reproductivas.

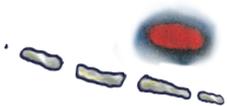
Es en este marco político de regulación de los cuerpos de las mujeres, y de resistencia cotidiana de millares de mujeres que abortan, que sostengo que no hay conflicto de derechos en el caso de objeción de conciencia. Ser médico es una decisión. Un acto que representa no solo el trabajo individual, sino un largo camino de privilegios sociales reservados a ciertos individuos. Ser un médico ginecólogo u obstetra es un acto aún más singular e íntimo de decisión —las decisiones son múltiples para el estudiante y este es libre de seguir sus preferencias de aptitud, ambición o convicción. Al presentarse como un médico de mujeres, que cuida los dolores y las necesidades de las mujeres en la reproducción, el ginecólogo u obstetra sabe que conocerá mujeres que se practicarán un aborto. El aborto es una experiencia compartida entre mujeres y médicos por el monopolio de la medicina en nuestros países, pero es una experiencia existencial singular de cada mujer que lo vive.

Si el médico sufre con cada mujer a la que le practica un aborto, tiene el derecho a elegir si se aleja de su labor, si se dedica a prácticas de ginecología y obstetricia que no acojan a pacientes, o incluso a cambiar de especialidad. La mujer que sufre un aborto sin asistencia o por la espera de una atención rechazada, es una mujer abandonada —atraviesa uno de los dolores más inquietantes de la existencia: la de ser rechazada en su intimidad por una relación de dependencia. Es cierto, las mujeres dependen de los médicos para practicarse un aborto seguro y legal. Y este es el punto que me gustaría reforzar en nuestra reflexión —hay una jerarquía de partida que no podemos olvidar en la enunciación de un caso difícil que provocaría un conflicto de derechos: los médicos poseen el poder y el monopolio de la prácti-



ca del aborto; las mujeres viven la dependencia y la materialización del riesgo. Si la experiencia de la sobrevivencia es también la del dolor y, por lo tanto, todos construimos nuestra subjetividad en la relación con nuestro cuerpo, la moral del aborto torna esa relación en una que es singular para las mujeres.

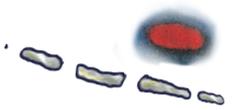
Mujeres y médicos viven bajo el régimen de la excepción para la práctica del aborto en nuestros países. La relación de la excepción —traducida en causales o excluyentes de penalidad— es el marco que determina las reglas de la relación que se establece entre *quien sabe y puede* y *quien necesita y depende*. Son sujetos diferentes, no por la naturaleza sino por el orden social y político. No podemos olvidar esa jerarquía: mujeres y médicos no están en igualdad al reclamar sus derechos. Las mujeres reclaman necesidades; los médicos creencias. Las mujeres se pueden morir si no realizan un aborto en condiciones correctas, los médicos se pueden sentir incómodos por la afectación de sus creencias privadas. No quiero parecer cínica con la importancia de la vida moral en nuestra existencia como seres humanos, pero tampoco podemos jamás olvidar que hay una objetividad existencial en lo que reclamamos como derechos o protecciones. Es la vida de las mujeres que desafía las creencias de algunos.



ANEXOS

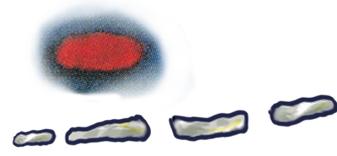


50



Mesa Uno

Cultura, Democracia, Filosofía y Laicidad



51

Moderadora: **Julia Escalante**¹

Relatora: **Sandra Mazo**²

Tema 1: Libertad de conciencia, Estado Laico y servicio militar

Marcelo Alegre, en el marco de su reflexión acerca de la objeción de conciencia al Servicio Militar, plantea que es importante ilustrar la diferencia con respecto a los modos tradicionales de la objeción de conciencia y la objeción que se pretende hoy con respecto al aborto legal.

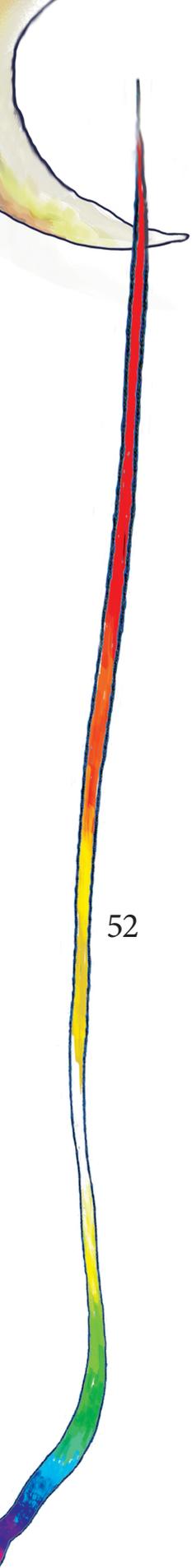
En el caso de la objeción de conciencia al servicio militar, presenta dos características importantes:

La primera: la conscripción (el servicio militar) se le impone a las personas, más allá de cual sea la voluntad y las decisiones de ellas mismas, es decir, sólo basta con cumplir con determinada edad, y en algunos países pertenecer a determinado sexo, como los únicos antecedentes que se determinan para imponer la carga del servicio militar. En este punto se evidencia una primera diferencia con respecto a médicos que intentan objetar la prestación del servicio de IVE, porque para llegar a esta posición, han ocurrido distintas cosas, ha habido la decisión de pertenecer a determinada profesión, conociendo las obligaciones que existían, etc. De modo que cuando se le define con el mismo título a la negación de un servicio por parte de los médicos y a la negativa de los jóvenes al servicio militar, se están forzando las palabras y los sentidos, ya que se está hablando de dos fenómenos distintos.

La segunda diferencia, es que el joven que se niega u objeta conciencia al servicio militar no está dañando a nadie con su acción; el perjuicio o riesgo que correrían

1 Ipas, México.

2 Activista colombiana. Integrante de Católicas por el derecho a decidir. Ha trabajado promoviendo una visión positiva de la religión católica en defensa de los derechos humanos de las mujeres.



aquellos que tienen que cubrir el lugar de los objetores es meramente estadístico; en cambio la objeción de conciencia cuando no está regulada en el ámbito de la salud, puede generar daños concretos a terceros.

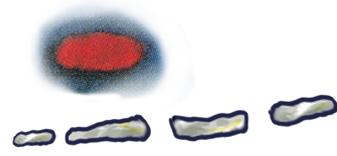
Plantea algunas observaciones con respecto al fenómeno que se conoce como «secularización», haciendo referencia al hecho de que las religiones y la religiosidad ocupan lugares crecientemente menores en las sociedades modernas.

En la historia de la región hay otra acepción de secularización que es aplicable: consiste en el proceso desde el cual los estados nacionales le fueron quitando poderes, bienes, competencias, a la Iglesia Católica. Ya no es obligatorio casarse en una iglesia, donde éstas ya no manejan los cementerios, los registros de las personas, etc. Este fenómeno se ha multiplicado en muchos países, evidenciando una clara pérdida de los bienes de estas instituciones religiosas, y quitándole al clero la posibilidad de participación en política; todo eso son notas definitorias de una dimensión de la secularización, de una pérdida de poder y de influencia económica, política, etc.

Marcelo Alegre plantea otra noción de secularización, que define como **secularización profunda**. En algunos países, la iglesia fue perdiendo competencias con respecto al matrimonio, éste antes se hacía obligatoriamente en las iglesias, ahora es optativo; pero aún cuando el régimen del matrimonio se secularizó, en el sentido que quedaba regulado por leyes civiles y bajo la administración de instituciones civiles, el fondo de la regulación del matrimonio seguía bajo fuerte influencia de consideraciones de tipo religioso. El matrimonio fue secular durante mucho tiempo, pero no había divorcio, por ejemplo. Es en estas incoherencias, donde el ponente plantea un segundo sentido de secularización para incorporar a la discusión, pues la idea de secularización profunda, implica repensar las instituciones más allá de su administración e igualmente repensar y cuestionar los elementos propios de una moral religiosa, que sigue influyendo instituciones y prácticas que supuestamente hace mucho tiempo son seculares.

Se pregunta, ¿qué implica secularizar las instituciones vinculadas con el sexo y la reproducción? o ¿qué significa secularizar la salud sexual y reproductiva?

Por último, señala que estas cuestiones relacionadas con el laicismo, siempre terminan haciendo una referencia a lo que se conoce como la idea de la «razón pública», lo que significa que en una democracia se tiene que usar un lenguaje que todos y



todas compartan, y usar razones para respaldar estas propuestas que igualmente sean compartibles por el conjunto de la sociedad, y esto por supuesto excluye los argumentos religiosos, ya que no se pueden usar para respaldar, por ejemplo, un proyecto de ley, porque las personas en sociedades plurales no necesariamente comparten los argumentos religiosos.

Ahora bien, hay quienes no coinciden con esta idea de la razón pública, pues es pedirle a las personas que en el ámbito público, se despojen de aquello que es tan importante para ellos, como son sus convicciones religiosas.

Tema 2: Reflexiones desde la Bioética

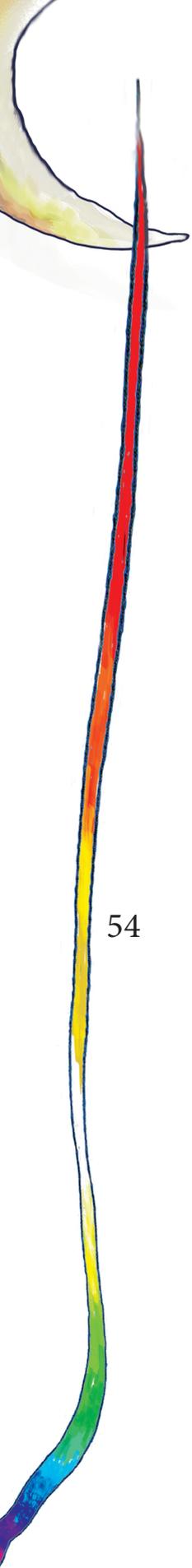
Débora Diniz enfocó su exposición en cuatro afirmaciones, al tiempo que sugiere una propuesta sociológica y ética:

En la primera afirmación plantea que en salud la objeción de conciencia no es solamente un acto de ejercicio de autonomía, sino que es un **sentimiento moral**. De modo que esta afirmación, se convierte en el punto más central de provocación, pues lo que propone es desubicar la idea de objeción de conciencia como un ejercicio de la autonomía y de la libertad. En tanto sea definido como un sentimiento, conlleva a una pregunta acerca de la legitimidad y la sinceridad de los sentimientos para el no cumplimiento de deberes.

La objeción de conciencia, demanda una evaluación íntima de quiénes somos y quiénes queremos ser, por eso la imposición de órdenes contrarias a las creencias privadas incomodan **un sentimiento de integridad moral**.

En este orden de ideas, para Débora la objeción de conciencia, es un dispositivo normativo que debería integrarse a los códigos legales del campo de la salud, (no lo plantea para el campo de la guerra o para el militar), que es al mismo tiempo un acto ético, pero también una táctica de poder para proteger la integridad de algunos sujetos. Así que la objeción de conciencia transforma la negación de los deberes en derechos, pero sólo para algunos.

La segunda afirmación sugiere la importancia de saber quién es la persona que objeta. Se reconoce que el derecho de oponerse es valioso, pero no todas las tá-



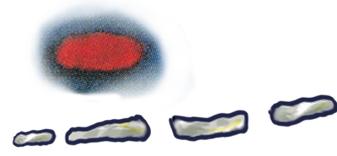
ticas de poder están en nuestro dominio; la objeción de conciencia es una de ellas, declarada como universal, pero legitimada solamente para algunos sujetos.

No basta con tener creencias amenazadas por el gobierno, se necesita también tener el poder de mostrarse como ofendidos por el orden moral, y más que eso, es necesario que la amenaza moral sea legítimamente reconocida por la ley o por el poder. La moral que criminaliza el aborto, es un ejemplo de cómo **el sentido de integridad moral**, tampoco es acogido por el orden político. Las mujeres mueren, se enferman y sufren, pero este sufrimiento es incluso castigado por la ley. Así que es importante saber quién es la persona que reclama el derecho a la integridad moral, este es el sentimiento al cual Débora hace referencia; No es la autonomía, ni la libertad, es la integridad moral para el ejercicio de la objeción de conciencia.

La tercera afirmación/provocación hace referencia a que las desigualdades de poder son importantes para entender la objeción de conciencia en salud reproductiva. En este sentido, **los médicos son un grupo privilegiado de poder**, sus prejuicios morales son escuchados y protegidos; de tal modo que la aparición de la norma de objeción de conciencia en códigos de ética profesional en América Latina es uno de estos ejemplos. Los médicos que objetan, son aquellos que se niegan a realizar los procedimientos que ponen en peligro sus creencias individuales, pero más que creencias, son sus **sentimientos de integridad moral**; así que la objeción de conciencia, es una **táctica de poder** que protege un sentimiento individual o incluso un orden moral; describirla como una táctica de poder, es apenas delimitar las fronteras entre las creencias legítimas y las estratégicas de resistencia en el campo político.

Es así como resulta difícil de entender que la objeción de conciencia no es un derecho absoluto y tampoco universal en el caso de la salud, sino una táctica de resistencia.

Finalmente, la cuarta provocación, se sustenta en la pregunta de **cómo regular la objeción de conciencia en salud**, ya que garantizar el acceso al aborto seguro es parte de la obligación de **proteger las necesidades en salud**. En este sentido, la objeción de conciencia que trae como consecuencia que una necesidad de salud no pueda ser satisfecha, nos impide considerar la objeción como un derecho universal absoluto e igualmente legitimado.



Por eso la provocación que sugiere Débora Diniz, es sobre cómo regular las jerarquías en los poderes, no solamente los derechos y los sentimientos. La objeción de conciencia al aborto es una táctica de poder reservada a los soberanos, y esta es una descripción ética y sociológica de las relaciones entre las mujeres y los médicos, tal vez un cobro. Las mujeres dependen de los médicos para una asistencia legal al aborto, particularmente en nuestros países, donde el aborto es considerado un procedimiento exclusivo de la medicina.

Así, la cuestión no debe ser sobre los derechos de los médicos, sino sobre los **dispositivos de poder**, o si se quiere sobre **los privilegios de la apropiación a la moral individual** que circulan en la relación entre mujeres y médicos. En tal sentido, la ponente pregunta: ¿estaríamos de acuerdo en que los individuos se nieguen a cumplir sus deberes en nombre de la integridad moral?

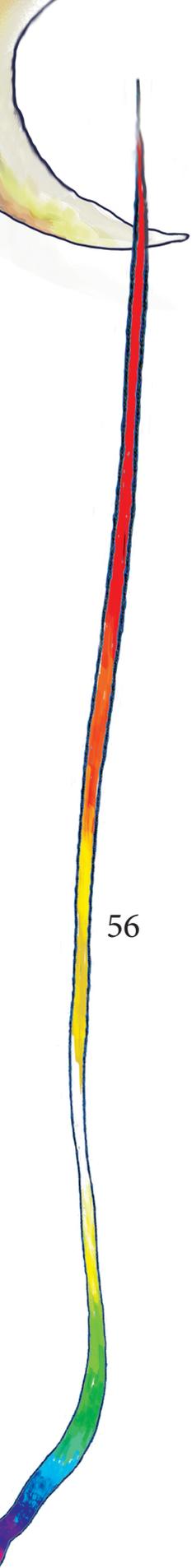
Por ello, la idea que busca reforzar se sustenta en que siendo la objeción de conciencia un privilegio de poder, es necesario imponer condiciones a su ejercicio, y éste debate debe ser el camino argumentativo político. Una mujer que quiere practicarse un aborto tiene una necesidad de salud no satisfecha y tanto ésta como su sentimiento de integridad moral deben ser protegidos. Así, la propuesta de la ponente, parte de un marco sociológico, sustentado en los siguientes elementos:

Primero, la objeción de conciencia no siempre protege la integridad moral de los médicos, sino el orden político de la restricción de derechos.

Segundo, la libertad de conciencia como un derecho exclusivo del médico es una derivación injusta de la jerarquía de los poderes.

Y en conclusión, el marco ético primero, es que la objeción de conciencia debe ser aceptada como una solicitud que se ajuste a los servicios de salud, pero nunca como un derecho moral absoluto de los médicos. La objeción de conciencia, es abstenerse del cumplimiento de un deber, el cual se sustenta en la protección de una necesidad en salud. Este estatuto moral es preocupante, por lo tanto es necesaria una justificación para obtener su legitimación ética.

Así, lo que involucra la cuestión ética, es el sentimiento moral de integridad; de esta manera, Débora propone darle un giro al vocabulario y a la agenda de la objeción de conciencia en América Latina. Es decir, no hablar de derecho a la objeción de



conciencia, sino de sentimiento moral. No poner en los médicos o en otros profesionales de la salud la esencia de la integridad moral y los conflictos que de eso se desprenden, sino en el deber de las instituciones encargadas de ofrecer sus servicios.

Y finalmente, plantea que no hay conflicto entre derechos a partir de una objeción de conciencia, sino cuestiones administrativas sobre prácticas morales en los equipos de salud para proteger las necesidades de salud de las mujeres.

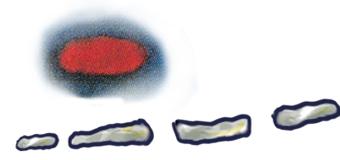
Francisco Copola³ hace énfasis en analizar la realidad que están viviendo en Uruguay con la legitimidad de la objeción de conciencia, donde es un tema nuevo y poco debatido. Por ello, se están enfrentando a un problema práctico ante situaciones concretas relacionadas con la ley de despenalización del aborto.

