



INTERRUPCION VOLUNTARIA DE EMBARAZO Y OBJECION DE CONCIENCIA EN LA CIUDAD DE ROSARIO

La resistencia de una sociedad...

Autor: Dra. Ivana. L. Romero

Director: Prof. Sebastián Amut

Medicina Legal, Cohorte 6

DEDICATORIA

A todas aquellas mujeres felices, poderosas, dotadas, capacitadas, habilitadas, potenciadas, fortalecidas por un sistema cerrado y antiguo, activistas incansables de sus causas que lograron gracias a una lucha de más de 15 años de historia que finalmente el 30 de diciembre del año 2020 se sancione una ley que garantice el acceso a un derecho: **aborto seguro legal libre y gratuito** y de esta manera convertir a la Argentina en el cuarto país de la región en despenalizar el aborto. En Latinoamérica la interrupción del embarazo es legal en Cuba, Uruguay y Guyana, así como en los estados mexicanos de Oaxaca y Ciudad de México. Ahora, el país austral se suma a esta lista, siendo el más grande del continente en permitir dicha práctica.

A las más de 700 organizaciones políticas, sociales, feministas, de mujeres, LGBTTTIQ+, sindicales, académicas, estudiantiles que se unieron de manera transversal y federal bajo una consigna integral: **Educación Sexual para Decidir, Anticonceptivos para no Abortar y Aborto Legal para no Morir**, que se movilizaron con un objetivo común: lograr el aborto legal, seguro y gratuito para todas las mujeres y personas con capacidad de gestar.

A las más de 3.000 mujeres que han perdido su vida en Argentina en más de 370.000 abortos practicados ilegalmente que fueron obligadas a someterse a la clandestinidad sin opciones y sin garantías sanitarias.

A sus madres, padres, hijos, amigos, decirles que esta lucha continua y que esta marea verde hermosa, sigue para delante cuestionando a esta sociedad e intentando que algo cambie, para mejorar la calidad de vida de todas las personas que la integran.

Sepan que son todos bienvenidos a esta lucha feminista y que vivimos en un país con mujeres increíbles pero que estas batallas no solamente se ganan marchando en la calle sino también hablando en familia, con amigos, compañeros del colegio del trabajo, debatiendo, no siempre te vas a encontrar con gente que coincide con vos, pero de eso se trata vivir en democracia y que los avances logrados ya no volverán nunca más hacia atrás y que lo que nos salva en todos los aspectos de la vida es trabajar en equipo y organizados.

AGRADECIMIENTOS

A todos los trabajadores de salud que se tomaron un tiempo para responder la encuesta en forma responsable y comprometida más allá de su ideología. Las respuestas recibidas son importantes no solo para poder concretar mi trabajo final de la carrera de post grado de Medicina Legal, sino que además sumara sin dudas a los objetivos planteados.

Conocer que piensa y que opinan los trabajadores de la salud es primordial para que esto funcione de manera correcta.

Conocer el pensamiento y las opiniones de los trabajadores de salud resulta fundamental para el correcto trabajo en equipo.

RESUMEN

El creciente avance y reconocimiento en un marco legal de la Objeción de Conciencia (OC) en el mundo entero frente a prácticas de salud reproductivas tales como **Interrupción Voluntaria de Embarazo (IVE)** y la **Interrupción Legal del Embarazo (ILE)** ha llevado a esta figura legal; que también es un derecho de la otra parte; a convertirse en una de las barreras sistemáticas para acceder a las pacientes a estas prácticas. La gran mayoría de los países occidentales permiten el ejercicio de la OC, sin embargo, la misma sigue afectando gravemente el acceso a los servicios de salud reproductiva y poniendo otro derecho ampliamente reconocido de las mujeres y personas con capacidad de gestar como es el acceso al aborto seguro libre y gratuito.

Argentina no es la excepción en los comportamientos y más allá de que el uso de la OC parece estar en expansión, continúa muchas veces llevando a la violación de los derechos de las / os usuarios para esta practica en particular. Se ha demostrado que la OC ha generado diversos problemas, tales como: el peregrinaje innecesario de las mujeres por distintos servicios de salud buscando una solución, aumento de la edad gestacional en que se realiza el aborto por retraso en la atención, con aumento de la morbilidad, la clandestinidad e inseguridad sanitarias además sostener el poder del médico por sobre los derechos de las pacientes incluido-malos tratos a las mismas.

La OC también genera problemas en los equipos de salud, porque sobrecarga a algunos integrantes del equipo, genera tensión entre quienes objetan y quienes no lo hacen, genera privilegios para los profesionales objetores, incertidumbre en las mujeres, no saben en quien confiar, presión sobre los equipos que garantizan los servicios, obstaculiza la accesibilidad y afecta la calidad de la atención.

Objetar por cuestiones de conciencia en el tema de salud reproductiva y más específicamente ante el aborto, es muchas veces una opinión o un pensamiento muy íntimo algo muy personal, algo secreto o no expresable en voz alta para evitar ser enjuiciados o pronunciados por una determinada forma de pensar, tanto para los objetores como para los no objetores.

La OC surge en el occidente, de la mano del cristianismo como una forma de pacifismo, la creencia de que quitar una vida humana en cualquier circunstancia está mal, originariamente esta expresión o concepto proviene de la negativa para realizar el servicio militar obligatorio debido a motivos personales o religiosos o motivos morales para no matar. Sin embargo, en los últimos años, el concepto ha sido usado

y llevado a la profesión médica para negarse a proporcionar servicios con los cuales personalmente discrepan, como la eutanasia, aborto, anticoncepción, esterilización, reproducción asistida u otros servicios de salud, aún y cuando muchas de estas prácticas son legales.

La provincia de Santa Fe es una de las pocas que, desde el año 2010, ha emitido regulaciones específicas sobre el ejercicio de la OC frente a prácticas de salud sexual y reproductiva, y ha implementado acciones para garantizar el acceso a los servicios de salud reproductiva. (Salud. R. P., 2010). Esta norma se inició mucho tiempo antes con la implementación del registro de OC creado en 2001 con la Ley 11.888 que empezó a reconocer la OC en el marco del programa de salud sexual y procreación responsable. Además, asignó al Estado provincial el deber de garantizar la prestación de los servicios y la gratuidad de los procedimientos. (Salud. L. P., 2001). Sumando años después el decreto reglamentario 2.442/02 que reguló la creación de un Registro Público de objetores. (Salud. R. P., 2010).

Lamentablemente en el 2007, en la provincia de Santa Fe se presentó un caso trágico y emblemático que marcó la implementación del derecho al aborto en la historia contemporánea. La supuesta OC de todo el personal sanitario que atendió la paciente Ana María Acevedo (caso público y conocido), fue señalada como una de las causas que contribuyeron a su muerte. Ante esta situación, denunciada en medios de comunicación provinciales y nacionales, el gobierno local empezó a desarrollar acciones para fortalecer el acceso a la salud sexual y reproductiva de esta manera se aprobó un protocolo para el acceso al “aborto no punible” y se realizaron actividades de capacitación en algunos efectores provinciales. (link, 2010)

La influencia de este caso en la decisión política de avanzar con la implementación de políticas para la OC fue evidente. De esta manera la pionera y vasta experiencia que fue adquiriendo nuestro sistema de salud provincial resultó fundamental para comprender las políticas públicas, la regulación en la dinámica de la OC, los problemas que trajo asociados a su ejercicio y las estrategias de abordaje en los equipos de salud.

INDICE GENERAL

- 1- Dedicatoria
- 2- Agradecimientos
- 3- Resumen
- 4- Objetivos:
 - 4.1- Generales
 - 4.2- Específicos
- 5- Introducción:
 - 5.1- ¿qué dice la ley 27.610?
 - 5.2- ¿cuál es el marco para abordar la Objeción de Conciencia?
 - 5.3- ¿Cuáles son las principales características?
 - 5.4- ¿Quién puede abjetar?
 - 5.5- ¿cuáles son los límites y deberes de quien objeta?
 - 5.5- ¿pueden objetar las instituciones?
 - 5.6- ¿Que deben hacer los servicios de salud frente a la OC de su personal?
 - 5.7- ¿Qué más para que se cumpla la resolución 1535/2021?
 - 5.8- Un panorama de cómo estamos hoy y de lo que nos falta por definir: lo que esta definido y lo que falta por definir.
 - 5.9- Registro de OC ¿sí o no?
- 6- Material y Métodos
- 7- Resultados
- 8- Conclusiones
- 9- Bibliografía

OBJETIVOS:

1. GENERALES:

- a.** Conocer el grado de información y conocimiento real acerca de la OC en relación con la Interrupción Voluntaria y Legal del Embarazo en los trabajadores sanitarios (médico/as, enfermero/as, circulantes de quirófano, camilleros, instrumentadores, practicantes) de hospitales públicos, centros de salud y las instituciones privadas de la ciudad de Rosario.
- b.** Analizar la OC según diferentes variables cuantitativas (edad) y cualitativas (profesión, ocupación, sexo).
- c.** Conocer el número real de objetores y no objetores en la ciudad.
- d.** Ver si existen diferencias a la hora de objetar en relación con el ámbito público versus privado.