Por ejemplo, en Uruguay el 30% de los ginecólogos han hecho objeción de conciencia. Algunos de los argumentos de estos objetores es que están de acuerdo con la despenalización del aborto, pero no con la normativa que se ha hecho, por lo tanto se acogen a la objeción de conciencia como forma de luchar contra esta normatividad.

Estos argumentos ponen en cuestión las verdaderas razones de los objetores, porque estas justificaciones son más políticas, de conveniencia y de procedimiento, no son realmente honestas, ni individuales. Entonces al problema práctico al que se enfrentan en este momento, es diferenciar entre la verdadera objeción de conciencia y la desobediencia civil como forma de lucha contra una ley. Cuando se define un 30% de objetores de conciencia en Uruguay, se está hablando de una mezcla de cosas difíciles de diferenciar.

El problema es en sí la honestidad con respecto a las razones que sustentan la objeción de conciencia; en ese sentido, plantea el doctor Copola, que la objeción de conciencia es tan particular como la misma conciencia, no puede existir una conciencia colectiva o que los trabajadores de salud de un sitio adopten la conciencia de sus jefes, ésta es individual, no se puede imponer. Igualmente, es particular la relación que deben tener los médicos con los pacientes, no puede ser que con determinadas pacientes se sea objetor de conciencia y con otras no, hay que ser coherente y consecuente.

3 Médico, punto focal de FIGO en Uruguay.



Además, refuerza la idea de que la declaración de objeción de conciencia debe ser fija y clara frente a qué procedimientos y situaciones se es objetor. Pero lo más complejo de todo es definir quién legitima la objeción de conciencia, quién va a decir si una declaración es legítima o no. Para ello se requiere un organismo neutral y ético, porque es la ética lo que está en juego con la objeción de conciencia. En este sentido, es necesario establecer que el Estado tiene el rol de implementar el procedimiento garantizando los derechos de los pacientes, y por tanto no puede ser parte de las decisiones en esta cuestión; además, los grupos, corporaciones y organizaciones que asumen esta lucha no pueden tampoco tomar estas decisiones, es por eso que debe crearse un organismo ético y neutral, con servicio social y aceptado por todos, donde estén representados usuarios e interesados que legitimen la honestidad de esa declaración.

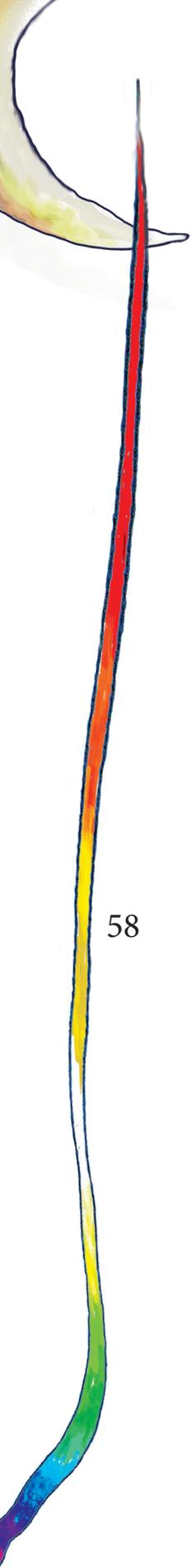
Tema 3: Democracia, Estado laico y cambio cultural. Creencias privadas y prácticas públicas

Line Bareiro⁴ se propone hacer un acercamiento jurídico político al tema, planteando como punto de partida tener en cuenta que la objeción de conciencia, es un derecho de la democracia; ya que las dictaduras, las teocracias y los autoritarismos generalmente no consagran, ni mucho menos reconocen este derecho. De otro lado, la objeción de conciencia como derecho es relativamente reciente, aun para los derechos humanos.

Pese a lo reciente del tema como derecho, es importante aclarar que la objeción de conciencia es antigua, existen ejemplos ilustrativos como el del padre Vitoria, fundador del derecho internacional, cuyos argumentos después sirvieron de sustento para los comuneros y otros tipos de objeciones basadas en la conciencia.

En este sentido, la objeción de conciencia es una cuestión con la que nos encontramos continuamente. Por ejemplo, el reciente y tan nombrado caso Snowden:

4 Integrante de la Articulación Feminista Marcosur y de la CMP - politóloga, Paraguaya, abogada universidad nacional de Asunción, Magister Artium por la Universidad de Heiderberg, Alemania, reconocida académicamente a nivel nacional e internacional, es experta del comité de la CEDAW. PRIGEPP/FLACSO, CED.



él objeto al poder, la objeción de conciencia siempre es una objeción a un tipo de poder, por parte de una persona.

Son múltiples los tipos de objeción de conciencia, pero en realidad hay pocos países que lo reconocen plenamente como un derecho constitucional.

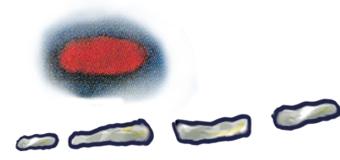
En materia de salud, la objeción de conciencia nos plantea un problema muy serio, que incluye otros derechos como el derecho a la vida. Por eso, con la objeción de conciencia los casos y temas son múltiples, complejos, particulares, y tienen que ver con lo que la persona considera adecuado y coherente para si misma.

En la normativa internacional de Derechos Humanos hasta hace poco se incluyó la conciencia, las creencias y la religión, en el articulado relacionado con la libertad individual.

La ponente afirma que este es un tema del Estado democrático, de aquel en el que la ciudadanía tiene los máximos derechos en un espacio determinado, donde la ciudadanía no tiene dueño; y esto resulta muy ilustrativo para América Latina con respecto a los derechos políticos, pues bien se sabe que hay partidos dueños, grupos dueños, corporaciones e instituciones dueñas del Estado, y el Estado no tiene un dueño; por lo tanto, así como es en materia política, también debe ser en materia religiosa.

En este punto, señala Line, el Estado laico es un componente central para la no exclusión, la participación de las mujeres, el pluralismo y la democracia; además porque permite fijar límites al ejercicio de poder y la injerencia de las religiones. El Estado no tiene religión, hasta el mismo Papa Francisco en la Jornada Mundial de la Juventud, realizada en Rio de Janeiro, señaló que la convivencia pacífica entre las diferentes religiones se ve beneficiada por la laicidad del Estado, que sin asumir como propia ninguna posición confesional, respeta y valora la presencia del factor religioso.

Si se está posicionando una visión compartida sobre laicidad, vale la pena poder aterrizar y darle mayor sentido a este concepto en la región, entendiendo lo que significa a nivel de sus manifestaciones, y del significado que tiene para nosotras como reivindicación, pues no se puede confundir la defensa del Estado laico como la lucha centrada en la prohibición de las fiestas patronales de los pueblos. Hay que pensar estratégicamente cuáles son los pasos necesarios en los grandes temas de lucha principal, como por ejemplo en la salud, la educación y la igualdad.



Line afirma la necesidad de una agenda de volver laico el Estado, ya que *per se* no se vuelve laico, y por ello invita a que se aterrice su conceptualización y formas de expresión.

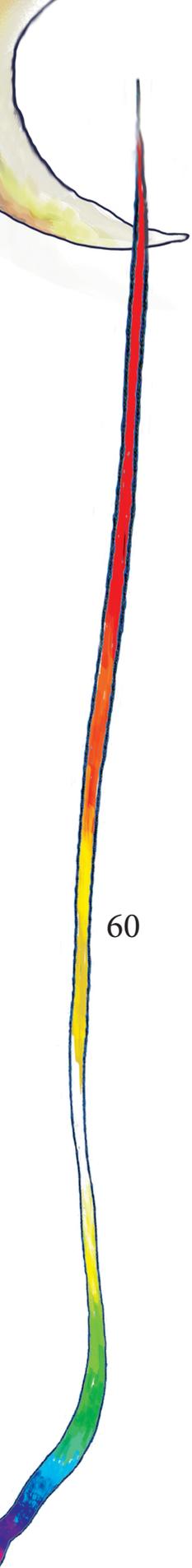
Finalmente, sugiere tener muy presente este debate sobre la objeción de conciencia en los derechos sexuales y reproductivos, y otros temas de salud, ya que éste es un tema que se convierte en un terreno de disputa, no es algo consolidado, y por lo tanto hay que pensar profundamente acerca de si este concepto se está absolutizando, y cómo eventualmente entra en choque con posibilidades fundamentales de los derechos humanos.

Por eso, considera que en la objeción de conciencia en los servicios de salud, la administración pública tiene la obligación de contratar gente que pueda prestar esos servicios, y si hay que pagarles más y generarles mejores condiciones salariales, esto se debe hacer.

En el Comité de la CEDAW, se acaba de aprobar una investigación sobre Filipinas, en la que hay que establecer un marco regulatorio y mecanismos para la práctica responsable de la objeción de conciencia por parte de un profesional individual en salud; para asegurar que esta práctica individual no influya en las decisiones de las mujeres con relación a sus derechos reproductivos o impida su acceso a los servicios de salud y asegurar la provisión de servicios adecuados y con personal médico alternativo. Donde además se hace hincapié en que siempre la objeción de conciencia es individual y nunca institucional.

María José Rosado⁵ dice que el tema de la objeción de conciencia es semejante a las discusiones que se han tenido en algunos espacios acerca del lugar de las religiones en los estados democráticos, debido a que en estos contextos las religiones tienen todo el derecho a la manifestación pública; el problema radica en determinar claramente cual es la frontera y el límite entre una acción política legítima de las religiones y la injerencia ilegítima que tienen en el Estado.

5 Brasileña. Socióloga, doctora por la École des Hautes Études en Sciences Sociales, Paris. Profesora en la PUC de San Pablo. Es investigadora CNPq. Integra, por invitación, I@s 100 United Nations Global Experts (2011). Algunas de sus publicaciones han recibido premios: UNESCO (1995), Jabuti e Casa Grande & Senzala (1998). Es fundadora y directora general de Católicas por el Derecho a Decidir de su país.



Son problemas que no tienen respuestas ni soluciones fáciles. Hay temas que se pueden solucionar en términos teóricos abstractos, pero cuando se llega al terreno concreto de la efectivización, ahí nos encontramos con una problemática bastante difícil; y el tema de la objeción de conciencia, es uno de estos.

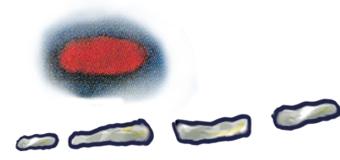
Para ello, María José retoma algunas ideas que planteó Lise Harris en la conferencia de inauguración del seminario, con relación a que el aborto, especialmente en América Latina, es considerado algo, de hecho, abominable, donde además hay un estigma.

En nuestra región tenemos una barrera cultural y política para ver el aborto como un acto posible y de ser pensado como un compromiso ético. Pero, ¿cuál es la barrera?, es el hecho de no pensar la maternidad en el campo de la ética, la elección y la decisión; la maternidad es relegada a la realización biológica de la posibilidad de generar un nuevo ser humano. Según la cultura arraigada en la región, solamente sobre el aborto se pide un juzgamiento moral, mientras la maternidad está en el registro del curso natural de la vida, es algo de la naturaleza y que naturaliza; por lo tanto no se puede contrariar, en cambio, cuando se piden razones para abortar, no se piden razones para embarazarse, suena absurdo preguntar a una mujer ¿por qué quiere ser madre?, pero es natural que se pregunte ¿por qué quiere abortar?

De este modo, la provocación de María José se centra en pensar, en el marco de este contexto cultural en el cual no se toca la maternidad, comenzar a pensarla también en nuestro registro, pues de lo contrario, es muy complicado pensar el aborto en tanto un registro ético.

El segundo punto es con respecto a la iglesia católica como una institución de poder, especialmente en nuestros países, donde se está usando la objeción de conciencia de una manera contagiosa, particularmente por el personal médico católico. La Iglesia Católica pretende transformar un derecho individual de ciudadanía en un deber moral; es decir, convertir una excepcionalidad, en la norma. La iglesia busca que en todos los casos de aborto los médicos católicos objeten, es decir, quiere imponerlo como norma general.

Surge una cosa nueva en la iglesia, que se viene desarrollando con mucha fuerza, y es la idea de que todo aborto atenta contra la vida, la vida humana, la persona y



que todo aborto es un acto de homicidio. Esta asociación entre aborto y término de la vida es algo muy reciente en la Iglesia Católica, porque hace muy poco que se estableció de hecho que el aborto es un pecado sexual en contra de la vida, no fue así como se consideraba el aborto durante siglos en la Iglesia Católica.

El discurso católico se ha enfocado en asociar que el ovulo fertilizado es una persona humana; confirmando la cuestión del estigma y asociando la idea del embarazo como mecanismo para manipular la conciencia.

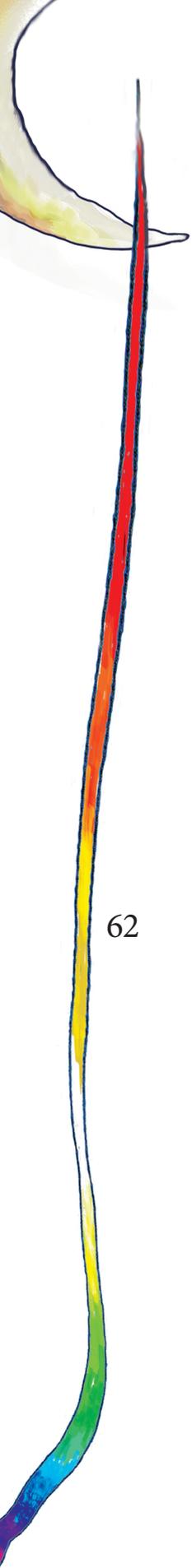
Otra estrategia de la Iglesia Católica es ocultar todo lo que tenga la misma Iglesia Católica, en su doctrina o en su historia, que pueda ofrecer elementos para pensar de otra manera.

María José hizo referencia a una frase de Juan Pablo II sobre el tema de la objeción de conciencia, en la que planteó lo siguiente: «La libertad de conciencia no confiere un derecho indiscriminado a la objeción de conciencia, cuando la libertad afirmada se convierte en una excusa para limitar los derechos de los otros, el Estado se ve en la obligación de proteger también por medios legales los derechos inalienables de sus ciudadanos en contra de los abusos». Así que limita de una manera muy clara la utilización de la objeción de conciencia, diciendo que no se puede utilizar en forma desmedida y el Estado tiene que intervenir cuando esa objeción va en contra de los derechos de otras personas y que es justamente el caso en este sentido.

Finalmente, es compartido por muchas personas de la región que la Objeción de Conciencia es una estrategia que se utiliza para imponer una política sexual, defendida por el activismo católico conservador; así que lo que está en juego es la imposición de una moral sexual de una religión; y en este sentido, tienen gran pertinencia las cuestiones que se han planteado sobre la separación iglesia Estado y la secularización. Por eso, hay que seguir pensando cómo comprendemos este proceso, cuál es el lugar de las religiones en estados democráticos, hasta dónde pueden ir, y a dónde no pueden más intervenir, estableciendo claramente sus límites.

Debates que surgieron

En general la percepción del grupo participante de la Mesa sobre Cultura, Democracia y Estado Laico, fue la de evidenciar la importancia y la pertinencia de este



tema en un marco reflexivo específico de la salud, ya que en el ámbito del servicio militar hay una trayectoria teórica, jurídica y política mucho más amplia y conocida.

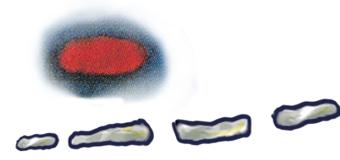
Entre las principales tensiones y temas que se esgrimieron en este trabajo de discusión y reflexión colectiva, se resaltan los siguientes:

La objeción de conciencia es un dispositivo de poder: En este sentido, se plantea la importancia de revisar a profundidad las prerrogativas que el uso desenfrenado y desregulado de la objeción de conciencia genera en la prestación del servicio y en la garantía de otros derechos. Por ello, en salud, es fundamental definir los campos de aplicación de la objeción de conciencia, y definir en qué situaciones es posible y en cuáles no lo es. En síntesis, vista desde esta perspectiva, la objeción de conciencia no es un derecho amparado en un principio fundamental, sino un dispositivo de poder para proteger sentimientos morales.

El Estigma como un elemento producido por diversos tipos de objeción de conciencia: En esta reflexión se ve la necesidad de revisar si la objeción de conciencia en salud constituye realmente un tema de defensa y respeto, o si por el contrario, se utiliza como una estrategia de ataque y un ejercicio de señalamiento que vulnera a las personas que se encuentran en determinada situación de necesidad en salud, como es en el caso del aborto. De esta manera, por más que la objeción de conciencia plantee un tema de regulación, no se puede olvidar que esto no necesariamente resuelve el problema de estigmatización. Por ello, es necesario trabajar integralmente lo jurídico, el ámbito de salud, con los cambios socio-políticos y culturales que se requieren para desculpabilizar y desestigmatizar, lo cual permitiría comenzar a entender y resignificar las razones por las cuales las mujeres abortan.

Algunas participantes manifestaron tener reservas o problemas con el concepto de estigma y por eso plantean que en estos casos, para las mujeres es mejor hablar de discriminación, la consideran una palabra mucho más poderosa que permite nombrar lo que realmente ocurre.

La objeción de conciencia y los Derechos: En algunas intervenciones se hace hincapié en que este es un tema en el que muchas veces creemos que nos vamos a encontrar debates y discusiones abiertamente claras, especialmente desde posturas religiosas que apelan a negar la atención de un servicio, pero en realidad no es sólo eso, ya que en muchos de los casos se debate con quien también está hablando



desde una postura de DDHH. Y esto es importante tenerlo en cuenta, porque hay situaciones donde se utiliza el lenguaje de DDHH para posicionar determinado pensamiento, y lo que se termina defendiendo es el fraccionamiento de la sociedad y los privilegios de unos pocos.

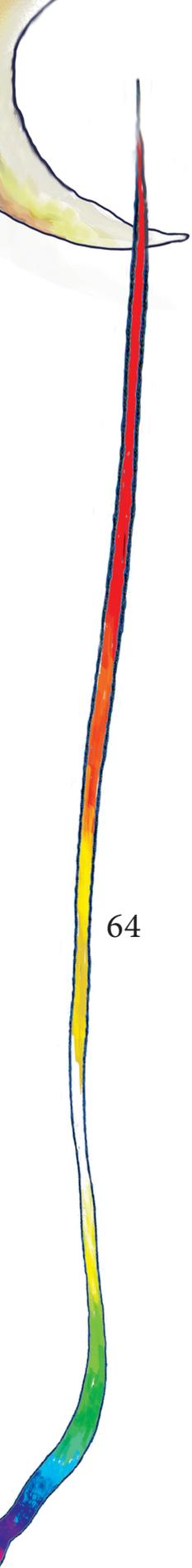
En esta misma línea de comprensión del debate, se plantea la importancia de delimitar bien si la objeción de conciencia es un derecho fundamental en si mismo, o si se deriva del derecho fundamental de la libertad de conciencia. Visto de esta manera, la objeción de conciencia se definiría como un instrumento, un mecanismo o un derecho para el ejercicio de la libertad de conciencia.

Cambiar el concepto de objeción de conciencia por el de Sentimiento de integridad moral: Fundamentalmente quienes defienden esta proposición, plantean un cambio de lenguaje, de contenido y de carga de sentido de este término hacia uno más frágil, que permita renombrar aquellas consideraciones de tipo religiosas, morales o filosóficas sin darle un estatuto tan sólido, especialmente en el caso que nos interesa.

Se insiste por parte de una de las compañeras, en distinguir o por lo menos revisar la carga conceptual que cada una conlleva, ya que la conciencia para quienes están en contra nuestra, es entendida como verdades morales, como algo reflexivo, razonable. El concepto «conciencia» tiene un estatuto, no solamente ético y moral de algo razonable más que racional, y esto nos enfrenta a conflictos concretos, en los cuales no siempre se está frente a posiciones morales razonables.

Quienes se oponen a este planteamiento, consideran que es una propuesta riesgosa, además profundamente subjetiva, desgastante, porque lo que está sobre el debate, en la norma, en la ley y en la discusión misma es la objeción de conciencia, no el sentimiento moral. Bienvenidas las conceptualizaciones y las discusiones teóricas, pero ante esta oleada de tensiones con el tema de la objeción de conciencia, se consideran otras prioridades que conduzcan a construir respuestas y procedimientos que permitan avanzar. Indudablemente como lucha política, propuestas de cambios en significantes, permiten retroalimentar y aportar al concepto, pero no desgastar esta reflexión buscando cambiar un término por otro.

Otros planteamientos, sugieren la necesidad de aclarar las convicciones profundas que devienen de diversas valoraciones éticas y morales, que no se originan sola-

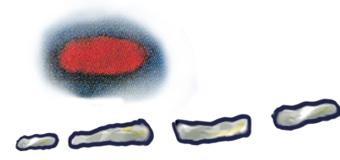


mente en cuestiones religiosas, por lo que fragilizar el término de conciencia, conllevaría a un ejercicio de subvaloración y pugnacidad con posturas éticas, filosóficas y humanas con fuerte sustento. Además se considera errado pretender encasillar la libertad de conciencia a razones religiosas, esto es cederle un terreno a los opositores. Hay que dimensionarlo desde la perspectiva y posibilidades que nos da el marco internacional de los DDHH.

La objeción de conciencia en la democracia: Un punto de encuentro común, fue ver que la objeción de conciencia hay que ubicarla en el contexto democrático, como un proceso socio – cultural y político complejo que apenas está comenzando y que supone la ruptura del estigma. Más allá de la conceptualización sobre la objeción de conciencia, se reconoce que es un tema central que no ha estado en las luchas democráticas y que junto a otras como la libertad de expresión, son temas que comienzan a aparecer como desafíos democráticos profundos que nos abren nuevos campos de análisis.

Secularización Profunda: se rescata este concepto como un elemento transformador y potenciador de mayores cambios que favorezcan los derechos humanos, y en nuestro caso, que se vea expresada con la aplicación de leyes y paradigmas que como la despenalización del aborto y el matrimonio igualitario, establezca la posibilidad de romper aquellos regímenes relacionados con la moral religiosa, y que indudablemente están muy arraigados, a pesar de que exista la secularización o separación del Estado y de la iglesia.

La objeción de conciencia como restricción de derechos: Se planteó que la objeción de conciencia en los servicios en salud no se debe ubicar solamente en la negación o restricción para prestar un servicio basado en razones de conciencia, también debe incluir un campo conceptual en el que prestadores de servicios pueden realizar procedimientos médicos, aún cuando el marco regulatorio sea restrictivo. En ese sentido, lo que se propone, es descolocar la objeción de conciencia, de manera que no es sólo para los que se niegan al procedimiento del aborto, sino que también es para aquellos que plantean una visión de protección, de autonomía, de beneficencia, de justicia, del bien común. Por eso, plantean ver la objeción de conciencia no solo en el aspecto de negación, sino también en el de la posibilidad de resistirse a un ordenamiento jurídico que restringe y vulnera derechos. Por ejemplo, en un Estado que prohíbe el aborto, se debe respetar el derecho de un médico que sí quiera practicar el aborto para salvar la vida o la salud de la mujer.



Con esta propuesta lo que se busca es darle nuevos sentidos a la objeción de conciencia, lo que permitiría evidenciar que son tan éticos y morales los motivos de quienes no practican abortos por sus razones de conciencia, como aquellos profesionales que sí realizan el procedimiento de aborto por razones igualmente de conciencia. Y en este sentido es sentar las bases argumentativas de que la decisión de abortar es una decisión moralmente correcta y que está en la conciencia de quien lo necesite y lo realice.

Finalmente, frente a propuestas como estas, queda planteada la pregunta acerca de ¿se conocen casos de médicos que acudan a la objeción de conciencia para hacer abortos en contextos restrictivos? ¿cabe esto en la realidad?

La objeción de conciencia en salud es un asunto de necesidad en salud: Se insiste en que el punto de partida para hablar de objeción de conciencia en salud, tiene que fundamentarse en la necesidad de protección. Ya que en el campo de la salud pública existe una historia muy larga de restricción de derechos.

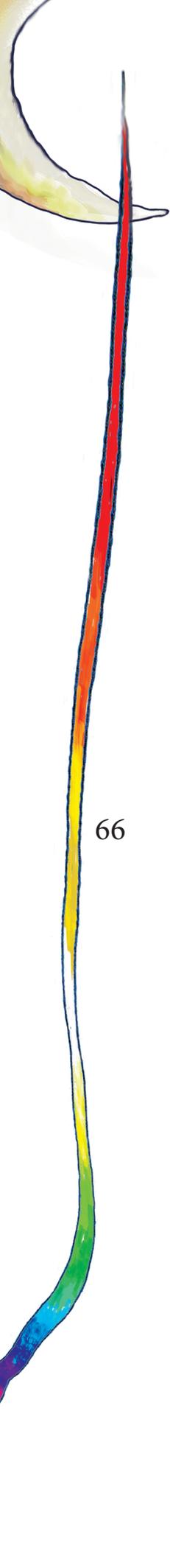
La laicidad ¿trampa o estrategia? Hay quien advierte el riesgo de poner juntas la objeción de conciencia y la laicidad, pues lo que se llama conciencia para el liberalismo clásico es la religión. Y ahora, cuando se habla de conciencia, entran también mecanismos, creencias, visiones filosóficas.

Planteamiento que otras compañeras rechazaron, porque cuando se defiende la laicidad en la objeción de conciencia, precisamente lo que se busca es que se garantice un derecho de la persona, tomando en cuenta el pluralismo y las libertades, las cuales tienen su sustento en diferentes dimensiones, no solo lo religioso. Además, es bastante limitado, considerar que la conciencia se reduce al ámbito de una moral particular.

Finalmente, podríamos decir que el debate quedó abierto, se plantearon puntos de encuentro y desencuentro, que indudablemente nos interpelan sobre la necesidad de seguir reflexionando, investigando, profundizando en el tema.

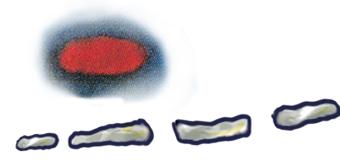
Temas abiertos

- Se sugiere pensar propuestas y alternativas ante la arremetida de objetores de conciencia en salud; por ejemplo, desarrollar herramientas de defensa del dere-



cho de los pacientes a elegir, incidir para que en los centros médicos donde hay objetores, también se garantice la presencia de no objetores.

- Posicionar este tema en la agenda de la democracia.
- El sistema debe garantizar que la mujer sea atendida por personal calificado, no un objetor, ya que puede ser peligroso que se le obligue a un objetor de conciencia a practicar el procedimiento.
- Se requiere desarrollar argumentos que nos permitan desarmar la entronización del poder.
- Insistir y fundamentar que la objeción de conciencia es individual y no colectiva.
- Generar conciencia en la opinión pública sobre los derechos y las obligaciones que tiene el Estado.
- Pensar en estrategias para tener un registro de objetores, que permita a la sociedad saber quiénes no realizan el procedimiento.
- Preparar la argumentación para la reglamentación de la objeción de conciencia en nuestros estados. Avanzar en precisión y alcanzar claridad en cuanto a los marcos regulatorios, para evitar el abuso de poder que hacen los médicos objetores.
- Apoyar los centros médicos que ya existen o los que se están creando para atender la demanda de aborto, salvar a las mujeres y evitar las barreras de acceso.
- Es importante trabajar la objeción de conciencia en otros ámbitos, fuera de lo religioso.
- Buscar estrategias que nos ayuden a desconstruir y delimitar, la permanente tutela del Estado con las mujeres.



Mesa Dos

La Perspectiva Legal y la Objeción de Conciencia

Moderadora: **Mónica Arango**¹

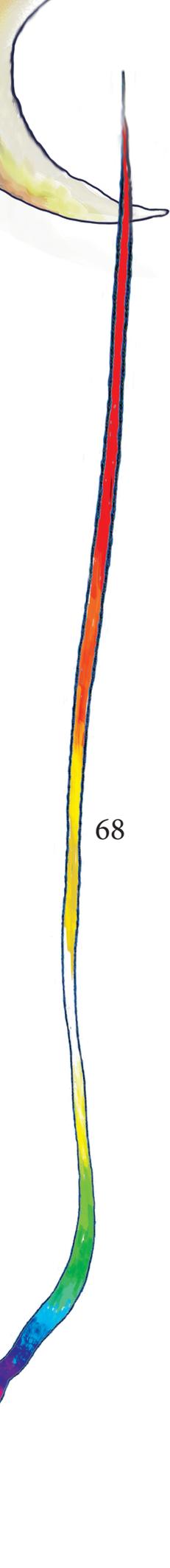
Relatora: **Agustina Ramón**²

La vocación de esta mesa fue la de generar un espacio de reflexión, identificar puntos problemáticos y centrales, así como avanzar en la discusión, y eventualmente en el posicionamiento político.

De modo particular, en esta mesa, los objetivos fueron abordar el tema de la objeción de conciencia en general desde una perspectiva jurídica, focalizar la atención en aquellos aspectos que generan mayores dudas o discusiones legales, y proponer estrategias y formas de regulación.

La mesa contó con cinco panelistas y doce participantes y cuatro subtemas. Todos los panelistas tienen estudios en derecho. No obstante, abordaron sus presentaciones y discusiones, al igual que el resto de los integrantes de la mesa, desde un enfoque holístico que tuvo en cuenta las situaciones de acceso a los derechos reproductivos y derechos sexuales en América Latina, sus diferencias al interior, los actores involucrados en la discusión, y las aspiraciones que como organizaciones y movimientos de mujeres y feministas tenemos respecto a avanzar en la garantía de esos derechos.

-
- 1 Directora Regional para Latino América y el Caribe del Centro de Derechos Reproductivos. Antes de trabajar en el Centro, Mónica trabajó en la Corte Constitucional y en el Congreso de Colombia y en el CIJUS de la Universidad de los Andes. Ha publicado artículos sobre derecho constitucional, derecho internacional y derechos reproductivos. Es abogada de la Universidad de los Andes con una maestría en derecho de la Universidad de Harvard.
 - 2 Agustina Ramón Michel es abogada de la Universidad Nacional de Tucumán, egresada con honores. Cursó una maestría en Relaciones Internacionales, FLACSO-Universidad de San Andrés. Actualmente es becaria Fulbright en la Universidad de Texas (UT) en Austin, y es doctorando en Derecho en la Universidad de Palermo. Es investigadora adjunta del Centro de Estudios de Estado y Sociedad (CEDES), Ha sido becaria del Consejo Nacional de Investigaciones Científicas y Técnicas (CONICET). Es profesora en la Universidad de San Andrés y Universidad de Palermo.



Tema 1: La objeción de conciencia en el derecho internacional

Mónica Arango inauguró la mesa invitando a pensar el tema a partir de las siguientes preguntas:

- ¿Qué es la objeción de conciencia?
- ¿Quién puede objetar?
- ¿A qué se puede objetar?
- ¿Qué constituye objeción de conciencia?
- ¿Qué deberes connota el ejercicio de la objeción de conciencia?

Realizó su presentación en base al *toolkit* «Objeción de conciencia y derechos reproductivos: estándares internacionales de derechos humanos» del Centro de Derechos Reproductivos (CDR 2013). Además de las preguntas iniciales que sugirió sostuvo que la objeción de conciencia es una manifestación del derecho a la libertad de pensamiento. Destacó la importancia de este punto para discutir las limitaciones del ejercicio de la objeción de conciencia.³

68

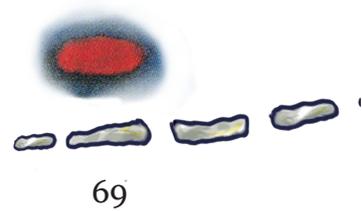
La panelista también ofreció un panorama de lo existente en materia de objeción de conciencia en el sistema universal, europeo y americano de derechos humanos. En los dos primeros, como lo señaló Mónica, existen pronunciamientos sobre objeción de conciencia, mientras que en el Americano aun no. A partir de este señalamiento hay espacio para pensar estrategias de casos frente a la Comisión y Corte Interamericana.

En esta misma línea, afirmó que el Sistema Americano tiene en sus decisiones y pronunciamientos estándares que son formas de orientación para la cuestión de la objeción de conciencia. Fue enfática en apuntar a la importancia de los estándares regionales que podrían usarse en el futuro para diseñar proyectos legislativos, regulaciones, decisiones judiciales, pedidos, etc.

Presentó, asimismo, las diferencias y similitudes entre el servicio militar y la objeción de conciencia, y finalizó afirmando que **si bien, en la mayoría de los países de**

3 Ver sobre este punto en sección Los Debates.

la región no hay regulaciones sobre la objeción de conciencia, sí hay garantías y obligaciones sobre derechos sexuales y derechos reproductivos.



69

Tema 2: La objeción de conciencia en el derecho comparado

Paola Bergallo⁴ presentó el tema a través de un mapa de categorías regulatorias y prácticas, es decir, desde un abordaje que tiene en cuenta el derecho en los libros (normas formales) y el derecho en acción (prácticas).

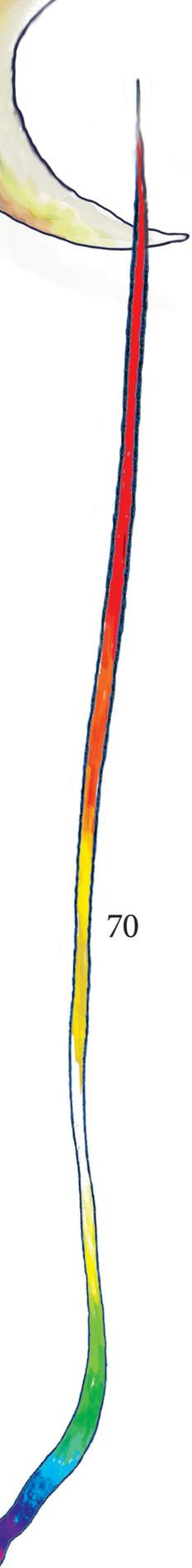
A partir de esa propuesta analítica, propuso las siguientes dimensiones:

- Normales formales: variaciones en densidad
- Especificaciones del alcance de la regulación
- Modelos regulatorios según la fundamentación, la priorización y la ponderación de derechos
- El contexto de la ponderación: tensiones entre las normas y las prácticas

Estas dimensiones son de utilidad para procesar las distintas regulaciones en el derecho comparado. De hecho, Paola ofreció un panorama aplicado, diferenciando los modelos europeos y el de Canadá, y los modelos latinoamericanos, teniendo en cuenta la distinción entre normas formales y prácticas.

Siguiendo esta propuesta, la panelista sugirió que **uno de los factores que hay que tener en cuenta cuando se discute y se diseñan regulaciones para la región son las brechas de cumplimiento**. América Latina y el Caribe tienen una cultura legal en la que conviven una gran densidad de normas formales y comportamientos, integraciones y prácticas de incumplimiento de las mismas. Otro punto

4 Abogada, graduada con diploma de honor de la Universidad de Palermo. Recibió el título de Maestría en Derecho, LL.M. en la Universidad de Columbia, y el grado de Magister en Investigación Sociojurídica, J.S.M. en la Universidad de Stanford. Se ha desempeñado como investigadora del Área de Salud, Economía, y Sociedad del Centro de Estudios de Estado y Sociedad (CEDES). Es miembro de la Red Alas, del Directorio de la Asociación por los Derechos Civiles y la Asamblea del Centro de Estudios Legales y Sociales (CELS).



interesante que señala Paola es la necesidad de analizar el «soft law», sus oportunidades y sus vinculaciones con las normas de cada sistema jurídico.