2. ESPECÍFICOS: Que se actualice la lista de OC en la práctica de IVE/ILE según la resolución provincial 0843/2010.

Los objetivos tanto generales como específicos no tienen más que la finalidad de mejorar las políticas públicas de salud, no buscan estigmatizar ni la practicas ni los profesionales de la salud según su pensamiento. Los registros en general, y en particular el de OC, son herramientas para el manejo de información relevante para la gestión en diferentes niveles. Permiten, garantizar el ejercicio de derechos y el acceso a bienes y servicios, controlar la calidad de estos, planificar estrategias para mejorar, ampliar y especializar las actividades. El registro de objetores tiene la finalidad no sólo de autorizar el ejercicio de la OC, sino también centralizar información indispensable para permitir el desarrollo de la política pública y la administración sanitaria en materia de acceso a los servicios de salud reproductiva como el aborto.

INTRODUCCION

Iniciare esta tesis con una introducción teórica del tema a tratar, con el objetivo de no dejar de conocer ningún aspecto central de la OC y cuál fue el camino recorrido del tema en estas sociedades democráticas, con matices, hasta la actualidad que parece tener una perspectiva mucho más clara y alentadora.

La OC es una figura jurídica excepcional, en general, el sistema jurídico demanda y aspira a la obediencia de las normas por todas las personas obligadas. La OC es este curioso caso donde el estado permite a una persona exceptuarse de una obligación jurídica, debido a sus convicciones morales, siempre y cuando cumpla con los requisitos, procedimientos dados y no dañe los derechos de terceros. De esta manera surge la OC, como una forma de proteger minorías religiosas o culturales, usualmente ignoradas por las previsiones de las leyes. Es un derecho (libertad de conciencia y de culto) que garantiza que los individuos no sean obligados a llevar a cabo acciones que se oponen a sus convicciones éticas, morales o creencias religiosas.

Para la Organización Mundial de la Salud (OMS) la OC es un derecho (libertad de conciencia y de culto) que garantiza que los individuos no sean obligados a llevar a cabo acciones que se oponen a sus convicciones éticas, morales o creencias religiosas ((OMS), 2012). La Real Academia española (RAE) la define; cómo la negativa a acatar órdenes o leyes o a realizar actos o servicios invocando motivos éticos, morales o religiosos. ((RAE), 2021) Según la convención de derechos humanos; la OC; es un derecho que tiene que ver con las convicciones íntimas de una persona, ya sean éticas, morales o religiosas, que lo habilita a abstenerse de realizar determinados actos que tiene profunda justificación en los tratados internacionales de derechos humanos. (CIDH, 2021).

Ahora bien, empecemos por definir conceptos básicos tan escuchados y utilizados; como conciencia, ética, moral, religión, principios. Según la RAE, la **conciencia** se define como el conocimiento del bien y del mal que permite a la persona enjuiciar moralmente la realidad y los actos, especialmente los propios. La **ética** es el conjunto de normas Morales que rigen la conducta de la persona en cualquier ámbito de la vida (profesional, cívica, deportiva). La **moral** está relacionada a las acciones de las personas, desde el punto de vista de su obrar en relación con el bien o el mal y en función de su vida individual y, sobre todo, colectiva. La **religión** es el conjunto de creencias o dogmas acerca de la divinidad, de sentimientos de veneración y el temor hacia ella, de normas morales para la conducta individual, social y de prácticas rituales, principalmente la oración y el sacrificio para darle culto a Dios. Los **principios** son también una norma o idea fundamental que rige el pensamiento o la conducta de una persona. ((RAE), 2021)

Por todo lo expuesto anteriormente existen profesionales de la salud que piden eximirse de determinadas prácticas que de realizarlas afectarían severamente su integridad, reconociendo que no han resuelto su conflicto moral de manera beneficiosa ni para el paciente ni para con sus colegas como así tampoco para sistema de salud en el cual ejercen su profesión. De esta manera la OC es un acto de humildad por parte de estos profesionales en el cual reconocen conscientemente y con argumentos sus limitaciones.

El objetivo de la OC es resguardar las íntimas convicciones morales de la persona que objeta cuando no pueden ser conciliadas con el cumplimiento de los deberes y obligaciones legales; nunca debe ser impedir o interferir en el ejercicio de derechos por parte de las mujeres y personas con capacidad de gestar. La OC se ha justificado desde el pensamiento liberal como una forma de proteger, ante todo, la libertad de conciencia y la integridad moral individual de las minorías. En este uso liberal esperado hay un profesional que niega un servicio de salud legal al que está obligado debido a que su intervención afectaría de manera irremediable sus creencias morales o religiosas. Se trata de una garantía civil, sin aspiraciones políticas ni resistencia contra las decisiones democráticas mayoritarias.

Sabemos que muchos casos de OC en materia de Interrupción Voluntaria del Embarazo (IVE) se alejan de esa imagen ética, justificada como un derecho, y se parecen más a actos reaccionarios con fundamentos religiosos y presión política que en no pocas ocasiones se traducen en ilícitos y daños a quienes supuestamente debían acompañar, atender y cuidar. Hay profesionales resistentes que usan los alegatos de conciencia como parte de un activismo en contra de los derechos reproductivos, en particular el aborto. También hay profesionales que recurren a la OC por temor a la estigmatización en sitios extremadamente hostiles, por miedos infundados producto del desconocimiento o falta de apoyo institucional, o para no contradecir a sus superiores y pagar los costos de ese apartamiento. Estas son motivaciones y situaciones distintas entre sí que están equívocamente comprendidas bajo el término OC pero que requieren abordajes y respuestas diferentes, la OC como acto reflexivo, sincero y humilde de una persona que hace parte de una minoría ha cedido frente a otros usos mucho más problemáticos y mucho menos éticos que lo único que hacen es generar una resistencia social injustificada.

Después de casi 100 años, se modificó el régimen jurídico del aborto. En diciembre del 2020, el Congreso argentino aprobó la Ley 27.610 que reconoce el derecho al aborto hasta la semana 14 inclusive (interrupción voluntaria del embarazo -IVE) y en el momento en que sea necesario en casos de violación y de peligro para la vida o la salud de la gestante (interrupción legal del embarazo -ILE). (Presidencia, 2021)

Esta ley regula, además, la atención posaborto. Se trata de una norma de orden público aplicable en todo el país. Hasta el año 2012 tampoco estaba bien explícito ni había un pronunciamiento tan claro acerca de cómo ejercer el derecho a la OC en el tema aborto. En el 2012 con el fallo F.A.L la Corte Suprema de Justicia (CSJ) empezó a modelar como debería verse este derecho. (Juridica, 2012). Este marco jurídico renovado con la nueva ley también reconoce la objeción de conciencia (OC) para profesionales de la salud, sobre la cual desarrollaremos con más detalles a continuación. (REDASS, 2021) (Presidencia, 2021)

¿Qué dice la Ley 27.610?

Los puntos más relevantes y de interés para nuestros objetivos planteados de la Ley 27.610 “Acceso a la interrupción voluntaria del embarazo y a la atención postaborto”

- **Art. 1.** Objeto. La presente ley tiene por objeto regular el acceso a la interrupción voluntaria del embarazo y a la atención postaborto, en cumplimiento de los compromisos asumidos por el Estado argentino en materia de salud pública y derechos humanos de las mujeres y de personas con otras identidades de género con capacidad de gestar y a fin de contribuir a la reducción de la morbilidad y mortalidad prevenible.
- **Art. 5.** Derechos en la atención de la salud. Toda persona gestante tiene derecho a acceder a la interrupción de su embarazo en los servicios del sistema de salud o con su asistencia, en un plazo máximo de diez (10) días corridos desde su requerimiento y en las condiciones que se establecen en la presente ley y en las leyes 26.485, 26.529 y concordantes.
- **Art. 10.** El o la profesional de salud que intervenga en forma directa en la interrupción del embarazo tiene derecho a ejercer la Objeción de Conciencia. A los fines de esta deberá:
 1. Mantener su decisión en todos los ámbitos; públicos, privados o de la seguridad social, en donde ejerza su profesión.
 2. Derivar de buena fe a la paciente para que sea atendida por otro u otra profesional en forma temporánea, oportuna y sin dilataciones.
 3. Cumplir con el resto de sus deberes profesionales y obligaciones jurídicas.

La OC, sin embargo, no es una libertad absoluta para decidir qué parte del trabajo profesional se quiere cumplir y qué parte no, o para minar los derechos de las pacientes o afectar sustantivamente al equipo de salud. Por ello, la mayoría absoluta de los países que reconocen este derecho tienen límites y obligaciones. El personal de salud no podrá negarse a la realización de la interrupción del embarazo en caso en que la vida o la salud de la gestante este en el peligro y requiera atención

inmediata e impostergable. No se podrá alegar Objeción de Conciencia para negarse a prestar atención sanitaria del postaborto.

El incumplimiento de las obligaciones establecidas en el presente artículo dará lugar a las sanciones disciplinarias, administrativas, penales y civiles según corresponda. (Presidencia, 2021).

La postura de la norma argentina no es extravagante, sino que sigue tendencias globales de derecho comparado y del sistema regional de los derechos humanos (Ramón Michel A. R., 2020), (Doogan, 2014), (Colombia, 2009).