Tema 3: Jurisprudencia nacional. Casos de países con marcos favorables y países con marcos no favorables

Alexei Julio⁵ puso su atención en un conjunto de sentencias dictadas por la Corte Constitucional de Colombia sobre la objeción de conciencia en materia de derechos reproductivos. Alexei señaló cómo la Corte partió desde una mirada más bien liberal clásica, reconociendo la objeción de conciencia y con cierta vaguedad en sus limitaciones, para avanzar en una ponderación más estricta en la que los derechos de las mujeres asumen un peso fundamental y en una mayor especificación acerca de las condiciones y limitaciones del ejercicio de la objeción de conciencia.

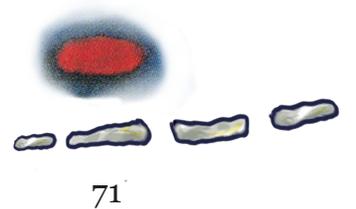
Asimismo enfatizó que el derecho a la información resulta un derecho indispensable en esta materia. Para esto hizo referencia a la sentencia de la Corte Constitucional (T-627 de 2012) en la que ordenó a funcionarios del Estado rectificar información falsa que emitieron sobre derechos sexuales y reproductivos de las mujeres, al decir que la anticoncepción oral de emergencia era abortiva, que las campañas educativas sobre el tema eran promoción del aborto y que los centros médicos podían objetar conciencia para no practicar abortos legales en Colombia.

Finalmente, Alexei recordó que en países como Colombia el debate sobre la objeción de conciencia tiene que distinguir entre los terrenos de los derechos reproductivos y derechos sexuales, y los del servicio militar.

Verónica Undurraga⁶, por su parte, ofreció una reflexión a partir de las presentaciones de quienes la antecedieron.

5 Abogado de la Universidad Externado de Colombia. Doctor en Derecho Constitucional de la Universidad Complutense de Madrid (España). Título de la tesis doctoral: La eficacia de los derechos fundamentales en las relaciones entre particulares. Docente e investigador de tiempo completo de la Universidad Externado de Colombia. Magistrado auxiliar de la Corte Constitucional de Colombia.

6 Abogada, diplomada en Instituciones Modernas de Derecho de Familia, Master of Laws (LL.M.) Columbia University N.Y., doctora en derecho por la Universidad de Chile. Profesora de Derecho de la Universidad Adolfo Ibáñez. Participa en la Red Latinoamericana de Académicos del Derecho (RED ALAS).



La panelista insistió, en primer lugar, en dar cuenta de cada sistema jurídico: por ejemplo, si la objeción de conciencia en un país es considerada por el texto constitucional como un derecho fundamental, el tratamiento y las estrategias jurídicas deberían ser necesariamente distintas a aquellos países que no poseen en sus constituciones referencias explícitas a la objeción de conciencia.

Segundo, **la necesidad de tener en cuenta las opciones que cada sistema jurídico ofrece para asegurar el cumplimiento de aquellas prestaciones de salud reproductiva y sexual**. En este sentido, sostuvo que deberíamos prestar atención al régimen de los prestadores, esto es, las normas que rigen la profesión de los prestadores de salud. También aprovechar las opciones que nos da el derecho civil, por ejemplo, para exigir el cumplimiento y reclamar responsabilidad a los profesionales de la salud. Así señaló que la omisión de servicio de aborto legal, podría insertarse en los regímenes de responsabilidad del estado, contractual y extracontractual, según el caso y el sistema jurídico. Finalmente, en este punto, sugirió la importancia de revisar los códigos de ética profesional y vincularlos con el resto del ordenamiento jurídico.

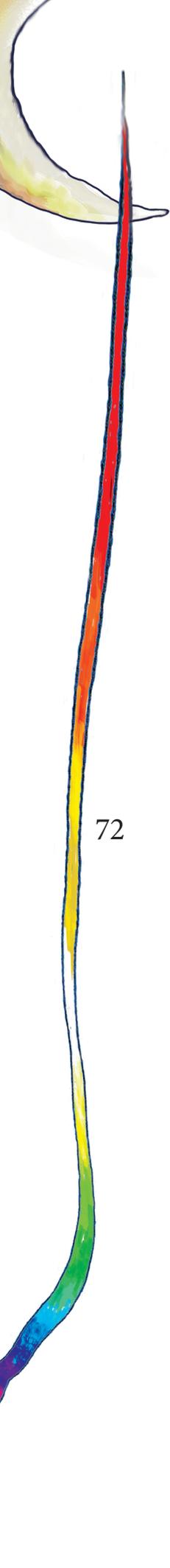
Tercero, **prestar atención al discurso jurídico prevalente en cada contexto**. ¿Cuál es la importancia y legitimidad que parece tener la objeción de conciencia en ese país? ¿Qué vinculación tiene con valores considerados fundamentales? Etc.

Tema 4: Marcos normativos nacionales y estudios comparativos

Sonia Ariza⁷ tituló su presentación «Regulación de la objeción de conciencia en salud» y proporcionó de un análisis de distintas opciones regulatorias en el derecho comparado. Sostuvo que hay distintas maneras de posicionarse frente a la objeción de conciencia en el terreno de la salud. Desagregó estas posiciones a partir de cuatro criterios:

- Protección de la libertad de culto y autonomía profesional

7 Abogada feminista de la universidad Externado de Colombia, cursó la Maestría en Derecho Constitucional y Derechos Humanos de la Universidad de Palermo. Ha trabajado como investigadora asistente en el CEDES, FEIM, en las universidades de San Andrés y Palermo, bajo la dirección de Paola Bergallo y/o Silvina Ramos, en áreas relacionadas con derechos sexuales y reproductivos, propiedad intelectual y violencia contra la mujeres.

- 
- Protección a la autonomía y otros derechos del paciente
 - Garantía de la prestación del servicio
 - Intervención remedial en la prestación

Cada una de estas cuestiones tiene tres opciones de acuerdo a su propuesta: inadmisibilidad, regulación o admisibilidad protegida. La panelista brindó ejemplos de países para cada una de estas categorías.

Pasó revista por aquéllas dimensiones relevantes para clasificar a las normativas y regulaciones en el derecho comparado. Señaló que actualmente, en gran parte de las normas sobre objeción de conciencia en salud, se observa una ausencia de mecanismos y sistemas de monitoreo y sanción, vaguedad en la determinación de la autoridad responsable y facultades para la organización de los profesionales en los servicios de salud, entre otras cuestiones.

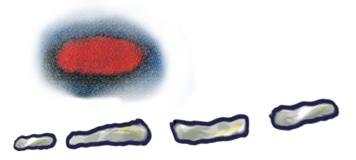
Otro aporte importante de la panelista fue ofrecer datos de la experiencia del registro de objeción de conciencia en una provincia argentina.

72

Los debates

Como lo destacó Marcelo Alegre en la apertura del seminario, es importante en este tema no escapar a las preguntas difíciles. Tanto las panelistas como todas las personas involucradas en la mesa, debatieron, se cuestionaron e intercambiaron opiniones desde esa premisa. Se trató de una actitud abierta a las dudas, a las preguntas y a la reflexión, acompañada de claridad acerca del objetivo esencial, esto es: ampliar el acceso a los derechos reproductivos y derechos sexuales.

Una de las preguntas estructurales que se mantuvo a lo largo del debate fue si la objeción de conciencia es algo que necesariamente deba aceptarse en el terreno de la salud sexual y reproductiva, cuáles serían los motivos que la justificasen. La discusión fue representativa de lo que seguramente ocurriría en un escenario más ampliado. Algunos de los integrantes sostuvieron que hay razones fuertes para no validar legalmente la objeción de conciencia, pues lo que está en juego son derechos fundamentales de las mujeres (en su mayoría), quienes ejercen o eventualmente podrían ejercer la objeción de conciencia poseen per se un poder, los ginecólogos decidieron dedicarse a la salud de las mujeres y por lo tanto resulta absurdo



reconocerles una prerrogativa para exceptuarse de prestaciones básicas vinculadas a su profesión. En el marco de esa discusión, surgió la pregunta jurídica acerca de si reconocer o no el carácter de derecho a la objeción de conciencia. Independientemente de las posiciones sobre estas preguntas, hubo un acuerdo: la finalidad, o al menos la central, es la protección de los derechos de las mujeres.

Varios participantes sostuvieron que para evitar que la objeción de conciencia termine siendo un derecho y una práctica extorsiva debemos remarcar la relación entre derecho y moral de un modo más rico, y la de las obligaciones legales con los deberes bioéticos y profesionales.

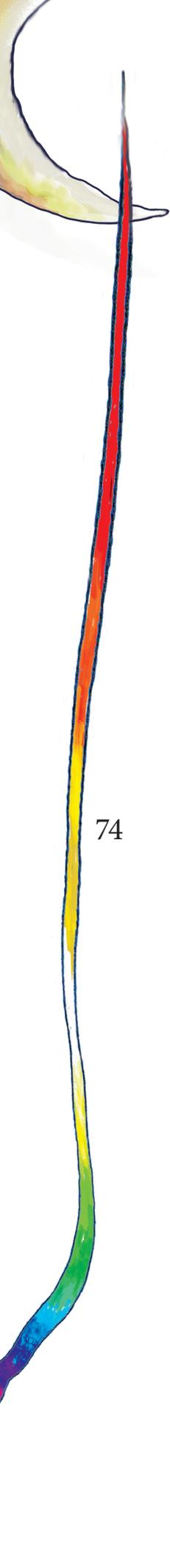
Otra cuestión que atravesó todo el debate fue sobre la necesidad o no de regular la objeción de conciencia. Si bien no se llegó a un acuerdo (en ningún caso esa fue la meta de esta mesa), hubo una progresiva sensación y postura a favor de la regulación legal de la objeción de conciencia.

Se acordó que el derecho no puede ser la única manera de abordar la cuestión del cumplimiento de los derechos reproductivos y sexuales ni la objeción de conciencia, sino que debemos apoyarnos también en compromisos y voluntades políticas, la generación de oportunidades para la reflexión entre los profesionales de la salud y un mayor debate sobre el aborto, en especial entre la comunidad.

Una de las preocupaciones mayores giró en torno al abuso del uso de la objeción de conciencia, independientemente de la pregunta insistente sobre la legitimidad de ésta, y qué rol podría jugar el derecho y las reglas jurídicas en ese escenario. Se relataron sobre algunas experiencias en la Argentina, Colombia, México (especialmente ciudad de México) y Uruguay.

A partir de la reflexión colectiva sobre las diferencias entre profesionales de la salud, prestaciones (aborto, anticoncepción quirúrgica, educación sexual, suministro de preservativos, etc.), edad gestacional en los casos de aborto, entre otras, surgió un punto semántico: apostar al plural y no al singular, esto es, referirse a las objeciones de conciencia y no a la objeción de conciencia.

Asimismo, cuando la conversación se detuvo en el aborto, hay quienes opinaron que es indispensable, cuando se piensa en la objeción de conciencia, hacerlo teniendo en consideración los adelantos en la tecnología reproductiva. En especial,



se hizo referencia al aborto con medicamentos y cómo el paradigma del aborto quirúrgico podría estar dando mayor espacio a la objeción de conciencia de lo que debería.

La experiencia en una provincia de Argentina generó curiosidad y discusiones en torno a la validez, legitimidad, eficacia y otros pro y contra del registro de objeción de conciencia como mecanismo. Quedó claro que hay necesidad de contar con mayores investigaciones empíricas sobre las diferentes estrategias para gestionar la objeción de conciencia, tanto en América Latina como en otras partes del mundo. Sobre este último punto, es importante señalar que no obstante nadie negó la relevancia de explorar las opciones regulatorias de países por fuera de la región, si se remarcó la importancia de tener en cuenta las características de ésta y cómo, llegado el caso, adaptar y transformar modelos o rasgos de estos a nuestra realidad.

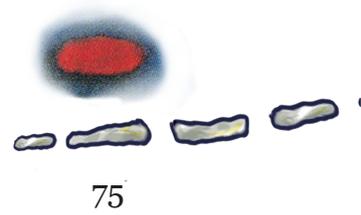
Como sostuvo Mónica Arango, si bien en la mayoría de los países de la región no hay regulaciones sobre la objeción de conciencia, sí hay garantías y obligaciones sobre derechos sexuales y derechos reproductivos. Es ese nuestro punto de partida y el que debiéramos colocar en la mesa de la discusión pública.

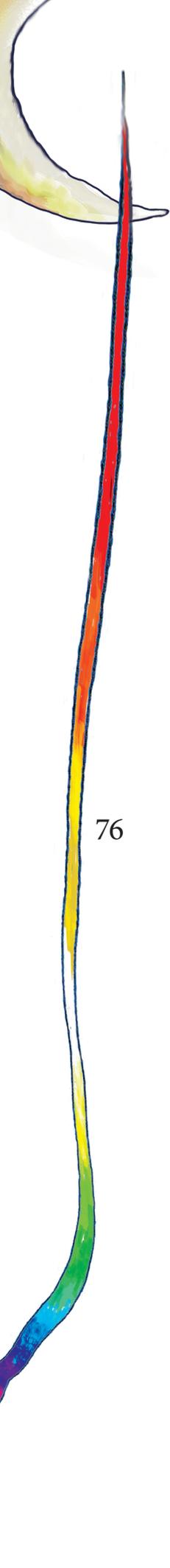
74

Temas abiertos

- La legalidad y legitimidad de la objeción de conciencia
- El carácter de derecho de la objeción de conciencia
- El rol del derecho en el tratamiento de la objeción de conciencia
- Las estrategias jurídicas para obtener mayor accountability y reforzar el cumplimiento de los derechos reproductivos y derechos sexuales, a través de un uso más ampliado de las alternativas que ofrecen los sistemas jurídicos de cada jurisdicción
- Cómo dar a la discusión de la objeción de conciencia su espacio adecuado
- Las formas de vincular el derecho, la moral, los deberes profesionales y el softlaw, de modo de obtener un mayor cumplimiento de las obligaciones en materia de derechos reproductivos y derechos sexuales
- Justificación enriquecida de las limitaciones a la objeción de conciencia

- Aspectos relevantes a tener en cuenta al momento de proponer opciones regulativas
- Los distintos modelos de regulación en el derecho comparado, y cómo atender a las necesidades y características locales
- Formas de aprender y reflexionar acerca de experiencias en la región





Mesa Tres

Un debate sobre la libertad y los derechos

Moderadora: **Silvina Ramos**¹

Relatora: **Carolina Melo**²

El objetivo fue presentar experiencias concretas de objeción de conciencia de prestadores de servicios de salud en algunos países de la región, con miras a identificar aquellas prácticas que favorecen un ejercicio responsable del derecho a la libertad de conciencia y aquéllas que se convierten en barreras para garantizar el acceso a servicios de salud sexual y reproductiva de las mujeres.

Los temas tratados fueron:

- La objeción de conciencia como barrera: análisis de casos de países.
- El compromiso de conciencia
- El impacto de la objeción sobre los sistemas de salud y sobre la salud
- Protocolos para la buena práctica de la objeción de conciencia en los servicios médicos

76

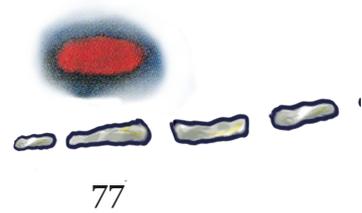
Tema 1: La objeción de conciencia como barrera: Análisis de casos de los países

Beatriz Quintero³ inició su intervención relatando la experiencia de La Mesa por la Vida y la Salud de las Mujeres a partir del trabajo de asesoría jurídica de cerca de

1 Socióloga. Investigadora titular, Directora de Relaciones Institucionales del Centro de Estado y Sociedad (CEDES); Directora de la Diplomatura en Salud y Derechos Sexuales y Reproductivos de la Universidad ISALUD y CEDES; y Co-coordinadora del Observatorio en Salud Sexual y Reproductiva (OSSyR), Argentina. Especialista en investigación social y sanitaria en salud de la mujer, y en investigación en implementación de políticas y evaluación de programas y servicios de salud.

2 Politóloga y candidata a Magister en Estudios de Género. Está vinculada a La Mesa por la Vida y la Salud de las Mujeres desde el 2010 y ha trabajado en distintas organizaciones por la defensa de los derechos de las mujeres.

3 Integrante de La Mesa por la Vida y la Salud de las Mujeres de Colombia).



500 casos de interrupción voluntaria del embarazo acompañados desde el 2006, año en el que se despenalizó el aborto en Colombia⁴, hasta la fecha.

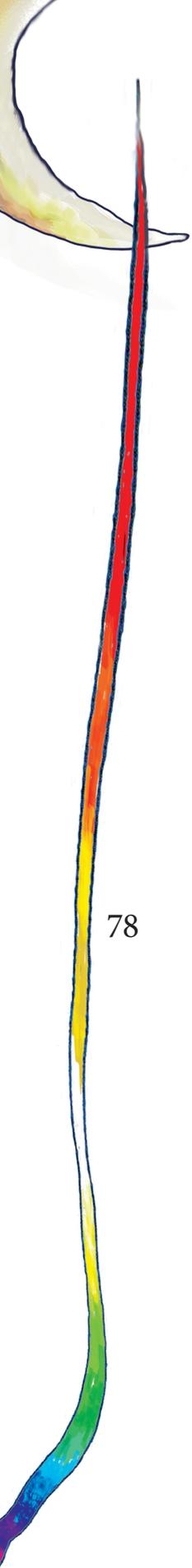
Con esta experiencia, La Mesa ha identificado dos tipos de uso de la objeción de conciencia: un uso político y un uso administrativo. Por uso político se entiende aquellos argumentos que consideran que los objetores de conciencia constituyen la mayoría y que quienes no lo son y están comprometidos con la prestación de servicios para los casos de IVE son un número minoritario y lo hacen de forma ilegítima. Esta posición es respaldada por el Jefe del Ministerio Público, quien defiende la objeción de conciencia no como una práctica excepcional, sino como un mecanismo para evitar que las mujeres puedan acceder a servicios de aborto legal. En este sentido, el discurso sobre la objeción de conciencia se ha convertido en una bandera de los grupos antiderechos de las mujeres asumiéndose como «defensores» de las libertades de las personas, aún cuando esta defensa implique la vulneración de otras libertades.