La regulación de la OC en el acceso IVE/ILE se complementa con el Decreto 516/2021 que precisa cuestiones sobre consentimiento informado, certificación de causales, alcance de la IVE/ILE, autoridad de aplicación de la norma, entre otras y la resolución 1535/2021 que es el protocolo actualizado al acceso voluntario a la interrupción.

Ley 27.610. Acceso a la IVE/ILE y la atención postaborto	Resolución 1535/2021. Protocolo IVE/ILE.
<ol style="list-style-type: none"> 1. Establece el derecho a la OC a la IVE/ILE. 2. Impone límites claros, cargas, al derecho a la OC. 3. Se basa en principios generales del derecho. 4. Da un marco de ejercicio a la OC (no obstaculizar y actuar de buena fe en dicha práctica). 5. Integra consideraciones de la ley de derechos de pacientes, leyes de protección especial de mujeres, niñas, adolescentes, personas con discapacidad etc. 	<ol style="list-style-type: none"> 1. Desarrolla pautas específicas para efectores sanitarios y profesionales de salud con apego a disposiciones de la ley. 2. Principios de ejercicio de la OC. 3. Responsabilidades individuales y de los efectores. 4. Proporciona indicaciones para el ejercicio de la OC y la garantía de acceso al IVE/ILE.

(Presidencia, 2021) (Argentina., 2021)

¿cuál es el marco para abordar la Objeción de Conciencia?

Se basa en dos principios fundamentales para su ejercicio:

1- No Obstaculizar:

- a. la OC se podrá ser ejercida siempre que, NO se traduzca en derivaciones o demoras que comprometan la atención (CSJN, 2012: considerando 29). (Argentina, 2021).
- b. Si bien los profesionales de la salud demandan respeto de su derecho de conciencia, también deben demostrar igual respeto a los derechos de conciencia de sus pacientes, dicha libertad podría colisionar con la libertad de los pacientes (Comisión Interamericana). (CIDH, 2021)
- c. No se trata de un derecho a imponer la conciencia propia sobre la persona/paciente.
- d. No se trata de un derecho a dificultar el ejercicio de derechos de las mujeres, fallo F.A.L. (Juridica, 2012)

2- Buena Fe:

- a. Implica ejercer diligentemente las obligaciones para la previsión de la práctica, de acuerdo con las circunstancias del tiempo, persona y lugar. Se basa en la cooperación de las partes y la confianza entre las partes (Res. 1535/2021).
- b. Deberes y límites art.10 Ley 27.610: Información, derivación, atención en caso de emergencia, cumplimiento de deberes profesionales.

El principio de buena fe debe guiar todos los actos en la atención integral de la salud. En la previsión de IVE/ILE, la buena fe implica; entre otras. Desafortunadamente, sobran los casos en que la OC es usada por profesionales de la salud para imponer ideas propias a las pacientes, para obstaculizar el acceso a la ILE/IVE e incluso como un modo de maltratar. (Ramón Michel A. &., 2019)

¿Cuáles son las principales características?

Es un derecho individual nunca institucional y más allá que en la ley no está explícito como tal se entiende así porque los derechos son sobre las personas por razones lógicas la conciencia la tienen solo los humanos.

Todos los efectores del subsector público deben contar en todo momento con profesionales que garanticen la práctica de la interrupción de embarazo, más allá de que debe garantizar el derecho a la OC individual hay obligaciones institucionales que deben cumplir.

La OC tiene límites, deberes y de no cumplirlos hay sanciones administrativas, civiles y penales y están detalladas en la ley.

Los estados deberían eliminar los obstáculos existentes al acceso efectivo de las personas con capacidad de gestar al aborto sin riesgo y legal, incluidos los derivados de la OC.

¿Quién puede objetar?

Mención especial en estos ítems y en sus modificaciones, la nueva ley ahora reconoce como un derecho individual a la OC a quien realiza directamente el procedimiento de la IVE/ILE a quien intervenga en forma **directa** en la realización del procedimiento (art.10 Ley 26.610) (Presidencia, 2021). Lo que significa que puede invocarse respecto de la práctica concreta y no respecto de otras acciones o intervenciones que no produzcan la interrupción de la gestación. No puede invocarse OC respecto de aquellas acciones que son indirectas pero necesarias para garantizar la atención integral de la salud (ej.: consejería o entrega de información sobre IVE/ILE, realización de ecografías, toma de tensión arterial, apertura de la historia clínica, anestesia, entre otras). Estas acciones no producen la interrupción del embarazo, y se realizan de forma complementaria a un gran número de prácticas de salud, de forma que no podría existir conflicto moral relevante para el derecho en esas intervenciones. Estas acciones no tienen como finalidad interrumpir la gestación y se realizan de forma complementaria a un gran número de prácticas de salud y no puede existir un conflicto moral o religioso con su realización en profesionales dedicados al cuidado de la salud.

La interrupción de embarazo es una práctica que se hace en equipo (médicos, enfermeros), pero puede objetar solo aquel que receta o coloca el misoprostol o quien realiza el legrado evacuador (AMEU), la posición que toma el protocolo en su resolución es quien realiza de propia mano la intervención. (Argentina, 2021)

¿cuáles son los límites y deberes de quien objeta?

Los límites generales:

- 1 No dañar: es decir todo aquello que cause daño a un tercero por ejercer la OC, no puede ser ejercida como, por ejemplo: casos de emergencias, imposibilidad de derivación (responsabilidad institucional), la atención post aborto no hace parte de la OC (Presidencia, 2021) Res.1535/2021
- 2 El abuso del derecho: los derechos no pueden ejercerse ilimitadamente. Se abusa de un derecho cuando se hace un uso inapropiado. El art. 10 del Código Civil y Comercial de la Nación indica que la ley no ampara el ejercicio abusivo de los derechos.

Los límites específicos de la OC conforme la Ley 27.610 y la Resolución 1535/2021 son:

- 1- No puede objetarse cuando: La vida o salud de la persona gestante esté en peligro y requiera atención inmediata e impostergable (esto fue así desde siempre).
- 2- Se trate de atención postaborto.
- 3- No pueda derivarse o no exista profesional disponible para realizar la práctica de forma oportuna.

Los deberes específicos de quien ejerce OC son:

- 1- Mantener por un lado la decisión en todos los ámbitos en donde ejerza la profesión (art. 10.a, Ley 27.610).
- 2- Derivación de buena fe (art. 10.b, Ley 27.610).
- 3- Cumplir con el resto de los deberes profesionales y jurídicos, que incluye el deber de informar sobre el derecho a la IVE/ILE (art. 10.c, Ley 27.610).
- 4- Notificar la voluntad de objetar a las autoridades del establecimiento de salud y/o a quien corresponda. Solo puede ejercerse la OC cuando haya declarado y notificado previamente (Res. 1535/2021, siguiendo el cons. 29 en “F.A.L.s/medida autosatisfacía”)

La Buena fe en el ejercicio de la objeción de conciencia:

El principio de buena fe debe guiar todas las actuaciones en la atención integral de la salud. En la provisión del IVE/ILE, la buena fe implica entre otras:

- 1- Entregar toda la información necesaria sobre la interrupción del embarazo y sobre la derivación considerando la opinión de la mujer o de la persona gestante y evitando la revictimización, culpabilización o señalamiento.
- 2- Derivar a un/a profesional que, en opinión de quien deriva, este capacitado/a, disponible y puede realizar la práctica en un tiempo clínicamente razonable. No es una simple derivación a un profesional o un servicio que realiza la práctica.
- 3- Realizar todos los arreglos para que la intervención efectivamente tenga lugar.
- 4- Considerar los mecanismos de derivación y atención en acuerdo con la gestante para que no supongan cargas injustificadas (evitar lugares lejanos que implican un gasto económico para la paciente).

En la resolución de OC del 2006, la FIGO reafirma que, para comportarse éticamente, los profesionales objetores de conciencia tienen que cumplir como mínimo cuatro deberes arriba mencionados. (conciencia, 2006)

¿pueden objetar las instituciones?

En primer lugar, si se entiende a la conciencia como *el conjunto de creencias morales centrales de una persona y como condición intrínseca e individual*, sería incorrecto considerarla un atributo institucional (González A. (., 2016). En sentido estricto, ninguna institución puede experimentar culpa, sufrimiento por lesiones a su identidad. No se justifica extender a una institución un concepto tan fuertemente asociado al ser humano, no corresponde ("Opresión a conciencia: La objeción de conciencia en la esfera de la salud sexual y reproductiva.", 2009).

La objeción de conciencia institucional pone en riesgo la libertad de conciencia y el ejercicio profesional de las/os profesionales que trabajan en dicha institución, forzando a todo el personal a exceptuarse también del deber profesional y legal, imponiendo la institución su idea sobre las conciencias individuales (Stulberg DB, 2012).

La ley 27.610 no permite la OC institucional, pero si, se admite la derivación únicamente de los efectores de salud del subsector privado o de la seguridad social que no cuenten con profesionales para realizar la interrupción del embarazo; por el ejercicio libre y voluntario de la OC de todo su personal (no por directivas de la institución) (Presidencia, 2021). Las instituciones tienen un ideario, pero no conciencia y este no puede contradecir ordenes públicas y menos aun sobre grupos vulnerables y desprotegidos (Nación, 2017).

Si la derivación es por causa de que no cuentan con profesionales que estén capacitados o por falta de personal, la correcto sería que capaciten a su personal o contraten médicos capaces para realizar la práctica, por lo tanto la única causa justificada y que no sean razones clínicas; para derivar a una paciente que solicita una interrupción voluntaria del embarazo es por el ejercicio libre de la OC de todo el personal y esta debe ser a un efector que realice efectivamente la prestación y que sea de similares características al efector donde la paciente consulto, que significa esto, mínimo que sea del mismo nivel de complejidad para la práctica y que sea a priori del mismo subsistema (privado-privado).

Los efectores deben diseñar de manera anticipada los mecanismos de derivación, siguiendo las pautas de referencia y contrarreferencia a efectores que realicen efectivamente la práctica, conforme a los principios de buena fe y no obstaculización. De esta manera la paciente puede volver a sus controles habituales a su efector de origen.

Los efectores que utilicen excepcionalmente el proceso de derivación también le rigen plazos y todas las demás consideraciones y garantías de acceso dispuestas por la ley, las gestiones y gastos asociados a la derivación y al traslado quedaran a cargo del efector que realice la derivación, deben facturarse de acuerdo con la cobertura a favor del efector que realice la práctica, inclusive si esa derivación termina en un efector público el que deriva debe costear los gastos de manera tal, que estos no recaigan sobre la salud pública. (Presidencia, 2021)Art 11.

Las instituciones privadas prestadoras de salud desarrollan también funciones públicas esenciales y es: la provisión de servicios de salud a la población. El hecho de que estas funciones se desempeñen con ánimo de lucro y mediante un contrato privado no desvirtúa la naturaleza del servicio, la exigencia social y legal que se hace a las empresas o entidades proveedoras de servicios de salud es mucho mayor. No solo deben garantizar la no discriminación en el acceso los servicios, sino que están sometidas a un mayor control y vigilancia por parte del Estado. En este sentido, el establecimiento de una excepción ampliada a la provisión de servicios de IVE, resultaría injustificada y pondría en riesgo de manera desproporcionada el acceso a la salud de las personas asociadas a las instituciones objetoras.

La nueva ley *no le permite* esta excepción (derivar) a los efectores del sistema de salud pública en ninguno de sus niveles de complejidad, si pueden, por razones de OC de su personal, afectar la provisión de IVE/ILE en sus servicios, pero por este motivo deben realizar acciones necesarias para garantizar la provisión permanente de IVE/ILE, como la gestión de personal, contratación, traslado, disposición de turnos y equipo. Mecanismos de rendición de cuentas y revisión de procesos de atención internos (control de atención, derivación entre otros). Personal objetor, equipos de IVE/ILE y servicios afectados a la provisión de IVE/ILE

Cuando una institución apela a la objeción de conciencia institucional instaura un régimen de negación de servicios que contraria el derecho a la salud, y subvierte su misión como integrante del sistema de salud. ***La objeción institucional genera daños.*** Quizás el caso más conocido y ya mencionado en párrafos anteriores, es el del Hospital Iturraspe, donde la totalidad de médicos intervinientes le dieron la espalda a Ana María Acevedo, se declararon objetores y sólo insistieron en alternativas al aborto, lo que finalmente la llevó a la muerte (link, 2010).

¿Que deben hacer los servicios de salud frente a la OC de su personal?

- 1- Llevar adelante capacitaciones o informar a su personal sobre instancias de formación organizadas por áreas del Estado u organizaciones dedicadas a garantizar los derechos a la ILE/IVE.
- 2- Informar claramente a su personal y a las personas usuarias cuáles son los límites y deberes de quien ejerce OC, y tomar las medidas para garantizar que se cumplan.
- 3- Promover espacios de reflexión y de rendición de cuentas horizontal, para discutir y conversar sobre casos particulares, dudas o malestares (ej. ateneos, reuniones de equipo).
- 4- De ser necesario sumar personal capacitado en el tema.
- 5- Planificar mecanismos y rutas de derivación interna en los sistemas de salud público y privado.
- 6- Ser justos en la distribución de las tareas, y evitar que quien objete termine “eludiendo cargas” y quien cumple con la ley termine recargado de tareas y obligaciones, motivo encubierto por el cual muchos deciden ser objetores.

¿Qué más para que se cumpla la resolución 1535/2021?¹

Los efectores de los subsistemas deberán desarrollar mecanismos internos de gestión de la OC; para ello; deben conocer disponibilidad de su personal para saber quién está comprometido con la practica directa de un IVE/ILE y quien va a objetar, diseñar un mecanismo para la notificación, validación y autorización de la OC que sean previos a una solicitud de IVE/ILE y por causales morales, éticas o religiosas.

Capacitar a su personal para que conozcan el derecho a la OC y puedan ejercerlo de acuerdo con las reglas establecidas en la ley y desarrolladas en el protocolo de interrupción voluntaria. Establecer mecanismo de rendición de cuentas y de reclamo sobre OC, así como algún mecanismo de incentivo para la provisión de IVE/ILE de forma que se garantice el acceso a los servicios.

Diseñar e implementar procedimientos de derivación interna a otros establecimientos (solo en los casos en los que se permite) para garantizar la realización oportuna de las prácticas y el seguimiento de los casos.

¹ Resolución 1535/2021, Protocolo para la Atención Integral de las Personas con Derecho a la Interrupción Voluntaria y Legal del Embarazo, indica algunas acciones que aportan en la garantía de los derechos establecidos en la Ley 27.610. Sección 7.2. Responsabilidad institucional Pág. 42 – Párrs. 2 y 3.

Finalmente, un panorama de cómo estamos hoy y de lo que nos falta por definir:

1. Lo que ya está definido:

- 1.1. ¿Quién puede objetar? intervención directa.
- 1.2. ¿Motivos para objetar? conflictos morales y/o religiosos.
- 1.3. ¿Qué se puede objetar? practica concreta.
- 1.4. ¿Cuándo se puede objetar? antes de la solicitud de un IVE/ILE.
- 1.5. ¿Que no se puede objetar? emergencia, cuando hay riesgo de daño y no se puede derivar y la atención post aborto.
- 1.6. ¿Cuáles son las obligaciones? informar, derivar, garantizar la práctica, cumplir con los deberes de un profesional de la salud.
- 1.7. ¿Quién debe gestionar la OC? el efector.
- 1.8. ¿Cuáles son las responsabilidades? individuales e institucionales.

2. Lo que falta por definir:

- 2.1. ¿Como se va a gestionar la OC en cada efector?
 - 2.1.1.1. Expresión de la OC y su motivación: por escrito, verbal, formulario único, formato libre.
- 2.2. Asiento de la OC: simple listado, registro formal de objetores.
- 2.3. Vigencia de la OC: todo el tiempo, ratificación periódica.
- 2.4. Retiro de la OC: formal, solo por realización de la practica más notificación.
- 2.5. Actualización de la información sobre de OC.
- 2.6. Derivación (tipo de circuito).
- 2.7. Rendición de cuentas (quien lo va a gestionar).
- 2.8. Incentivo para la provisión de IVE/ILE (¿cuáles?).

La ley 27.610 y sin profundizar deja claro que cada efector es responsable en la gestión de la objeción de conciencia y debe tomar decisiones para que la misma sea implementada de forma correcta para que no intervenga en la garantía de la práctica.

Registro de OC ¿sí o no?

El objetivo de un registro de objetores de conciencia es una herramienta urgente y necesaria para el manejo de información para la gestión sanitaria, ejemplo:

1. Garantizar el ejercicio al derecho de la OC.
2. Controlar el ejercicio al derecho y conocer la composición del personal para la provisión del IVE/ILE.
3. Planificar estrategias para mejorar, ampliar y garantizar el acceso al IVE/ILE.

Este registro tendría la finalidad, no solo de autorizar y garantizar que se cumpla el ejercicio de la OC en los profesionales objetores, sino también de centralizar la información para la administración en materia de acceso a la interrupción de embarazo.

La experiencia hasta el día de hoy con los registros que hay de OC, nos dicen que se reafirman las subjetividades de las y los profesionales de la salud, polarizan, identifican o encuadran a los mismos frente a una práctica determinada, sin posibilidad de cambiar la opinión. Por otro lado, los registros no han sido utilizados consistentemente con el objetivo de herramientas de gestión, en general, han sido implementados como listados desde instancias externas al servicio y muchas veces la información sobre OC llega por otras vías no formales, si son públicos los profesionales quedan expuestos y si son privados no nos sirven para organizar el objetivo del registro. Se desactualizan con facilidad, por lo tanto no refleja la realidad del personal sanitario y ha sido resistido tanto como objetores como por no objetores por el miedo a la estigmatización, al objetor como persona “no comprometida” “resistente” y al no objetor como el/la que “hace abortos”. Otro problema es que en muchos efectores los registros se convierten en la única o principal herramienta de gestión de la OC dejando de lado otras acciones complementarias y necesarias y mucho más efectivas para un buen manejo de la objeción.

MATERIAL Y METODOS

Todo el proceso de la planificación de la tesis, como elección del tema, objetivos generales y específicos, metodología de trabajo, población a estudiar, inicio antes de la sanción de la ley 27.610 y de su puesta en vigencia el 24 de enero del corriente año (Presidencia, 2021).