En la práctica, los objetores de conciencia no solo se abstienen de prestar servicios de aborto, sino que además intentan persuadir a las mujeres para que decidan continuar el embarazo, llegando a amenazarlas con denuncias ante organismos judiciales o en los casos donde quien solicita la interrupción ya es madre, poniendo en duda su idoneidad para tener la custodia de sus hijos.

En cuanto al uso administrativo, se trata de la objeción de conciencia como mecanismos para imponer barreras de acceso a servicios de IVE. En este sentido, los objetores no se visibilizan de forma organizada, no están identificados por el sistema de salud, no hay un control de las autoridades responsables sobre esta práctica ni la garantía de contar con prestadores no objetores en las instituciones públicas; esto genera un escenario de incertidumbre para las mujeres y hace necesaria la reglamentación de la objeción de conciencia.

Por este motivo, La Mesa acompaña un Proyecto de Ley que cursa en el Congreso y cuyo objetivo es promover una práctica responsable de la objeción bajo la premisa de que este derecho es tan importante como el derecho de las mujeres a interrumpir

4 La Sentencia C-355 de 2006 proferida por la Corte Constitucional despenalizó el aborto cuando la vida o la salud de la mujer esté en riesgo, cuando exista una malformación fetal incompatible con la vida, ó cuando el embarazo sea producto de una violación.



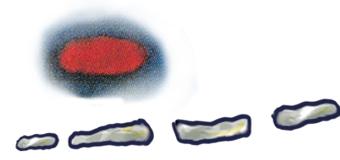
pir su embarazo, pero bajo ninguna circunstancia su práctica puede convertirse en una barrera para el acceso a servicios de aborto legal.

Por su parte, el proceso de reglamentación encarna en si mismo varios debates. Por un lado, y como estrategia de incidencia en el Congreso, La Mesa ha consolidado una alianza con distintos sectores de la sociedad civil, entre ellos, quienes defienden la garantía del derecho a la objeción de conciencia para el servicio militar. Esto ha significado entender que aunque el espíritu del derecho en ambos escenarios (médico y militar) es el mismo, su práctica y reglamentación obliga a hacer diferencias que garanticen, en materia de salud, que las mujeres no verán vulnerados sus derechos fundamentales. Por otra parte, algunas preguntas surgen a la hora de establecer los mecanismos para la reglamentación, entre ellas: ¿Conviene tener una lista pública de objetores, considerando el estigma que enfrentan quienes no lo son?

Abordar este tema en sus múltiples dimensiones y desde su complejidad representa varios retos para quienes trabajamos por la despenalización del aborto, uno de los más importantes es hacer evidente los usos indebidos de la objeción de conciencia, evitar que las mujeres y los no objetores sean víctimas de estigmatización, y que no se asuma la conciencia como atributo exclusivo de los grupos antiderechos, sino que también, atendiendo a su conciencia, mujeres y prestadores toman la decisión de interrumpir el embarazo. Es fundamental encontrar mecanismos administrativos que permitan hacer seguimiento y asegurar prácticas responsables de la objeción, garantizando sus derechos y también los de las mujeres y evitar figuras como la objeción de conciencia institucional o la objeción que aducen prestadores de servicios de justicia, pues bajo ninguna circunstancia estas figuras se enmarcan en la legalidad del derecho.

Manuel Iturralde⁵. Su vínculo con el tema de objeción de conciencia se relaciona con una acción de inconstitucionalidad a la Ley de reclutamiento en Colombia, que presentó el Grupo de Derecho de Interés Público de la Universidad de los Andes junto con otras organizaciones del país, a fin de incorporar la objeción de conciencia en esta reglamentación. A raíz de esta demanda, la Corte Constitucional reconoció la objeción de conciencia como un derecho fundamental.

5 Es abogado de la Universidad de los Andes, con maestría y doctorado en derecho de London School of Economics. Se ha desempeñado como profesor de la Facultad de Derecho de la Universidad de los Andes desde 1998. Actualmente es Director del Grupo de Derecho de Interés Público (G-DIP).

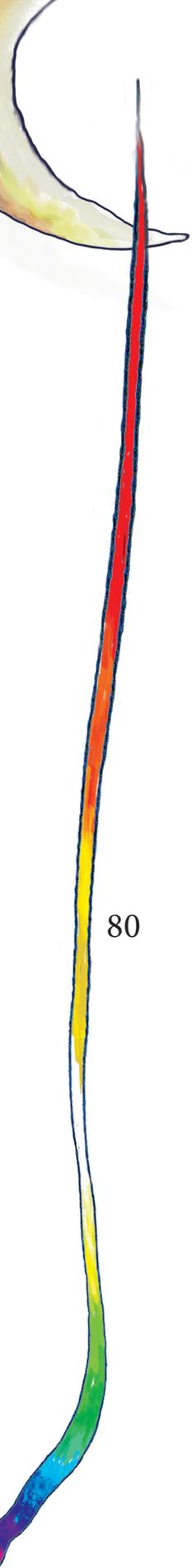


No se debe caer en el dilema que resume la protección del derecho a la interrupción voluntaria del embarazo en un desconocimiento del derecho a la objeción de conciencia como un derecho fundamental. Este dilema existe, puesto que para el caso de la prestación del servicio militar el argumento de la objeción resulta progresista, mientras que en materia de salud su uso es más conservador.

Desde el punto de vista jurídico es importante tener claro que se puede ejercer el derecho a la objeción de conciencia y que ese ejercicio no implica ir contra del derecho a la Interrupción Voluntaria del Embarazo. Se trata de un asunto de ponderación de derechos, donde en circunstancias particulares es necesario propender por el mejor ejercicio de las libertades, sin que ningún derecho atente contra el otro.

En este sentido, se hace necesaria la regulación legal, pues en general en América Latina hay ausencia de reglamentación al respecto y su tratamiento ha sido a través de la interpretación de tribunales constitucionales, altas cortes u organismos internacionales. No obstante, la reglamentación no constituye la solución de los problemas, permite avanzar hacia mejores prácticas, por las siguientes razones:

- La reglamentación de la objeción de conciencia constituye una acción que busca darle legitimidad, puesto que, aunque en el caso colombiano existen marcos normativos desarrollados por la Corte Constitucional, algunos sectores argumentan que la Corte no es una instancia de representación democrática pues no recoge la voluntad de las mayorías, como sí ocurre con el Congreso.
- Los pronunciamientos de la Corte Constitucional han sido parcialmente claros en la definición del derecho a la objeción de conciencia y sus alcances, sin embargo no es función de la Corte legislar, por lo que se genera un problema de claridad, especialmente en materia de Interrupción Voluntaria del Embarazo –IVE– pues la Corte no define cómo objetar de conciencia, en qué momento, ante quién, para qué procedimiento, y/o qué intereses o derechos se deben proteger; estos son asuntos solo del resorte legislativo que no pueden ser resueltos por la Corte Constitucional.
- Se trata de una práctica que proporciona seguridad jurídica para las personas que deben aplicar la norma o son destinatarias de ella, pues con una legislación sobre la materia, tendrán certeza sobre las consecuencias jurídicas de sus actos. Actualmente, para algunos prestadores de servicios acoger la normatividad de la Corte en materia de IVE o de Objeción resulta difícil, pues no tienen certeza de si



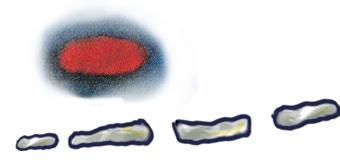
enfrentarán consecuencias disciplinarias o penales; lo que constituye una barrera para el acceso a los servicios médicos.

- Por tratarse de un asunto de derechos fundamentales, es necesaria la reglamentación del Congreso. A este respecto, hace algún tiempo el gobierno colombiano hizo el ejercicio de expedir actos administrativos reglamentarios de los pronunciamientos de la Corte sobre el tema de IVE, y estos actos fueron anulados por el Consejo de Estado considerando que una autoridad administrativa como lo es el Ministerio de Salud no podía regular temas de derechos fundamentales que son de resorte del legislativo.
- En relación con el cambio cultural que implica un ejercicio apropiado de la objeción de conciencia y aunque la expedición de leyes no es suficiente para ver cambios sustanciales en este ámbito, es importante apelar al poder simbólico que tiene ponderar determinadas acciones como derechos que deben ser protegidos por la Ley y por el Estado.

Los puntos anteriores son importantes cuando el debate se circunscribe a la defensa de derechos fundamentales, sin embargo, en el caso colombiano, la defensa de la objeción de conciencia en materia de prestación de servicios médicos se convierte no en la defensa de derechos, si no en una imposición de agendas políticas lideradas por sectores cuyo propósito no es defender la objeción de conciencia como práctica de una libertad fundamental, si no interponer barreras legales para el acceso a servicios de IVE.

En relación con el debate sobre los tipos de objeción de conciencia (individual o institucional) y considerando que hay países que reconocen la objeción de conciencia institucional, en Colombia la Corte Constitucional ha dicho que esta figura es problemática, porque en la práctica genera barreras que conllevan una vulneración de los derechos de las mujeres, mientras que la objeción de conciencia individual se ajusta más a la naturaleza personalísima del derecho y es la mejor forma de garantizarlo sin que se convierta en un obstáculo para otros.

Con respecto al deber de los funcionarios públicos es claro que existen zonas grises, pues en el caso de los jueces, cuya función primordial es la aplicación de las leyes, resulta un contrasentido encontrar un juez que considere no hacerlo por razones de conciencia, en este caso, le corresponde al juez tomar la decisión de renunciar a su cargo. En el caso de los prestadores de servicios médicos, aunque también son



funcionarios públicos, son profesionales de la salud que tienen derecho a asumir ciertos compromisos éticos frente a su profesión y en esa medida, es necesario garantizar el derecho a la objeción; no hacerlo puede generar más resistencia en relación con el tema de IVE.

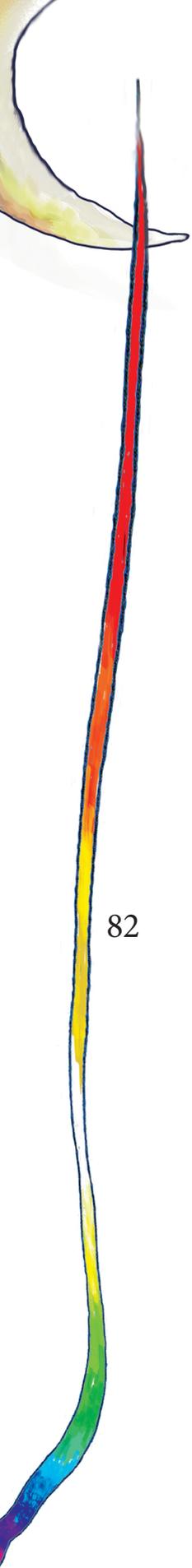
Por último, se hace necesario abordar el tema desde una perspectiva regional porque uno de los principales problemas es el vacío legislativo que existe en los países de América Latina y el Caribe, siendo los fallos de las altas cortes, las únicas referencias jurídicas, con las dificultades arriba señaladas.

Patricio Sanhueza⁶. En el D.F. de México, existen cerca de 110.000 casos de aborto legal, 80% de ellos realizados con medicamentos. En relación a los objetores de conciencia, y luego de una decisión ministerial de invitar a los prestadores a inscribirse libremente en las listas de registro, se pudo observar que esta medida no fue exitosa pues nadie quiso aparecer en ninguna lista pública. En ese sentido, se conocen los casos de objeción pero su reglamentación en materia de registro ha sido flexible pues no han representado barreras para la atención de las mujeres.

En relación con la discusión sobre el estigma, se ha podido documentar que hay varios elementos que contribuyen a superarlo: el primero, es facilitar servicios de interrupción del embarazo públicos y gratuitos, tal como ocurre en el D.F., esto ayudará a entender la práctica del aborto como un derecho fundamental; un segundo elemento importante es que quienes no son objetores tienen una profunda convicción sobre el deber de prestar servicios de interrupción, muchas veces vinculada a experiencias personales donde han visto morir mujeres por abortos inseguros. Lo que es cierto en la experiencia del D.F. es que el registro de los objetores y no objetores no ha resultado en una estrategia exitosa, pues persisten muchas desconfianzas sobre los marcos que regula este tema.

Ejemplo de lo dicho fue un ejercicio de sensibilización y clarificación de valores que se llevó a cabo con prestadores de una jurisdicción sanitaria cercana al D.F., el ejercicio se realizó sin contratiempos y en un clima de compromiso por garantizar a las mujeres el derecho a decidir libremente; cuando llegó el momento del registro y

6 Ginecólogo obstetra, Perinatólogo. Egresado del Instituto Nacional de Perinatología. Miembro del colegio Mexicano de ginecología y obstetricia. Coordinador de salud reproductiva de la secretaria de salud del distrito federal. Secretario técnico del comité estatal de muerte materna



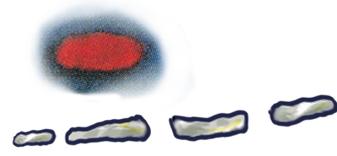
por razones de intimidación, el 100% de los prestadores que asistieron al ejercicio firmaron como objetores de conciencia lo que impidió abrir los servicios de interrupción del embarazo en esa jurisdicción.

Es un debate central, pues en el caso del D.F. quienes más presionan por la existencia y publicación de la listas de objetores son los grupos pro derechos del feto. En esta medida, los prestadores se ven abocados a una decisión que genera confusión pues desde las dos orillas (pro choice y anti derechos de las mujeres) se les presiona con la necesidad de aparecer públicamente como prestadores u objetores. Con este contexto, la decisión colectiva ha sido abstenerse de figurar en cualquier registro, como una estrategia para evitar cambios en la normal prestación de servicios.

El tipo de procedimiento es otro elemento a analizar pues en algunos casos se convierte en un factor que genera o disminuye el estigma entre los prestadores. En el caso de los abortos con medicamentos, el prestador se siente más cómodo y accede con mayor facilidad a la atención de casos, pues considera que en una atención de este tipo, donde no existe una práctica quirúrgica, su actuación se reduce al nivel de una consulta. Adicionalmente, la mayoría de mujeres optan por los medicamentos, lo que tranquiliza en buena parte a los prestadores de salud.

El debate que se genera es que si bien promover el uso de medicamentos como procedimiento para los casos de aborto es una medida que favorece el acceso a los servicios, elevar la decisión del método a un asunto de conciencia resulta un arma de doble filo por dos razones: la primera, limita las opciones de las mujeres en un tema donde el argumento central es el reconocimiento de su autonomía y lo fundamental es ofrecer alternativas para llevar a cabo su decisión; y la segunda, porque cuestiona la conciencia de mujeres y prestadores que deciden y realizan abortos quirúrgicos. Un/a médico/a puede tener la opción de elegir hacer un tipo de procedimiento y no otro, pero no como un asunto de conciencia sino como una decisión que atañe a sus capacidades y habilidades profesionales, pues el aborto es aborto indistintamente del método que se utilice para hacerlo, y es el reconocimiento del derecho de las mujeres a elegir, lo que configura la conciencia del prestador.

Tema 2: El compromiso de Conciencia



83

Pío Iván Gómez⁷

La Declaración Universal de los Derechos Humanos de 1948 señala que las personas tenemos el derecho de actuar y de abstenernos de actuar de conformidad con nuestra conciencia personal. Se da fuerza legal a este derecho a través del Pacto Internacional de Derechos Civiles y Políticos que en su artículo 18 dispone que:

«Toda persona tiene derecho a la libertad de pensamiento, de conciencia y de religión. Este derecho incluye la libertad de tener o de adoptar la religión o las creencias de su elección, y la libertad, ya sea de forma individual o colectiva, de manifestar su religión o creencias en el culto, la observancia, la práctica y la enseñanza»

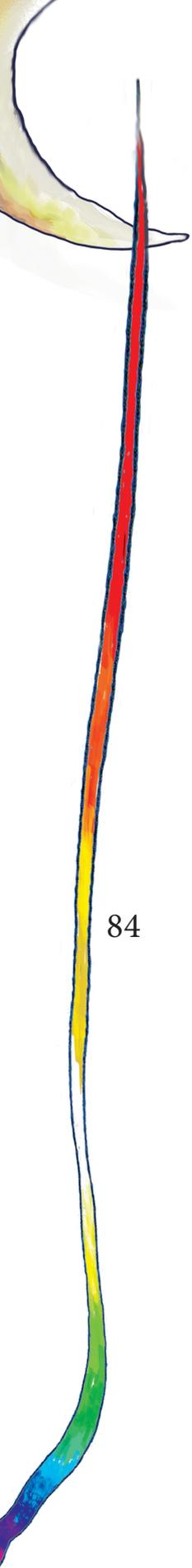
La expresión libertad de la «conciencia y de religión», confirma que la religión no tiene el monopolio de la conciencia.

El Pacto establece claramente que la protección de la conciencia individual no es absoluta, si no que su ejercicio debe respetar la conciencia de los demás y el mismo artículo dispone que la libertad de manifestar su religión o creencias estará sujeta únicamente a las limitaciones preescritas por la ley que sean necesarias para proteger la seguridad, el orden, la salud o los derechos y libertades fundamentales de los demás. Esta disposición requiere que al igual que el equipo sanitario anticipa el respeto de su propio derecho de conciencia, demuestre igual respeto por el derecho de conciencia de sus pacientes.