La conciencia es un término aplicable solo a personas, porque refiere al conocimiento que tiene el humano de su existencia, de uno mismo y de su entorno, de sus actos y de sus estados, es por eso por lo que la encuesta fue destinada a todo el personal de salud posiblemente involucrado en el camino a la Interrupción Voluntaria del embarazo. Muchas de las preguntas son objetivas y otras tantas no, la idea fue conocer un poco más en profundidad el pensamiento de quienes están a cargo de una manera u otra del cuidado de la vida de los pacientes y cuánto puede influir una idea, un principio, un concepto personalizado.

Se realizó una encuesta anónima y estructurada a través de Google formularios vía Gmail a los trabajadores del sistema de salud tanto público como privado de la ciudad de Rosario; entre ellos médicos especialistas, residentes, personal de enfermería, de limpieza, instrumentadores quirúrgicos, camilleros, farmacéuticos.

La participación fue totalmente voluntaria y podía darse por terminada en cualquier momento si así lo quisiese el encuestado. Asimismo, se podían plantear dudas respecto a la misma antes, durante y después de su participación. Se realizaron 18 preguntas de las cuales 13 de ellas fueron múltiple opción y 4 preguntas a desarrollar, de conocimiento de opinión. La opción múltiple, forman la base de cualquier encuesta o cuestionario proporcionando un conjunto de opciones de respuesta que los encuestados puedan seleccionar. Éstas son el medio perfecto para entender las preferencias de las personas y recopilar valiosos resultados. Este tipo de pregunta no solo le da balance a la encuesta, sino que también la hace más fácil y rápida de contestar, fomentando la participación. Pero además fueron necesarias preguntas de tipo cualitativas porque el tema así lo amerita.

Más allá de que al día de la fecha, la nueva ley es muy clara en que solo pueden objetar los que intervengan en forma directa en la práctica, el concepto general de la OC no ha cambiado y previo a la sanción, no había una regulación de la misma en el marco de la interrupción voluntaria del embarazo, como si lo está en la actualidad y si bien esta ley se ocupó mucho de ponerle un marco legal claro a la objeción aún quedan muchos puntos por definir en términos de objeción como por ejemplo: si debe haber o no un registro de objetores, forma de registrarse, cambios de opinión entre otros.

Se adjunta enlace con cuestionario completo y se detallan a continuación las mismas.

https://docs.google.com/forms/d/e/1FAIpQLSdYOc07qWxuwYBsGMtgQXerh6euLXoUHC79UbWKmXx74fKYIA/viewform?usp=sf_link

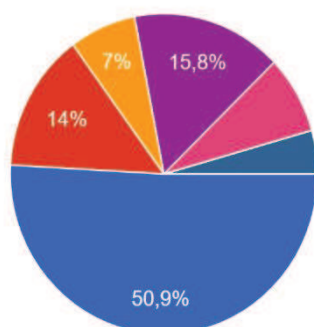
- 1- ¿Profesión/ocupación? En estas respuestas se incluyeron aquellas relacionadas o que pueden intervenir de alguna manera u otra en el camino al IVE/ILE.
- 2- ¿Sexo o percepción de género?
- 3- ¿Edad?
- 4- ¿Lugar de trabajo?
- 5- ¿Sabe usted que es la OC?
- 6- ¿Conoce la regulación legal de la OC según la resolución provincial 0843/2010?
- 7- ¿Es usted OC ante la Interrupción Voluntaria del Embarazo?
- 8- Si su respuesta anterior es positiva indique las posibles causales:
- 9- Defina ética según sus conocimientos.
- 10- Defina moral según sus conocimientos.
- 11- ¿Cuál es la diferencia entre ética y moral según sus conocimientos?
- 12- Si usted es OC, ¿se encuentra en el registro de objetores de conciencia del sistema sanitario de la provincia de Santa Fe?
- 13- En caso de declararse OC en la interrupción voluntaria del embarazo, cuando usted, ¿podría considerar una IVE?
- 14- ¿Considera que el elevado ejercicio de la OC en la Interrupción Voluntaria del Embarazo puede poner en peligro la salud de las gestantes?
- 15- Si su respuesta anterior fue Si o No, justifique
- 16- ¿Dónde cree que es más fácil (accesible) ejercer la OC en la Interrupción Voluntaria del Embarazo?
- 17- Independientemente de si usted es o no OC, está a favor de la reciente aprobación de la ley de Interrupción Voluntaria del Embarazo, ¿27.610?

RESULTADOS:

Se obtuvieron un total de 114 respuesta (n:114) ² ³

¿Cual es su profesión / ocupación?

114 respuestas

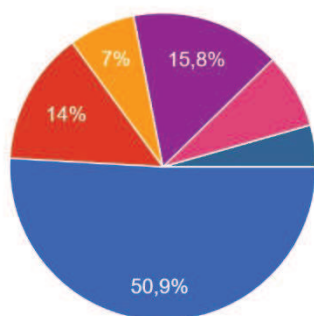


- Medico Especialista (Ginecología y O...
- Médico Residente (Ginecología y Obs...
- Medico Especialista (Anestesiologo)
- Medico Residente (Anestesia)
- Personal de Enfermeria
- Circulante de quirofano
- Instrumentador quirurgico
- Camillero

▲ 1/2 ▼

¿Cual es su profesión / ocupación?

114 respuestas



- Personal de limpieza
- Otra

▲ 2/2 ▼

² La falta de repuesta de algunos sectores muy importantes en la práctica IVE/ILE demuestra en cierto modo y en un análisis subjetivo la posible falta de interés acerca del tema.

³ El ítem; otra profesión; incluye a médicos generalistas y farmacéuticos.

Más allá de que la ley 27.610 en su art. 10 y 11 reglamento con un marco legal muy recientemente y dejando bien en claro que solo pueden objetar los que intervenga en forma directa en la práctica del aborto, el concepto de la OC no solo que no ha cambiado desde sus orígenes, sino que además quedan muchas cosas por definir en relación con el tema. Dicha ley regula no solo el acceso a la interrupción voluntaria del embarazo (IVE), sino, además, a la atención postaborto, el Ministerio de Salud de la Nación difundió una Guía de recomendaciones para los cuidados durante el post aborto (Presidencia, 2021). El manual está dirigido a los integrantes del sistema de salud para brindar marco legal y detalle de los procedimientos sistematizados y recomendados para asegurar una atención post aborto a las mujeres y personas con capacidad de gestar.

En la Resolución 4172/2021, las autoridades sanitarias de la Argentina consideran que “la atención postaborto hace parte de la política pública sanitaria de salud sexual y reproductiva, por lo cual es indispensable contar con estándares de atención integral actualizados y guías de procedimiento que brinde información científica actualizada, aprobada y validada internacionalmente”. La guía establece que las pacientes tienen derecho a requerir y recibir atención posaborto en los servicios del sistema de salud públicos y privados, y a prevenir los embarazos no intencionales. Además, establece que el profesional médico actuante solo podrá eximirse del deber de asistencia cuando se hubiere hecho cargo efectivamente del paciente otro profesional competente. Y, como lo plantea la ley sancionada el 30 de diciembre de 2020, remarca que “no se podrá alegar OC en la atención sanitaria posaborto. El incumplimiento de las obligaciones establecidas en las leyes y sus respectivos decretos dará lugar a las sanciones disciplinarias, administrativas, penales y civiles, según corresponda”.

Según la guía oficial post aborto, el paciente tiene derecho a recibir la información sanitaria por escrito, a fin de poder realizar una interconsulta médica y obtener una segunda opinión sobre el diagnóstico, pronóstico o tratamiento relacionados con su estado de salud. La guía contempla el procedimiento que el sistema de salud debe brindar a las pacientes que estén cursando o hayan cursado un aborto en cualquiera de sus variantes: aborto espontáneo, aborto inducido, complicado o no complicado.

Las medidas apuntan a mejorar el manejo de la emergencia por parte de *todo el equipo de salud* de los diferentes niveles de atención, a través del reconocimiento y tratamiento precoz de las urgencias y emergencias. Puntos destacados de la guía:

1. Activar la derivación oportuna y evitar derivaciones innecesarias, según el cuadro clínico y el contexto, para una mejor calidad de atención y aprovechamiento eficiente de los recursos.
2. Fortalecer y generalizar el uso de misoprostol en los tratamientos de evacuación uterina posaborto en todos los niveles de atención.
3. Universalizar la utilización de la técnica de AMEU (equipos de aspiración manual endouterina) como el método quirúrgico efectivo, moderno y seguro de elección para la evacuación uterina en el posaborto, dejando de lado la práctica del legrado uterino.
4. Además, los principios de la Ley 26.529 de Derechos del Paciente y su decreto reglamentario obligan al personal de salud a garantizar:
 - Trato digno: respetar las convicciones personales y morales de la paciente para erradicar prácticas que perpetúen el ejercicio de violencia contra las mujeres y personas con otras identidades de género con capacidad de gestar.
 - Privacidad: se debe garantizar la preservación de un ambiente de confianza entre el personal de salud y las personas que solicitan la atención, y observar el respeto estricto por su intimidad.
 - Confidencialidad: el personal de salud debe resguardar la confidencialidad y del secreto médico durante todo el proceso de atención y también con posterioridad. De este modo, “el personal de salud no podrá entregar información obtenida en el marco de la atención sanitaria a ninguna persona, salvo que exista orden judicial expresa que releve de este deber en una causa judicial o salvo expresa autorización escrita de la propia paciente.

En cuanto a la privacidad y confidencialidad, la resolución alcanza *a todos los implicados al proceso de interrupción voluntaria del embarazo* y no sólo a los médicos. Esto incluye, por ejemplo, a personal administrativo de obras sociales o prepagas, maestranza, seguridad, cocina, camilleros, choferes, personal de limpieza, de farmacia, personal jerárquico de sistemas de salud públicos o privados y funcionarios públicos.

Se contemplan tres momentos relacionados con cada una de las fases del proceso de atención para quienes cursen un aborto o post aborto:

1. Abordaje clínico inicial: implica comunicar la información en lenguaje sencillo, mantener la privacidad e intimidad, apoyar y asegurar una respuesta adecuada a las preguntas y necesidades de la paciente, evitar imponer valores y creencias personales a las mujeres o personas gestantes. Además, el personal de salud deberá, a su vez, realizar una evaluación inicial rápida para detectar precozmente complicaciones graves como shock hipovolémico, shock séptico o abdomen agudo.
2. Diagnóstico: la mayoría de las mujeres o PCG que buscan atención en situación de aborto o posaborto llegan al sistema de salud con una situación clínica estable con sangrado y/o dolor moderado y la evaluación clínica debe tender a diagnosticar el tipo de aborto (inminente, en curso, completo o incompleto) y establecer el plan de tratamiento. Se debe hacer un examen clínico inicial, estudios de laboratorio y por imágenes
3. Tratamiento: si se ha usado misoprostol en situación de aborto inducido, se le realizarán las recomendaciones pertinentes y ajustes de dosis si fuera necesario. En caso de aborto en curso, aborto incompleto o aborto detenido, el objetivo terapéutico es la evacuación uterina. se recomienda fuertemente que la AMEU o la aspiración por vacío en general reemplace en la práctica cotidiana al legrado evacuador para el tratamiento del aborto incompleto.

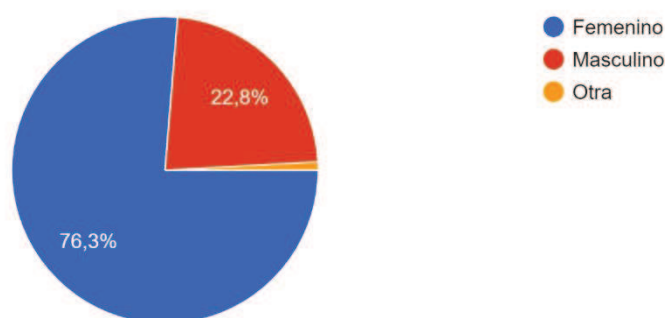
Según las autoridades sanitarias, la mayoría de los cuadros infecciosos que se presentan en el aborto o posaborto, son cuadros leves y tratables con regímenes de antibióticos ambulatorios de amplio espectro, como ocurre en el llamado aborto infectado simple. Otras veces, cuando la situación se acompaña de retención de restos placentarios, requiere hospitalización para evacuación por AMEU de los restos y tratamiento antibiótico parenteral. En estos casos se impone la necesidad de realizar hemocultivos y vigilancia de signos vitales. La atención posaborto tiene dos elementos claves: uno curativo, que es el tratamiento del aborto incompleto y sus complicaciones; y otro preventivo, que comprende el asesoramiento, los servicios y la anticoncepción posaborto.

La guía oficial establece que todas las pacientes que reciben atención posaborto deberían recibir asesoramiento para la adopción de un método anticonceptivo. Sin embargo, se aclara que, que ninguna mujer o persona gestante debería sentirse bajo presión para adoptar un método anticonceptivo. Y recomienda el método reversible de larga duración como un DIU o un implante subdérmico para reducir los embarazos no planeados.

Por todo lo expuesto arriba, la encuesta fue enviada a todo el personal de salud que podría llegar a intervenir en el camino a una IVE/ILE: siendo como corresponde los ginecólogos y los obstetras los más involucrados en la práctica (especialistas y médicos en formación) con un 64,9% de los encuestados y le siguen con un 15,8% un eslabón muy importante como es el personal de enfermería con los cuales se trabaja en forma conjunta y en equipo todos los días.

¿Sexo o percepción de género ?

114 respuestas



Del total de respuestas obtenidas el 76,3% fueron de mujeres y en este porcentaje me voy a detener y hacer una mención especial ya que refleja la lucha de las mujeres por sus derechos en la Argentina y el campo laboral es otro lugar que fuimos ganando y mencionare un breve resumen de la conquista de derechos laborales de las mujeres en la historia.

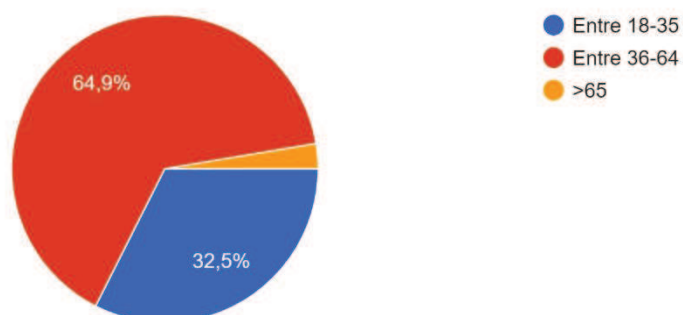
En el mundo, la mujer aparece en la industria hacia el siglo XIII desempeñando un papel importante a partir del siglo XV, como mano de obra barata, solo eran aceptadas para este trabajo mujeres jóvenes y solteras y, en general eran trabajos como coser, limpiar y ordenar, considerados saberes tácitos. Durante miles de años, el trabajo en la esfera pública fue considerado exclusivamente “cosa de hombres”, mientras el trabajo doméstico quedaba bajo la responsabilidad de las mujeres. (Gerbaldo)

Se hallaba la idea de que los salarios de los varones debían ser suficientes no sólo para su propio sostén, sino también para el de una familia, por tal motivo eran superiores. Por el contrario, los salarios de una esposa no debían superar lo suficiente como para su propio sustento.

El siglo XX marcó la mayor cantidad de hitos importantes en cuanto al logro de los derechos de las mujeres. En 1914, el 21% de las mujeres formaba parte de la población trabajadora, es decir, habría una de cada cinco mujeres que trabajaba. Por esa época se conmemora por primera vez el Día Internacional de la Mujer con concentraciones en muchos países donde además del derecho de voto y de ocupar cargos públicos, se exigió el derecho al trabajo, a la formación profesional y a la no discriminación laboral. Avanzado el siglo también se aprueban diversas leyes laborales, las que reglamentaban el trabajo femenino e infantil. Avanzado el siglo las mujeres accedían más a la educación y tenían menos hijos. Surgieron las primeras candidaturas en el ejecutivo nacional. La preocupación a nivel mundial era cómo combinar la carrera o trabajo con el matrimonio y la familia, que sólo era importante para quienes tuviesen esa posibilidad de elección, de la que no disponían ni la mayoría de las mujeres del mundo ni la totalidad de las mujeres pobres. La cantidad de gente que vivía sola (es decir, que no pertenecía a una pareja o a una familia más amplia) también empezó a dispararse: madres solteras. Entre mediados de siglo y 1970, la estructura del empleo (masculino y femenino) se modifica sustancialmente. Las mujeres se desplazan al sector de los servicios. Con el auge de los divorcios viene la caída del número de casamientos y por ende la fecundidad. (Gerbaldo) (Trabajo, 2020)

¿Edad?

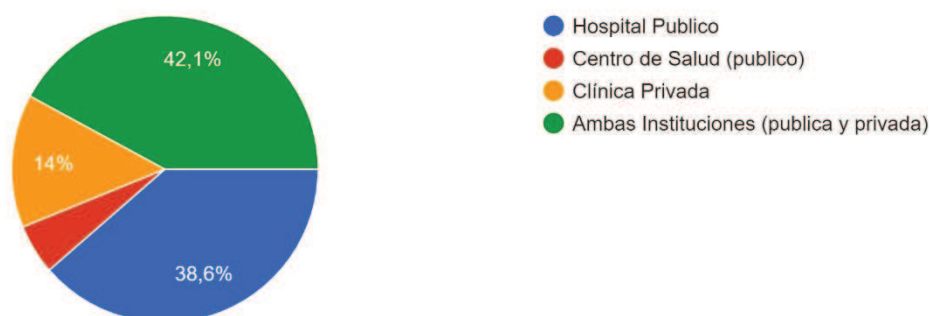
114 respuestas



La edad puede influir en las respuestas y no es por estigmatizar pero es cierto que muchas de las razones o motivos que plantean los objetores se puede asociar una cultura muy diferente a la actual, y eso es algo entendible, las sociedades, los pensamientos, las ideas, las costumbres fueron cambiando a lo largo de la época y según las clases sociales. Argentina estableció la despenalización del aborto terapéutico y por causa de violación en 1921, tiene más de 100 años, en todo este tiempo numerosas organizaciones políticas, científicas, feministas y de derechos humanos bregaron históricamente por la legalización plena del aborto.

¿Donde trabaja usted?