El equipo de salud asume responsabilidades éticas de las personas y comunidades que sirve. La práctica ética por lo general incluye un compromiso profesional a la obligación de no abandonar a las y los pacientes que les han confiado su cuidado.

Es un desafío ético para el equipo sanitario equilibrar las responsabilidades con sus pacientes y las convicciones de su conciencia personal. El desafío ha llegado a centrarse en temas como la anticoncepción, la esterilización, el aborto, y algunos actos de atención al final de la vida. Debido a que varias personas que lideran jerarquías

7 Vinculado con IPPF/WHR. Senior Medical Advisor, Universal Access to Sexual and Reproductive Health Area, International Planned Parenthood Federation/Western Hemisphere Region (IPPF/WHR).



religiosas han condenado la participación del equipo de salud en este tipo de servicios, el reto de los/as profesionales no es sólo la objeción de conciencia a la participación, si no también tener un compromiso consciente con su participación. Por ejemplo, el cumplimiento de la petición de un/a paciente para la anticoncepción, la esterilización o el aborto, de acuerdo con sus intereses, en un hospital cuya filiación religiosa hace que sea hostil a la entrega de dichos servicios.

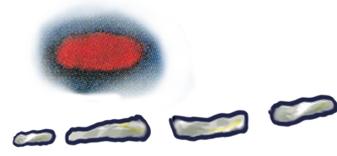
El colectivo médico, más que cualquier otro, debe encarnar el valor incondicional de la conciencia social. La médica y el médico deben ser sujetos éticos independientes con autonomía de conciencia. Lamentablemente este gremio en lugar de reafirmarse como una corporación libre con ética elevada, se ha dejado convertir en el decir de Hans Thomas en «meros mercaderes de servicios biotécnicos a la carta»

La ética hipocrática rezaba: «No dispensaré a nadie un tóxico mortal activo, incluso aunque me sea solicitado por el paciente, tampoco daré a una mujer un medio abortivo», lo que de hecho en nuestros días sería una prohibición a la eutanasia y a la interrupción voluntaria del embarazo. La ética médica actual debe basarse en el compromiso de conciencia.

Si bien es cierto nos hemos familiarizado con la postura de la objeción de conciencia usualmente basada en la religión, que puede limitar el acceso a la anticoncepción, la esterilización, el aborto, el acceso a tecnologías reproductivas y a la eutanasia, entre otras, en efecto la objeción se acomoda adecuadamente a la legislación y la ética siempre que quien objeta refiera a sus paciente a personal adecuado y accesible que no se oponga a estas prácticas.

Sin embargo, el ejercicio de la conciencia no es solo rehusarse a brindar ciertos servicios sino que contrariamente por razones de conciencia es posible proveerlos. La provisión del aborto por razones de conciencia la describe muy bien el sociólogo Carole Joffe, quien se refiere a la experiencia de profesionales que han brindado abortos seguros con poco que ganar y mucho que perder, frente a multas, encarcelamientos, y pérdidas de su licencia médica. Lo hicieron al ver mujeres morir por abortos autoinducidos y abortos realizados por personas no calificadas, y al hacerlos, honraron «la dignidad de la humanidad», por razones de conciencia.

La historia nos muestra cómo personas pertenecientes o no al área de salud, impulsadas por su compromiso de conciencia, han desafiado las leyes, la oposición religiosa y hasta el propio gremio médico, para atender poblaciones vulnerables. Por



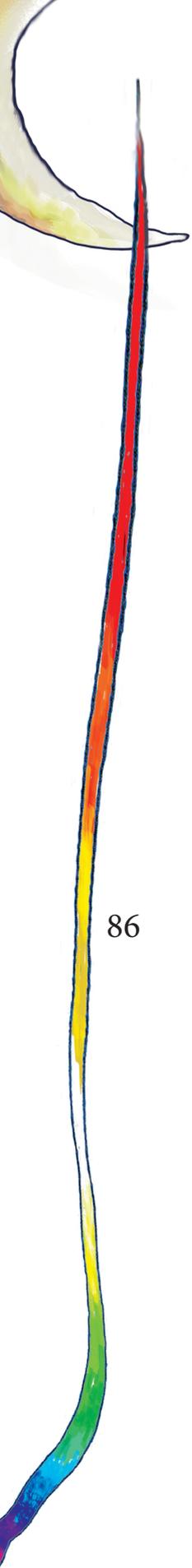
ejemplo, las personas pioneras de la anticoncepción se opusieron a entes médicos, estatales y religiosos. Ya en 1797, Jeremy Bentham abogaba por medios de control de la natalidad y en el siguiente siglo, John Stuart Mill fue encarcelado por distribuir volantes con información anticonceptiva. Charles Bradlaugh y Annie Besant sufrieron persecuciones en 1877 por la venta de folletos sobre control de natalidad.

En 1915, Margaret Sanger, una enfermera estadounidense que trabajó en los guetos de Nueva York y abogaba por el control de la natalidad, huyó a Reino Unido, donde conoció y motivó a la botánica inglesa Marie Stopes. Fueron valientes pioneras que desafiaron inicialmente al gremio médico, al poder de la religión organizada, a la convención conservadora, y vieron recompensado su compromiso de conciencia con la aceptación popular y política de la planificación familiar.

Un evento histórico sucedió en el Reino Unido en el año de 1938, después de que el Ministerio de Salud y el Ministerio del Interior crearan el Comité Interdepartamental (Birkett) sobre aborto para la «reducción de la mortalidad y la morbilidad maternas por esta causa». En ese entonces un obstetra del St. Mary Hospital de Londres, Aleck Bourne, interrumpió el embarazo de una víctima de violación de 14 años de edad, e informó al Comité Birkett de las realidades del aborto por conciencia. Posteriormente, fue procesado por aborto criminal en el Tribunal Penal Central de Londres, el juicio resultó en su absolución y creó jurisprudencia cuando se estableció la legalidad del aborto terapéutico.

Henry Morgentaler en Montreal, hablaba en contra de la ley restrictiva de aborto en Canadá y se sentía obligado de conciencia para ayudar a las mujeres desesperadas y desfavorecidas que entonces acudían a él en busca de tratamiento. Fue perseguido desde 1973 y encarcelado varias veces. Trasladó su clínica a Ontario y en 1984 fue procesado por conspiración por llevar a cabo abortos ilegales. El jurado lo absolvió, y cuando la Corte de Apelación de Ontario ordenó su nuevo juicio, apeló a la Corte Suprema de Canadá. La invocación de las disposiciones de la Carta Canadiense de Derechos y Libertades de 1982, hizo que Tribunal Supremo aceptara su afirmación de que las restricciones al aborto del Código Penal violaban los derechos humanos de las mujeres, y las declaró inconstitucionales y nulas.

El Presidente del tribunal supremo de Canadá dictaminó que intimidar a una mujer mediante la amenaza de sanción penal para llevar a término un embarazo por encima de sus propias prioridades y aspiraciones, es una profunda interferencia en su cuerpo y por lo tanto una violación de su seguridad.



Es de conocimiento público el caso del Dr. Jack Kevorkian, patólogo armenio-estadounidense que ocasionó controversia por la aplicación de la eutanasia a 130 pacientes. Su lema era «morir no es un crimen». En 1999 fue sentenciado a una pena de 10 a 25 años de prisión por homicidio.

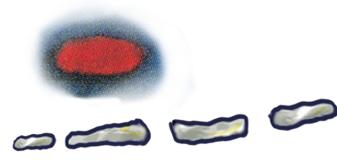
En Colombia el médico Gustavo Quintana, a sus 64 años, ha practicado más de 100 eutanasias en el país. Sus pacientes han sido enfermos terminales incluyendo un pequeño bebé de once meses que nació con un defecto congénito que generaba un daño cerebral degenerativo. Dice el Dr. Quintana: «siempre he creído que acompañar a morir a un paciente es un deber ético de un médico, a pesar de que los médicos cristianos creen que soy un asesino o un criminal, ¿cómo no entender el dolor de una personas a la cual ni la morfina ni los analgésicos le funcionan?» «La muerte no es lo contrario de la vida, solo es la parte final de la vida y la vida en mi opinión no es de Dios, no es de la familia, es de cada quien. De ahí nace el derecho de que cada quien disponga el momento final de su vida»

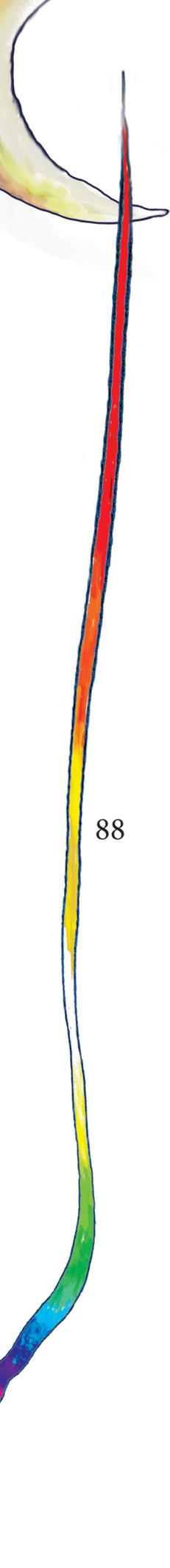
También en Colombia, el doctor Jorge Villarreal Mejía en 1977 crea la Fundación Oriéntame, quien decidió, ante la grave problemática del aborto inseguro en el país, brindar servicios de aborto, lo que le costó por muchos años la antipatía de instancias académicas y gremiales médicas, pero su compromiso de conciencia lo llevó a luchar contra viento y marea con la idea de que las mujeres no tenían que morir por un aborto. Decía el Dr. Villarreal: «El intercambio con profesionales de la salud en los múltiples aspectos del aborto, me ha fortalecido en esta convicción: la única manera de modificar la indiferencia, inercia y apatía en relación con el tema es haciendo conscientes los aspectos NO médicos del aborto y luchando por desenmascarar el embarazo no deseado, no solo como origen sino como el aspecto más grave e importante del aborto»

Y es necesario mencionar en Uruguay el exitoso modelo de iniciativas sanitarias contra el aborto provocado en condiciones de riesgo que logró erradicar la mortalidad por aborto con el razonamiento de que «la mujer, como ser humano consciente es la más capaz de tomar las mejores resoluciones sobre su vida y su salud»

El compromiso de conciencia a la práctica ética y el bienestar de los y las pacientes siguen inspirando a médicas y médicos para no cumplir con prácticas religiosas requeridas por algunos hospitales. En el decir del Dr. Bernard Dickens de la Universidad de Toronto y Presidente del Comité de Ética de la FIGO «profesionales con

compromiso de conciencia a menudo necesitan coraje para actuar en contra de la ortodoxia legal, religiosa y médica imperantes, siguiendo la honorable ética médica de colocar los intereses de los pacientes por encima de los suyos»





Tema 3: El impacto de la objeción de conciencia sobre los sistemas de salud y sobre la salud

Wendy Chapkyn⁸

El grupo Global Doctors for Choice es una red de médicos alrededor del mundo comprometida con el acceso de las mujeres a una atención segura de la salud reproductiva. La organización existe hace cinco años y cuenta con cinco grupos de acción en Brasil, Colombia, Ghana, México y Sudáfrica.

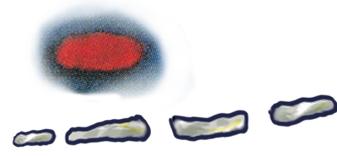
Preocupados por el impacto de la objeción de conciencia en el entorno de la salud reproductiva, se inició un proceso de recopilación de datos y políticas para la regulación y resolución de los conflictos de intereses que existen cuando se aborda el tema de la objeción de conciencia.

Para tal fin, se organizaron tres grupos de trabajo internacional con el objetivo de explorar el impacto de la objeción de conciencia. Como resultado de este proceso se elaboró un documento que será publicado en una edición especial de la Revista Internacional de Ginecología y Obstetricia de FIGO, hacia finales del presente año.

Este documento es un compendio basado en los derechos humanos y la evidencia científica que recoge literatura médica, de salud pública, legal, ética, y de ciencias sociales durante los últimos quince años y que pretende ser de utilidad para los formuladores de políticas de salud.

Explora tres aspectos que forman una secuencia lógica en la comprensión del fenómeno: qué tanto sucede y qué características tiene la objeción de conciencia? Qué consecuencias tiene para las mujeres, los prestadores y los sistemas de salud? ¿Cuáles han sido hasta ahora las respuestas legales, reglamentaciones y profesionales para abordarlo y limitar su impacto negativo? La doctora Laura Gil presentará el estudio:

⁸ Médica Gineco-obstetra, Profesora de la Universidad de Columbia. Integrante de Global Doctors for Choice.



A propósito de este estudio es necesario decir que la mayoría de artículos son muy heterogéneos y variados, por lo que resulta difícil llegar a conclusiones a partir de este ejercicio.

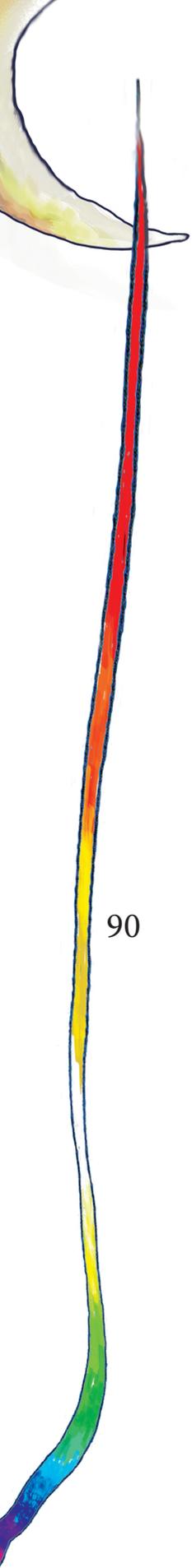
Se evidencia que existen contradicciones en cuanto a la forma en que se ejerce la objeción de conciencia, pues se obtienen respuestas diferentes cuando se indaga a los profesionales si están de acuerdo o no con el aborto. En este caso la mayoría manifiesta estar de acuerdo; pero cuando se indaga si estarían dispuestos a prestar servicios de aborto, la respuesta negativa es la constante. En varias respuestas es posible observar que el prestador que está de acuerdo con el aborto, no lo está si se trata de asumir la prestación del servicio.

También se encuentran contradicciones por las objeciones parciales, pues existen quienes lo hacen por ciertas causales, de acuerdo con la edad gestacional, dependiendo de quién sea el paciente o si se trata de prestar servicios en hospitales públicos o privados. En estos casos, la conclusión a la que han llegado, es que no se trata de un asunto de objeción de conciencia sino de imposición de barreras por parte de los prestadores de servicios de salud.

¿Qué motivaciones tiene una persona para declararse objetora de conciencia?

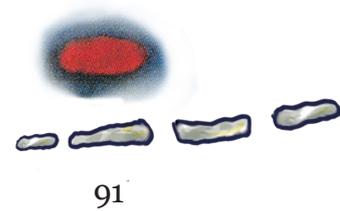
- Los estudios confirman que a mayor religiosidad, mayores son las probabilidades de asumirse como objetor/a.
- Quienes cuentan con más capacitación y cercanía al tema de salud sexual y reproductiva tienen menos probabilidades de declararse objetores, lo que demuestra que en buena medida, se trata de un problema de falta de información.
- Existen motivaciones sociales como evitar el estigma o la persecución laboral, sin embargo, en sentido estricto, estos no constituyen argumentos válidos para objetar de conciencia.

9 Médica especialista en Ginecología y Obstetricia de la Universidad Nacional de Colombia, diplomada en Investigación en salud sexual y reproductiva en países en desarrollo. Subdirectora de asistencia técnica de la Fundación ESAR. Co-coordinadora del Grupo Médico por el Derecho a Decidir, Colombia (parte de la red Global doctors for Choice).



¿Qué consecuencias tiene la objeción para las mujeres, los prestadores y los sistemas de salud?

- Se genera una carga para los prestadores, pues se refuerza el estigma sobre quienes no son objetores y se genera una sobrecarga de trabajo, pues se reduce el número de profesionales disponibles para la prestación de los servicios.
- Desde el punto de vista de las mujeres, la consecuencia es la falta de accesibilidad, el retardo en el acceso de los servicios y una mayor morbi mortalidad.
- Escenarios específicos:
 - Existen contextos donde se ha despenalizado el aborto, pero continúa la negación de los servicios por razones de conciencia, también se presentan casos de negación de servicios post aborto inducido o auto inducido en aquellos países donde el aborto está completamente penalizado.
 - Este escenario tiene como consecuencia que persista el aborto inseguro y la continuación forzada del embarazo. Además genera más costos a los sistemas de salud, pues se incrementa la consulta tardía de complicaciones por abortos autoinducidos.
 - También por razones de conciencia es usual encontrar que se niegue la anticoncepción de emergencia, como es el caso de las víctimas de violación. Esto genera, no sólo un incremento de embarazos no deseados y de abortos inseguros, una dinámica de revictimización de las mujeres que habiendo sido violentadas sexualmente, se ven afectadas, además, con la negación de los servicios.
 - En relación con los servicios de reproducción asistida, es común ver que se nieguen los diagnósticos pre implantación o la crio preservación de embriones de tratamientos que suelen dar como resultado muchos embriones que no es posible transferir a la mujer y es necesario conservar. En estos casos, se aumentan los ciclos de fertilización pues de no resultar exitosa la implantación, las mujeres se ven obligadas a iniciar todo el tratamiento.
 - Una de las consecuencias del punto anterior es que, de presentarse casos de malformación fetal por técnicas de reproducción asistida, se producen más abortos, generalmente tardíos, pues muchas de estas malformaciones sólo se pueden detectar más allá del primer trimestre; así mismo, se incrementa el número de nacimientos con discapacidades severas, situación que difícilmente una mujer desea enfrentar.