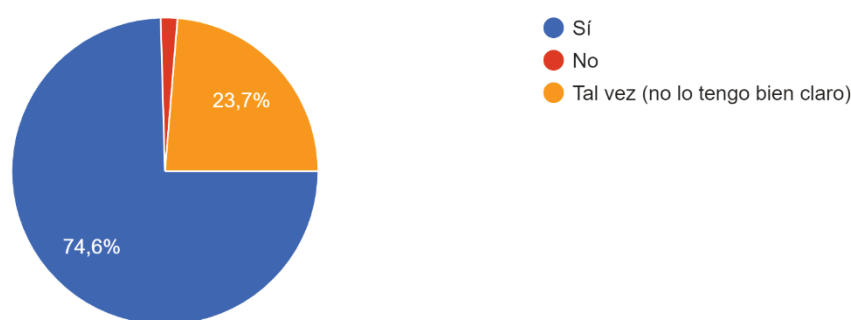
114 respuestas



Este punto es importante porque la ley deja bien claro el deber de mantener la OC en todos los ámbitos, público, privado o de la seguridad social, en los que ejerza su profesión, sin hacer diferencia alguna, una regla de consistencia ética. Puesto así, un médico que trabaja en un hospital y brinda atención de IVE, y también trabaja en una clínica que reclama para sí la objeción, se vería forzada a incumplir la **exigencia legal de consistencia**, u "objetar" también en el hospital, o renunciar a la clínica (art. 10.a, Ley 27.610).

¿Sabe usted que es la Objeción de Conciencia (OC)?

114 respuestas

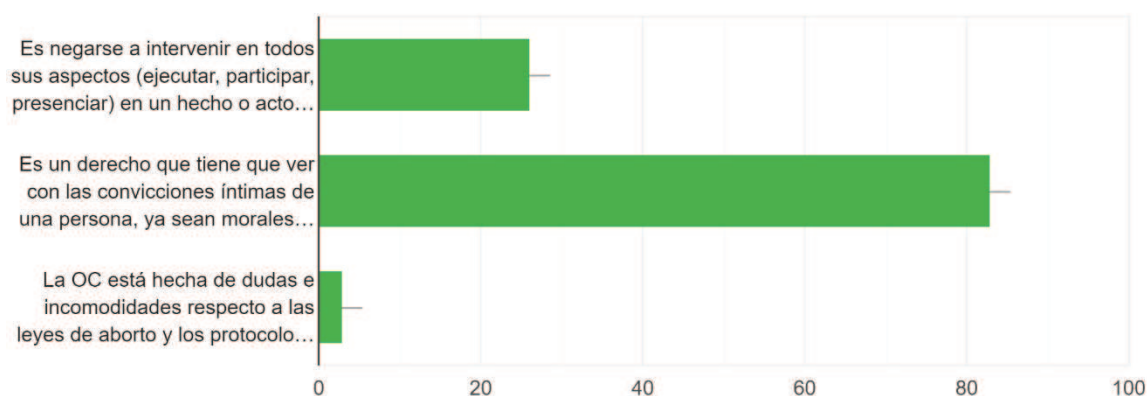


Estos resultados preocupan un poco y que un 25.4% no sepa o no tenga bien en claro que es la objeción de conciencia muestra que hay falta de información, en principio, o falta de interés en el tema. Todos los entrevistados son trabajadores de la salud y esta ley no solo es conocida por el sistema salud sino en la población en general, fue una ley muy debatida no solo por los diputados y los senadores sino en todos los grupos de personas, familias, amigos, ámbito de trabajo, escuelas.

Sin dejar pasar por alto, que si bien, el origen histórico de la objeción de conciencia nace con el servicio militar obligatorio para los hombres, el segundo lugar donde más tiene presencia este tema es con el tema de salud sexual y reproductiva y la mayoría de los encuestados están íntimamente relacionados con el tema.

Si su respuesta anterior es SI o Tal vez, señale con que respuesta esta mas de acuerdo.

112 respuestas



- 1- Es negarse a intervenir en todos sus aspectos (ejecutar, participar, presenciar) en un hecho o acto de cualquier índole que violente las convicciones éticas y/o a las creencias religiosas propias.
- 2- Es un derecho que tiene que ver con las convicciones íntimas de una persona, ya sean morales o religiosas, que lo habilita a abstenerse de realizar determinados actos que tiene profunda justificación en los tratados internacionales de derechos humanos.
- 3- La OC está hecha de dudas e incomodidades respecto a las leyes de aborto y los protocolos de atención; de estereotipos sexistas y desigualdades de género.

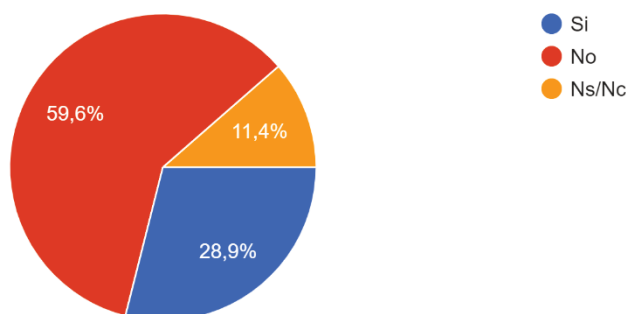
Si bien la respuesta más elegida fue la opción 2, con más del 80% de los encuestados, casi un 25% de los mismos, eligió la opción número 1. La reciente ley deja bien claro quiénes pueden acceder al privilegio de la OC, y es solo para aquellos que intervengan en forma directa en la práctica propiamente dicha. El bajo porcentaje, pero para tener en cuenta de los que eligieron la opción 3, creo que se debe en parte a lo poco clara que era la ley antes de su reciente sanción, sumado a una cultura impuesta que se arrastra de nuestros orígenes. La nueva ley con su marco legal intenta de una manera desligar o desvincular mucha gente, o visto de otra forma, comprometer a mucha más gente que antes intentaba resguardarse detrás de la OC, así mismo los pensamientos acerca de la Interrupción Voluntaria de Embarazo pueden no cambiar y eso también es válido.

Para los que eligieron la opción uno, porcentaje no despreciable (25%), deben saber que con la reciente ley, objetar tiene límites específicos y claros y el incumplimiento

de las obligaciones legales dará lugar a las sanciones disciplinarias, administrativas, penales y civiles, según corresponda (art. 10, Ley 27.610).

¿Conoce la regulación legal de la OC según la resolución provincial 0843/2010?

114 respuestas



El 71% de los encuestados no conoce la anterior regulación, pero que era la que regía antes de la nueva y actual. La resolución 0843/2010 de la provincia de santa fe, es la que se encontraba vigente desde el año 2010 mucho antes de la actual, en donde se trata la creación y difusión de un registro provincial de objetores de conciencia, para todas o cada una de las prácticas en particular, con el objeto de resguardar el derecho de la población y respetar las convicciones de los trabajadores a través de medidas organizativas necesarias para garantizar en cada servicio las practicas establecidas por la ley y los protocolos aprobados hasta ese momento, sino además trataba todas las prácticas y acciones en lo referente a la salud sexual y reproductiva de la población ejemplo: la ligadura de trompas, colocación de dispositivos intrauterinos (DIU), entrega de anticonceptivos.

Estas respuestas preocupan, por varios motivos, primero porque la mayoría de los encuestados son médicos ginecólogos y obstetras que intervienen en forma directa no solo en la IVE/ILE sino que además se ocupan de la salud sexual y reproductiva de las mujeres y personas con capacidad de gestar. Segundo porque todos los encuestados se encuentran en ejercicio de su profesión y la mayoría de ellos trabajan en el sistema de salud pública y se entiende que deberían estar informados y actualizados de las políticas públicas en salud.

Podemos hacer dos lecturas:

1- El desconocimiento real del tema.

El movimiento feminista en Argentina es uno de los más veteranos de América Latina y pionero en leyes como el voto femenino, la igualdad de derechos y la protección de los niños. Durante la última década, esa tradición política dio con manifestaciones como Ni una menos, un movimiento en contra de los feminicidios y la violencia de género que dio la vuelta al mundo y allanó el camino para organizaciones similares en varias capitales de Latinoamérica. Este importante movimiento permitió visibilizar a toda la población en general la problemática de los embarazos no deseados y las fallas en las políticas públicas de salud relacionados, que no solo perjudican a los pacientes sino también a los trabajadores de salud dejando desprotegidas muchas personas.

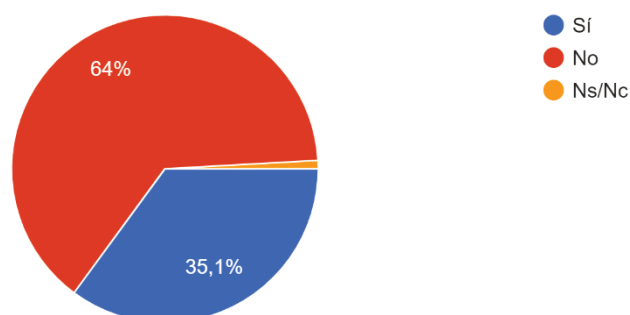
En Argentina se crearon asambleas, congresos y movimientos con todo tipo de matices que convirtieron el feminismo en un movimiento político heterogéneo, complejo y, sobre todo, relevante. Y más allá de las opiniones encontradas a favor o en contra, o de la manera o forma en que se ha tratado y reclamado por el tema, no se puede negar que la visibilización nacional e internacional y el interés por todos en el tema surge a partir de estos movimientos, obligando a muchos abandonar la posición cómoda y el resguardo en la objeción de conciencia como un derecho muchas veces injustificado.