- También se ha documentado la negación de servicios en casos de fallas en el proceso de gestación, como embarazos ectópicos o rupturas de membranas, lo que significa un alto riesgo para la vida y la salud de las mujeres.

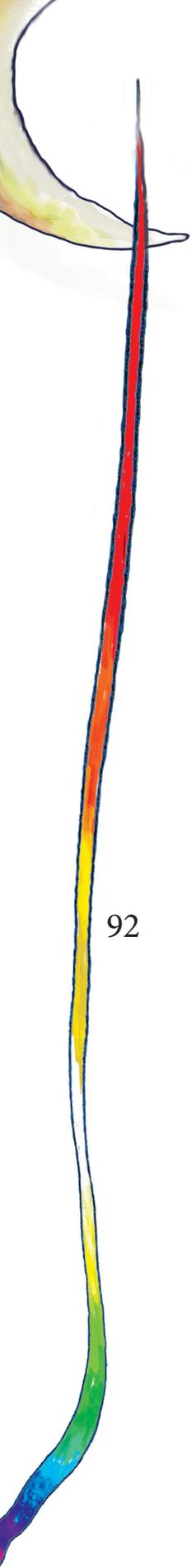
¿Cuáles han sido las respuestas para regular las situaciones mencionadas?

Mediante leyes, normas o pronunciamientos de autoridades académicas, se ha intentado garantizar una práctica adecuada de la objeción de conciencia, evitando situaciones de coerción o menoscabo de otros derechos fundamentales. La Organización Mundial de la Salud ha sido clara en afirmar que el derecho a la objeción de conciencia y a no ser discriminado por esta razón, existe. Sin embargo, su ejercicio no está por encima del deber primario de los prestadores de evitar el daño de sus pacientes.

En este sentido se han planteado medidas como:

- Prohibir la objeción de conciencia institucional.
- La obligatoriedad de remitir a un prestador que no sea objetor
- La necesidad de notificar la objeción de conciencia anticipada y por escrito
- Establecer la pertinencia: quién puede ser objetor y quién no puede serlo.
- Garantizar el derecho a la información aún cuando el prestador sea objetor.
- Reiterar la obligación del Estado de prestar los servicios aún cuando en las instituciones públicas existan objetores de conciencia.
- Regular los casos en los que no aplica la objeción de conciencia: cuando exista peligro inminente para la vida o la salud de la mujer o cuando no exista otro prestador disponible.
- Regular la contratación de personal, estableciendo que sólo se aceptan prestadores no objetores de conciencia.

En conclusión, la práctica de la objeción de conciencia está generando situaciones de inequidad para las mujeres y para los países: para las mujeres, pues son las más vulnerables y se ven obligadas a padecer las consecuencias de la negación de ser-



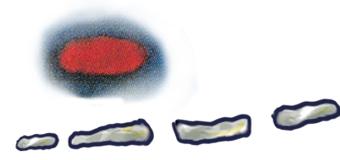
vicios, ya que su acceso a servicios de salud es limitado por razones económicas, geográficas, etc; Entre los países, pues son los países en vía de desarrollo los que cuentan con menos prestadores de servicios, generando así sobre cargas en el trabajo y un impacto negativo en la cobertura de los servicios.

Es necesario establecer qué es y qué no es ser objetor de conciencia. Global Doctors for Choice ha diseñado un cuestionario que tiene por fin propiciar una reflexión privada entre los prestadores, para que puedan establecer qué tipo de prestadores son: no objetores, objetores o si están en el medio de estas dos posturas, generando barreras en el acceso a servicios.

Es necesario incidir en las instancias responsables de legislar sobre el tema, armonizando temas de la reglamentación con otros sectores como quienes trabajan por la objeción en el ámbito del servicio militar.

Se requiere trabajar con las sociedades científicas en aspectos como el de limitar la certificación de servicios y especialidades a la suficiencia para realizar todos los procedimientos. Un profesional formado en ginecología debe estar capacitado para prestar cualquier tipo de servicios, incluido el de interrupción del embarazo.

Tema 4: Protocolos para la buena práctica de la objeción de conciencia en los servicios médicos



93

Fernando Sedeño¹⁰

Su intervención recoge la experiencia de la práctica médica en el Hospital Federal de la Mujer. Luego de la despenalización del aborto en el D.F. el entonces Secretario de Salud, declaró que por tratarse de una institución federal, el Hospital de la Mujer no podría realizar procedimientos de interrupción, decisión que fue respaldada por todo el equipo médico del hospital.

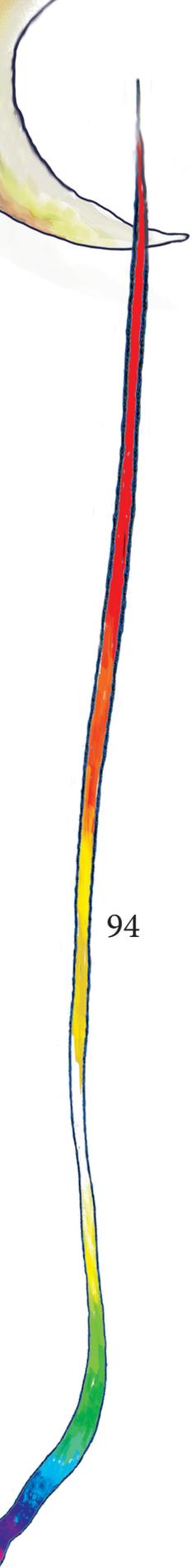
A partir de entonces, su decisión fue concentrarse en la atención de mujeres víctimas de violencia sexual y violencia intrafamiliar. Actualmente son centro de referencia en la red metropolitana para el tema de derechos sexuales con cerca de 5.000 casos.

La violencia sexual es un factor generador de embarazos no deseados y causal para la interrupción del embarazo, sin embargo, como es sabido, los bajos índices de denuncia constituyen una de las principales barreras para la prestación de servicios de aborto. Ante esta situación una de las estrategias implementadas ha sido remitir a las mujeres para que puedan acceder a servicios de interrupción, en la red hospitalaria del D.F. Estas remisiones son extra oficiales, pues como se mencionó anteriormente, el Hospital no puede atender ni prestar asesoría sobre aborto.

En los casos de mujeres que por razones administrativas no pueden ser remitidas al D.F., y también extra oficialmente, con algunos médicos de los servicios de urgencias de varios hospitales del D.F., se ha acordado suministrar Misoprostol a aquellas pacientes víctimas de violencia sexual, para luego ser ingresadas por los servicios de urgencias argumentando abortos espontáneos.

Aunque estas medidas se han tomado al margen de la oficialidad de los procedimientos, lo que no puede calificarse exactamente como una buena práctica, se resalta el vínculo afectivo que existe con los demás médicos: su mayor temor, es no tener certeza sobre si habrá consecuencias penales o disciplinarias para ellos.

10 Médico cirujano y partero del IPN, Gineco Obstetra por la UNAM, Licenciado en Derecho por la UVM, desde hace 10 años consultor de Ipas en derechos sexuales y reproductivos, académico universitario del IPN y la UNAM.



Otra experiencia relevante, en los casos de interrupciones de segundo trimestre, fue la conformación de un comité de bioética, con el propósito de darle un visto de legalidad a la práctica de la interrupción. Bajo esa premisa, es esta instancia quien da vía libre al prestador para continuar con el proceso.

También se ha trabajado con el Consejo Consultivo de la Escuela Superior de Medicina del Instituto Politécnico Nacional de México, para tratar de modificar los programas curriculares, pues es fundamental formar a los estudiantes con la idea firme de que la interrupción del embarazo es una práctica legal.

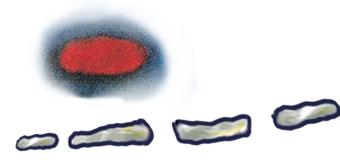
El Debate de la Reglamentación

La discusión en esta mesa deja planteados debates fundamentales:

- Considerando la experiencia de México, donde iniciativas como la visibilización de los objetores resultaron estrategias poco efectivas; la de Colombia, donde la inciativa de reglamentación apunta a regular la práctica de objeción que hoy por hoy se configura como una de las principales barreras de acceso y que incluye temas como el servicio militar y matrimonio igualitario; o la de Brasil, donde el escenario de la reglamentación vía legislativa resulta poco conveniente considerando el carácter altamente conservador que tiene el Parlamento, y cuyas dificultades se han resuelto por la vía de las actuaciones administrativas, surge la pregunta: ¿qué tan necesaria y conveniente resulta la reglamentación de la objeción de conciencia? ¿Cuál sería el objetivo de reglamentar? ¿cuál sería el tipo de reglamentación más adecuado?

Si bien con la reglamentación se corre el riesgo de contribuir a la estigmatización y polarización entre los prestadores, es necesario señalar que este proceso debe matizarse con un trabajo por elevar el nivel de conciencia de éstos. En ese sentido, una de las formas de contrarrestar los efectos negativos de la objeción es apoyando a quienes prestan servicios en un esfuerzo por que ellos mismos reconozcan el valor de su conciencia en el trabajo que realizan.

En esta discusión hay quienes opinan que la regulación es necesaria, pero no a través de leyes en el parlamento pues es un proceso muy complicado, sujeto a la línea ideológica de los congresos y que puede quedarse como letra muerta. Para otros, la vía legislativa es una opción que debe considerarse pues una regla-

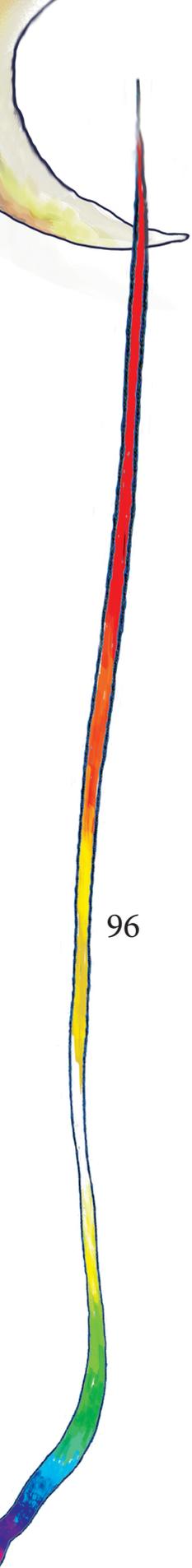


mentación administrativa está más sujeta a cambios que una decisión parlamentaria, y aunque resulte un camino más difícil, la ley representa un elemento de mayor estabilidad. Por otra parte, el respaldo legal otorga mayores mecanismos de protección en los casos donde se reglamenta sobre derechos fundamentales. También reconoce a los objetores como ciudadanos cuyos derechos deben ser respetados y esto es importante en un orden democrático.

- Además de los tipos de reglamentación administrativa, legislativa y de marcos jurídicos de altas cortes, se propuso como tercera opción la reglamentación a partir de los estándares profesionales, como protocolos, códigos de ética, entre otros.
- Aunque la reglamentación legislativa pudiera ser necesaria en algunos contextos, su sola existencia no es suficiente para superar los problemas que en la práctica entraña este tema. Es importante considerar el proceso personal a través del cual un prestador enfrenta la responsabilidad de prestar servicios de interrupción, pues en muchas ocasiones declararse objetor es consecuencia de un profundo desconocimiento sobre el tema o de falta de sensibilización y ese es un problema distinto al que se busca resolver por la vía de la regulación. Ese problema, el del desconocimiento, requiere un trabajo articulado desde diferentes instancias.
- En relación con el tipo de regulación, mecanismos como el registro pueden contribuir a normalizar los servicios porque le permite al sistema de salud planificar el proceso de atención, en esa medida, disponer de los prestadores no objetores. Por supuesto esta decisión pasa por hacer una lectura de las particularidades del contexto. Para otras personas, las listas de registros para objetores y no objetores resultar ser un mecanismo poco estratégico pues contribuye a reforzar el estigma y la polarización que representa la prestación de servicios en los casos de aborto.
- Al respecto, se resalta que en el caso Colombiano, la reglamentación no buscaría una estigmatización de los objetores, pero si, generar mecanismos para superar las barreras, así como reconocer a los objetores como ciudadanos que ejercen un derecho.

El debate sobre la estigmatización

- Hay quien plantea que la objeción de conciencia es una expresión del poder médico sobre la decisión que toma una persona, y en ese sentido, reconocer la autonomía de la mujer que opta por interrumpir su embarazo, es poner en cuestión

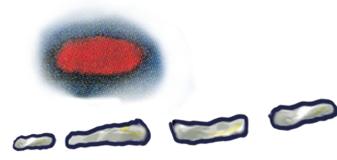


el poder tradicional y hegemónico del médico sobre su paciente. Esta reflexión plantea la necesidad de un cambio cultural, donde la alianza con los y las usuarias de los servicios es fundamental pues a partir de ellos se puede modificar la relación tradicional médico/paciente.

- Una de las estrategias que fueron fundamentales en el Uruguay para superar el estigma fue basar la práctica de la interrupción del embarazo en los valores profesionales y así reemplazar la distinción de objetores y no objetores, por profesionales comprometidos vs profesionales no comprometidos; la experiencia ha demostrado que ningún prestador quiere estar en el lugar de los profesionales no comprometidos.
- Registrar y difundir el trabajo sobre aborto desde una perspectiva de salud pública. Este tema debe hacer parte de los congresos, seminarios, ponencias, publicación de artículos y otras actividades académicas.
- Es fundamental la prestación de servicios integrales de salud sexual y reproductiva, no sólo de aborto.

El debate sobre el concepto

- Para algunos participantes en la mesa, «objeción de conciencia» no es un concepto equiparable a libertad de conciencia. Mientras que en el primero, se trata de la postura del médico frente al aborto, el segundo, la «libertad de conciencia», también reconoce la voluntad de la mujer y el prestador que decide y practica la interrupción del embarazo. En esa medida los intentos por regular deben garantizar la objeción del médico, pero también la libertad de conciencia de las mujeres que optan por la la interrupción, así como la del prestador que decide practicarla.
- Para algunos sectores de la ciencia médica, la «conciencia» es un imposible humano, casi antinatural, pues llegar a procesos activos mentales, psicológicos y sociales para que algo devenga consciente es casi antinatural. Lo que existe es un inconsciente individual, familiar y colectivo, y es en este último donde temas como la reproducción y el aborto siguen siendo materia de discusión social.
- Los principios de la objeción de conciencia pueden otorgar elementos argumentativos para la defensa de quienes en contextos restrictivos prestan servicios de aborto al margen de la legalidad.



Conclusiones y preguntas que persisten

- Es fundamental trabajar el tema de objeción y compromiso de conciencia con las universidades y demás instancias formadoras de recurso humano, pues el trabajo con los profesionales ya formados resulta más complicado y arduo.
- Existen situaciones culturales, sociales y políticas de cada país que deben ser consideradas a la hora de establecer la conveniencia o no de la reglamentación de la objeción y los pasos para llegar a ella.
- Existe un profundo desconocimiento del tema de objeción de conciencia y es esencial combatir este fenómeno.
- Es necesario insistir que la objeción de conciencia es ante todo una excepción a la norma y no una práctica generalizada como pretenden convertirla los sectores antiderechos de las mujeres, en el marco de una estrategia por impedir el acceso a servicios de aborto legal.

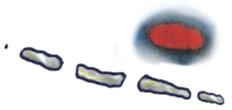
¿Cómo generar cambios culturales que produzcan una práctica responsable de la de objeción de conciencia?

¿Cómo desencadenar o fortalecer movimientos nacionales por el compromiso de conciencia en nuestra región que contribuyan a mejorar el acceso al aborto legal y seguro en los distintos países?

¿Cómo lograr en la formación de pre y postgrado el «compromiso de conciencia»?

¿Es necesaria la reglamentación de la objeción de conciencia y cuál es el tratamiento que esta regulación debe dar a prestadores que se asumen objetores según la causal, la edad gestacional o el tipo de procedimiento?

¿Son convenientes las listas de objetores como un mecanismo por regular la práctica de la objeción de conciencia?



PLENARIA DE CIERRE

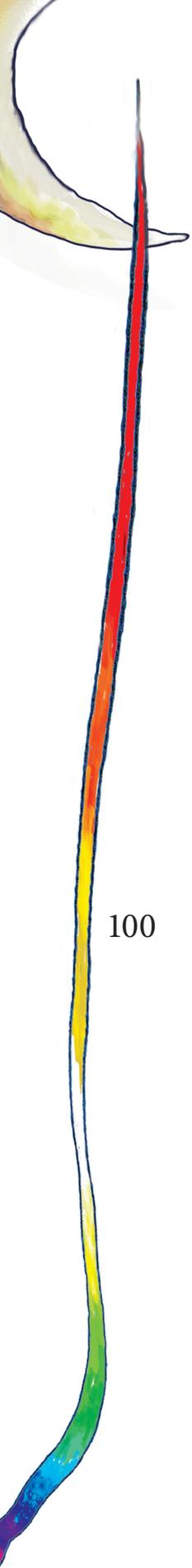


Lucy Garrido moderó la sesión plenaria, espacio en el que se compartieron los principales temas de discusión y conclusiones del trabajo. Inició su intervención formulando algunas de las preguntas centrales que marcaron la pauta y guiaron las reflexiones a lo largo del seminario. Estas fueron: ¿Qué es y que no es la objeción de conciencia? ¿Cómo regularla? ¿Es un derecho en si misma o es subsidiaria de otro derecho? ¿Cómo se establece la objeción de conciencia? ¿Cuáles son sus límites? ¿Es válida su aplicación en relación con los servicios de salud? Si se define como un dispositivo de poder, ¿debería protegerse como un derecho fundamental? ¿Qué soluciones pluralistas, frente a los derechos en conflicto, podemos encontrar?

Mesa Uno

Line Bareiro, quien presentó la discusión de la mesa señaló como los puntos más relevantes, los siguientes:

- Las personas que vienen de países o ciudades como Uruguay o el D.F en México, donde la reglamentación no es restrictiva, hablan de objeción de conciencia desde un lugar distinto en comparación con quienes viven en lugares donde los servicios están sujetos a causales o los marcos normativos son completamente restrictivos. En este sentido se planteó la necesidad de precisar qué se entiende por objeción de conciencia y que no, así como de reglamentar su práctica para evitar abusos.

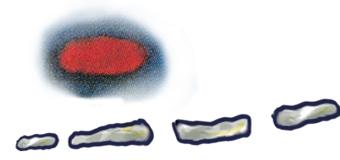


- El segundo punto tiene que ver con el componente religioso como argumento legítimo de la objeción Vs el oportunismo de los prestadores de servicios que utilizan la objeción como un negocio, pues les resulta conveniente que las mujeres no puedan acceder a servicios públicos y tengan que pagar por ellos en sus clínicas privadas. En esa medida, quienes son objetores responsables no quieren figurar en las mismas listas donde aparecen objetores oportunistas.
- En el caso uruguayo, la objeción de conciencia está asociada más a un pensamiento patriarcal que a lo religioso: lo que molesta al prestador es tener que respetar y garantizar el derecho a la libertad y decisión de las mujeres.
- La objeción de conciencia se enmarca en un orden democrático, laico y plural y es allí donde figura como derecho fundamental. Esto es importante si se considera la historia de regímenes dictatoriales que existieron en la región.
- La objeción de conciencia es un ejercicio de poder que es necesario analizar en relación con el derecho a la salud y específicamente a la salud de las mujeres.

Mesa Dos

Elizabeth Castillo y Paola Bergallo fueron las encargadas de compartir la síntesis. Sus reflexiones fueron:

- Es importante defender la objeción de conciencia y su adecuada aplicación, respetando a quienes son objetores responsables y denunciando a quienes realizan actos impropios de objeción o como lo señaló Marcelo Alegre, «opresión de conciencia».
- El estándar mínimo que se debe aplicar es la protección de los derechos de la mujer y no la protección del derecho del personal médico.
- Es necesario responder a las realidades locales, pero en caso de no existir regulación, el camino más efectivo es aplicar los estándares internacionales sobre el tema.
- Sin desconocer la importancia de las vías judiciales, es fundamental fortalecer medios alternativos de regulación y de sanción, acudiendo a la vía administrativa antes que a la judicial.
- Se debe trabajar por áreas considerando que existen distintos tipos de objeción de conciencia que apuntan a resolver conflictos diferentes (servicio militar).

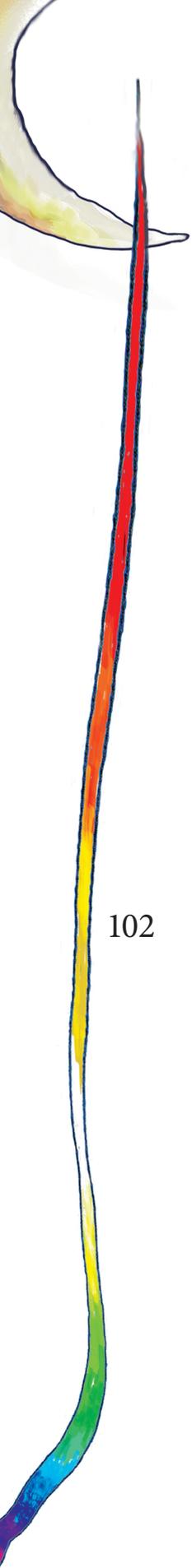


- Es importante responder a la pregunta de quién se vería afectado o los derechos de quién menoscabados, con la práctica de la objeción de conciencia, considerando que para el caso del servicio militar no hay un tercero afectado, como sí ocurre en los casos de servicios médicos.
- En el escenario de una regulación sobre el tema, es imprescindible tener en cuenta que bajo ninguna circunstancia pueden utilizarse categorías legales para definir prácticas ilegales, por lo cual, es esencial tener claro qué es y qué no es objeción de conciencia. También es importante definir quienes puede ser objetores y quiénes no, qué motivaciones tiene, cómo formalizar la objeción, cómo hacer seguimiento o control y en qué momento un prestador puede objetar.
- Es importante prever cómo se enfrentan los riesgos de un debate legislativo.

Mesa Tres

Pío Iván Gómez fue el expositor de las conclusiones de la mesa:

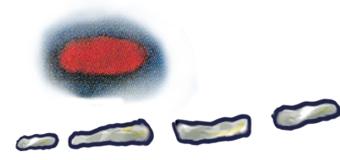
- Desde la mirada de la prestación de servicios existe una práctica de la objeción de conciencia que contribuye a crear inequidades.
- Hubo posturas de todo tipo, desde quienes comentan que la naturaleza humana nos lleva a vivir sin ser tan conscientes luego, es una utopía pensar en la conciencia hasta quienes consideran que la libertad de conciencia es mucho más amplia pues cobija no solamente al prestador del servicio sino también a las mujeres.
- Hay quienes consideran que la reglamentación jurídica es un proceso relativamente sencillo y aunque sea necesario no es suficiente para contrarrestar los efectos de las malas prácticas de la objeción de conciencia.
- No son convenientes las listas de objetores y no objetores. Al contrario, se debe trabajar en la clarificación de qué es y qué no es la objeción de conciencia y son fundamentales los esfuerzos por desestigmatizar el ejercicio profesional, abriendo las prestaciones a la atención integral de servicios de salud sexual y reproductiva.
- Un cambio en el lenguaje podría ser necesario y en esa medida reemplazar la identificación de objetores y no objetores, por profesionales comprometidos y no comprometidos. Puede generar mejores efectos en el trabajo con prestadores.



- Dentro del grupo de prestadores, en un extremo se ubica un sector minoritario de verdaderos objetores de conciencia, quienes asumen responsablemente su labor, entendiendo que su derecho no debe afectar los derechos de terceros; en el otro extremo se ubican quienes tienen un real compromiso por la salud sexual y reproductiva de las mujeres, y en la mitad está el grupo mayoritario, donde hay profesionales apáticos, desmotivados, desinformados, por lo cual el trabajo dirigido a este sector es fundamental.
- Una estrategia básica es trabajar con las nuevas generaciones, en las escuelas formadoras de recursos humanos, por lo que las propuestas de cambios curriculares son esenciales.

Los debates de la plenaria

- Para abordar la reflexión sobre el tema se deben considerar los conceptos culturales, los conceptos políticos y también los imaginarios democráticos.
- Hay quienes están de acuerdo con publicar las listas de los objetores de conciencia, sin embargo para otras personas, las listas no permiten avanzar en la dirección esperada pues genera mayores resistencias entre los prestadores que tienen temor y profundo desconocimiento del tema.
- Es importante cambiar el concepto de «estigma» por el de «discriminación» en los casos de objeción de conciencia, pues esto permite tomar medidas para garantizar que aquellos que nos son objetores puedan ejercer su práctica sin que sean violentados sus derechos.
- Se debe pensar en cómo «bajarle el poder» a la objeción de conciencia como concepto, sin que esto implique desconocer la importancia del derecho como práctica democrática.
- Surgió la pregunta por establecer por qué estamos discutiendo este tema ahora. Una respuesta plausible es que quienes pusieron el tema en la agenda fueron los sectores de derecha y no quienes propenden por la defensa y garantía de los derechos de las mujeres. Es fundamental reconocer que aunque la objeción de conciencia existe como barrera de acceso para los servicios de aborto, también lo es que muchos prestadores hacen interrupciones del embarazo y es importante encausar esfuerzos en proteger, promover y apoyar el ejercicio de estos

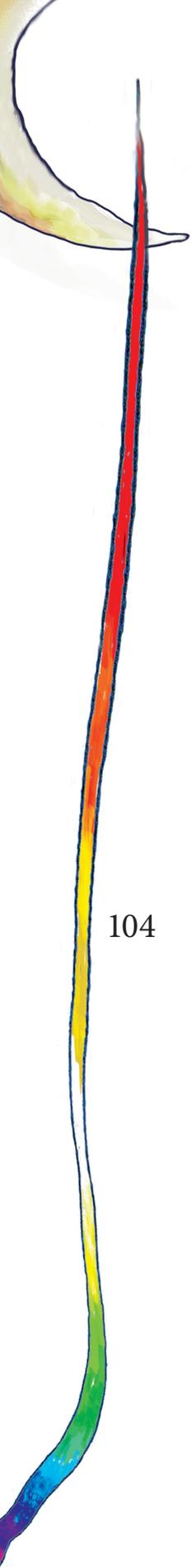


profesionales, quienes generalmente se sienten más solos que los objetores. Las reacciones de la derecha son, generalmente, consecuencia de los avances de los grupos feministas y de otros sectores, en ese sentido, la objeción como bandera de los grupos anti derechos es consecuencia de los avances en materia de despenalización del aborto.

- Muchas veces lo que está detrás de la objeción es el desconocimiento, la desinformación, y una postura fundamentalista sobre el tema de aborto. En este sentido y como estrategia discursiva, se propuso hablar de la objeción de conciencia como un «estado» y no como una «condición del ser», los prestadores «están siendo objetores», pero «no son objetores» y con esta diferencia se espera dejar la puerta abierta para que aquellos que hoy objetan por desinformación y desconocimiento, puedan dejar de hacerlo una vez reciban la capacitación adecuada.

Sin embargo, esta propuesta fue rebatida bajo el argumento según el cual, en el marco del «Estado de Derecho» no existe una figura como «grados de legalidad» y por ende no se considera viable, al menos no de manera general, la estrategia discursiva del «estado» versus la «condición». Si se asume que alguien es objetor por desconocimiento y que existen algunas prácticas calificadas como objeción que legalmente no lo son, es posible afirmar que estos prestadores están en la ilegalidad, y el desconocimiento de las normas no los exime de cometer un delito pues se trata de una violación a su deber profesional, adulterando el derecho a la objeción de conciencia. Cuando se reflexiona en términos de lo que es y no es la objeción de conciencia, no se hace sólo por la necesidad de caracterizar una práctica médica, sino por la de aplicar los marcos normativos de los estados, que incluyen las obligaciones de los profesionales de la salud. Si el 90% de las prácticas no son objetadas, estos objetores están en la línea de la ilegalidad, no sólo porque incumplen sus deberes profesionales sino porque incumplen los deberes constitucionales. Este argumento aporta a valorizar a quienes están en el marco de la legalidad no solo porque asumen compromisos con su conciencia, si no con el marco constitucional y de derechos que los regula.

Este postulado generó reacciones contrarias, pues para algunos asistentes, criminalizar la práctica de la objeción genera un escenario de contradicción si se tiene en cuenta que en algún momento hubo quienes actuaron al margen de la ley para proteger los derechos de las mujeres, cuando los marcos legales eran completamente restrictivos.



Así mismo, hubo quienes consideraron que el argumento que equipara lo legal con lo correcto es cuestionable, pues en casi todos los países de la región, la ilegalidad ha sido la forma más honesta y comprometida que mucha gente ha utilizado para favorecer las necesidades de salud sexual y reproductiva de las mujeres. Por otra parte, insistir en la idea de la conciencia única como aquella que se ajusta a la ley, produce una dicotomía argumentativa tan paralizante como la discusión sobre aborto si o aborto no.

- En tanto la práctica de la objeción de conciencia constituye una barrera y causa vulneraciones a los derechos sexuales y reproductivos de las mujeres, es necesario insistir en la responsabilidad de los estados de garantizar que se eliminen las barreras de acceso, para lo cual se debe apelar a los marcos e instancias nacionales e internacionales que protegen derechos fundamentales.
- No existe una estrategia común para afrontar el tema de los impactos que tiene la objeción de conciencia en la garantía de los derechos sexuales y reproductivos y es necesario considerar las particularidades de cada contexto.
- ¿Por qué como contribuyentes los ciudadanos/as de un Estado deben asumir los costos adicionales que genera el traslado de una mujer que debió ser atendida en determinada institución, pero que no fue posible por encontrarse con un objetor de conciencia? Este es un debate necesario que debe insertarse en las discusiones sobre el tema.
- Además de los cambios imprescindibles en los currículos de quienes se forman como prestadores de servicios de salud, es necesario generar cambios en quienes se forman para hacer parte del sector justicia.

Considerando que fueron más los puntos de debate y reflexión que quedaron abiertos que los consensos identificados, se invitó a pensar en la posibilidad de instaurar el Seminario Internacional de Objeción de Conciencia como un espacio permanente de discusión y análisis pues uno de los objetivos de este proceso es tener una declaración política regional que recoja las demandas y posturas de quienes defienden los derechos sexuales y reproductivos de las mujeres.

Lista de participantes

- Agustina Ramón Michel Centro de Estudios de Estado y Sociedad - CEDES
- Aidé García Católicas por el Derecho a Decidir (CDD) - Alianza
- Alba Aguilar Comisión Nacional de Seguimiento (CNS) - Uruguay
- Alexei Julio Universidad Externado de Colombia
- Alfonso Carrera Grupo Médico por el Derecho a Decidir
- Alma Luz Beltrán y Puga Grupo de Información en Reproducción Elegida (GIRE) - Alianza
Mesa por la Vida y Salud por las Mujeres / Articulación Feminista
- Ana Cristina González Marcosur (AFM)
- Ana Labandera Iniciativas Sanitarias
- Ana Lima Comité de Latinoamérica y el Caribe para la Defensa de los Derechos
de la Mujer (CLADEM)
- Beatriz Quintero La Mesa por la Vida y la Salud de las Mujeres
- Carolina Melo La Mesa por la Vida y la Salud de las Mujeres
- Cecilia Olea Articulación Feminista Marcosur (AFM) / Flora Tristán
- Cristiao Rosas Grupo Médico por el Derecho a Decidir
- Débora Diniz Anis - Instituto de Bioética, Direitos Humanos e Gênero
- Diana Vivas Centro de Derechos Reproductivos
- Elba Núñez Comité de Latinoamérica y el Caribe para la Defensa de los Derechos
de la Mujer (CLADEM)
- Elizabeth Castillo La Mesa por la Vida y la Salud de las Mujeres
- Fernando Sedeño Universidad Autónoma de México (UNAM) / Ipas-México
- Francisco Coppola Representante de la Sociedad de Ginecología del Uruguay (SGU)
punto focal de la Federación Internacional de Ginecología y Obstetricia
(FIGO) en Uruguay
- Gisselle Carino Directora de Programas - Acceso Universal a la Salud Sexual y
Reproductiva / Federación Internacional de Planificación de la Familia,
Región Hemisferio Occidental (IPPF/RHO)
- Helena Acosta Especialista en Orientación / Federación Internacional de Planificación
de la Familia, Región Hemisferio Occidental (IPPF/RHO)

Julia Escalante Ipas - México
 Julián Cruzalta Católicas por el Derecho a Decidir (CDD) - Alianza
 Laura Gil Grupo Médico por el Derecho a Decidir
 Leonel Briozzo Subsecretario del Ministerio de Salud Pública (MSP) - Uruguay
 Coordinadora del Área de Salud Reproductiva del Ministerio de Salud
 Leticia Rieppi Pública (MSP) - Uruguay
 Lilián Celiberti Cotidiano Mujer
 Linda Valencia Planned Parenthood Global
 Line Bareiro Articulación Feminista Marcosur (AFM)
 Lisa Harris Universidad de Michigan
 Lucy Garrido Articulación Feminista Marcosur (AFM) / Cotidiano Mujer
 Manuel Iturralde Universidad de los Andes - Colombia
 Marcelo Alegre Universidad de Buenos Aires
 María de la Luz Estrada Católicas por el Derecho a Decidir (CDD) - Alianza
 María Ixmucané
 Solórzano Castillo Campaña 28 de Septiembre
 María José Araujo Grupo Médico por el Derecho a Decidir
 María José Rosado Red Latinoamericana de Católicas por el Derecho a Decidir
 Martín Couto Mujer y Salud en Uruguay (MYSU)
 Mónica Arango Centro de Derechos Reproductivos
 Mónica Gorgoroso Iniciativas Sanitarias
 Paola Bergallo Universidad de San Andrés - Argentina
 Coordinador de Salud Reproductiva, Secretario Técnico del Comité de
 Patricio Sanhueza Mortalidad Materna y Perinatal, Ciudad de México
 Patrocinia Carreón Global Doctors for Choice
 Asesor Médico Senior / Federación Internacional de Planificación de la
 Familia, Región Hemisferio Occidental (IPPF/RHO).
 Pío Ivan Gómez Comité de derechos sexuales y reproductivos. FLASOG.
 Ramón Torre Planned Parenthood Global
 Rebeca Ramos Grupo de Información en Reproducción Elegida (GIRE) - Alianza
 Centro de Promoción y Defensa de los Derechos Sexuales y
 Rossina Guerrero Reproductivos - PROMSEX
 Sandra Mazo Red Latinoamericana de Católicas por el Derecho a Decidir
 Sergia Galván Campaña 28 de Septiembre
 Silvia Julia Católicas por el Derecho a Decidir

Silvina Ramos Centro de Estudios de Estado y Sociedad - CEDES
Sofía Román Equidad de Género - Alianza
Sonia Ariza Centro de Estudios de Estado y Sociedad - CEDES
Susana Chávez Consorcio Latinoamericano Contra el Aborto Inseguro (CLACAI)
Verónica Undurraga Universidad de Chile
Representante de la Sociedad de Ginecología del Interior del
Víctor Recchi Uruguay (SOGIU)
Wendy Chavkin Global Doctors for Choice
Ximena Cortés Castillo Grupo Médico por el Derecho a Decidir de Colombia