2- Falta de interés en los temas relacionados a los embarazos no deseados, por ser una minoría no escuchada con un pensamiento egoísta por parte de las personas que deberíamos si o si entender y ocuparnos de tema, del detrás de esta problemática. Muchas veces es más fácil o cómodo no saber, la falta de interés es una forma clara de resistencia y resistir en este tema tiene un delgado límite con lo ilegal que muchos no lo saben.

La jerarquía católica y sectores aliados, muchos de ellos considerados anti-derecho, han sido actores relevantes a lo largo de la historia; particularmente cuando se ponen en debate las formas de regular la familia y la sexualidad. Durante estos debates sectores religiosos y políticos en defensa de una moral universal se activan contra reformas vinculadas, entre otras cuestiones, al régimen matrimonial, al parentesco o a las consideradas “buenas costumbres”.

¿Es usted OC ante la Interrupción Voluntaria del Embarazo ?

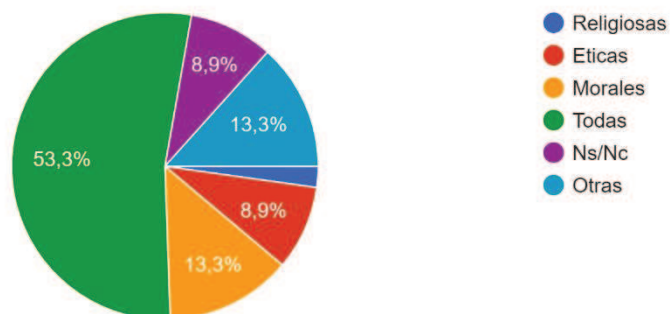
114 respuestas



Estos resultados son alentadores porque pese a que, pre-sanción de ley 27.610, la objeción de conciencia presentaba muchos grises, incertidumbres, sumado a la falta de información por parte de los trabajadores de salud el 64% de los encuestados respondió no ser objetor de conciencia en la IVE. Y si bien la idea no es convencer a los objetores, no podemos negar que objetar muchas veces es una forma de obstaculizar.

Si su respuesta anterior es positiva indique las posibles causales:

45 respuestas



Mas de la mitad indico como causales para objetar cuestiones religiosas, éticas y morales, por lo tanto, pedí que definan según sus conocimientos y con sus palabras estos conceptos tan utilizados para alegar OC pero que muchas veces no están del todo claros para muchos.

Defina ética:

A continuación, se detallan algunas de las respuestas obtenidas.

- Es lo que valora si un comportamiento está bien o mal en relación con los derechos.
- Ética está definida por cuatro principios, beneficencia, no maleficencia, autonomía y justicia....
- Lo que está bien. Lo que está mal.
- Diferenciar. En forma personal. Lo que está bien de lo que está mal
- Conjunto de conceptos que definen el comportamiento profesional o Laboral
- Estudio y reflexión sobre la moral.
- Conducta establecida como correcta de mi actuar ante la sociedad.
- Estudio de lo que está bien y mal, correcto o incorrecto.
- Disciplina que estudia el bien y el mal y sus relaciones con la moral y el comportamiento humano.
- Es el estudio y lo que hace referencia a los valores morales que guían el comportamiento humano en la sociedad.
- Es el estudio y lo que hace referencia a los valores morales que guían el comportamiento humano en la sociedad.
- Estudia comportamiento humano y su relación con lo bueno y lo malo y lo moral.
- Es lo que me permite reflexionar y diferenciar lo que está bien de lo que está mal.
- Es el accionar teniendo en cuenta lo que está bien y lo que está mal tratando de no causar daño o que sea el menor posible.
- Principios y valores que tiene la persona que puede además relacionarse con el desarrollo profesional.
- La disciplina que estudia las conductas humanas, lo bueno y lo malo. A nivel profesional tiene que ver con determinadas normas, responsabilidades y acciones de quien ejerce esa profesión. Se relaciona con el BUEN SER y el BUEN ACTUAR en base a esas directrices, establecidas de manera colectiva (colegiadas). Del mismo modo, individualmente, responde a una coherencia personal que se sustenta en el tiempo respecto de lo bueno y lo malo, pero a partir de las construcciones culturales, por lo que es estable y trascendente en el tiempo.
- La ética corresponde a la disciplina que estudia las costumbres y normas que rigen el comportamiento humano.

- Es el estudio de la moral es decir estudiar los usos y costumbres y poder discernir entre lo q está mal o bien según cada cultura costumbre etc.
- La ética es una disciplina que trata sobre ciertos aspectos de la conducta humana, en cuanto intenta reflexionar acerca de si estos comportamientos son. Correctos o no, buenos o malos. La ética nace como rama de la filosofía y cuando se aplica a cuestiones que tienen que ver con una profesión se denomina deontología.
- Ns.

Defina Moral: también adjuntamos las primeras 20 respuestas.

- Valores y costumbres subjetivas que utilizan grupos de personas como conducta para accionar.
- Es el accionar según convicciones propias.
- son las costumbres, normas, tabúes y convenios establecidos por cada sociedad.
- Ns.
- Normas que se consideran buenas para dirigir el comportamiento humano.
- Costumbres y normas que se utilizan, en post de la mejoría, para juzgar un comportamiento en una comunidad en base a su cultura.
- Habla más de convicciones religiosas o traídas culturalmente de generación en generación.
- Es el comportamiento de una persona o sociedad ante diferentes situaciones según convicciones.
- Es la concepción de que está bien o mal en un momento socio histórico cultural determinado.
- Lo que hacemos de acuerdo con el bien o el mal.
- Lo moral comprende a toda la sociedad.
- Conceptos que definen las acciones de una persona.
- Reglas de conducta que se aplican a un grupo determinado de la sociedad con respecto a lo bueno y lo malo.
- Conducta formada personalmente con respecto al actuar de los demás y míos hacia la sociedad.
- Estudia lo que está bien o mal.
- Disciplina que estudia el comportamiento humano en cuanto al bien y el mal.
- Conjuntos de normas consideradas buenas para dirigir el comportamiento de las personas en una comunidad.

- Son los principios sobre los que se conduce la sociedad.
- Moral es todo lo que está bien. Todo lo correcto.
- Creencias que nos guían en comportamiento social e individual

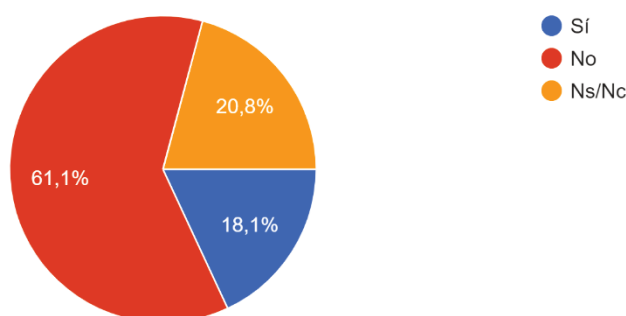
¿Cuál es la diferencia entre ética y moral según su opinión?

- Ética es algo que está fundamentado en base al comportamiento humano y la moral está basado en costumbres de una sociedad.
- La moral es subjetiva.
- No hay una gran diferencia, la ética estudia desde lo filosófico a la moral.
- Ns.
- Una lleva a la otra.
- La moral se aplica a un grupo, como costumbres que se deben obedecer, para cumplir con las expectativas de un buen comportamiento dentro de una comunidad que comparten una misma cultura.
- La ética proviene de la de la visión sobre un individuo en su actuar, sobre cuáles acciones son morales y cuáles no. Es el estudio y reflexión sobre la moral lo que permite que dicho individuo pueda discernir entre lo que está bien y lo que no.
- Desconozco.
- Lo moral es un concepto más subjetivo mientras que la ética se basa en buscar los fundamentos de las acciones.
- Ética necesita un análisis objetivo mientras moral es un juicio de valores.
- Entiendo que lo moral va acompañado de las costumbres y creencias de cada uno.
- Ética es una conducta individual y moral es algo más colectivo.
- La ética tiene más que ver con las acciones laborales o profesionales. Lo moral se asocia más a cuestiones personales.
- Definido anteriormente.
- La ética es más abarcativa, moral es parte de la ética.
- La ética está relacionada con el estudio de los valores morales que guían el comportamiento humano en la sociedad, mientras que la moral son las costumbres, normas, tabúes y convenios establecidos por cada sociedad.
- La ética está relacionada con los valores Morales q guían el comportamiento en la sociedad en cambio la moral son las costumbres las normas establecidas por cada sociedad.

- Creo que la moral se aplica al grupo social y la ética es personal, producto de la reflexión sobre lo que está bien de acuerdo con los principios morales o lo que está mal.
- Para mí lo moral tiene que ver solo con el bien de acuerdo con una visión más personal y la ética tiene en cuenta varios factores y realiza una conclusión entre lo. Bueno y lo malo dejando de lado las convicciones personales religiosas etc.
- ¿Subjetividad?

Si usted es OC, ¿se encuentra en el registro de objetores de conciencia del sistema sanitario de la provincia de Santa Fe?

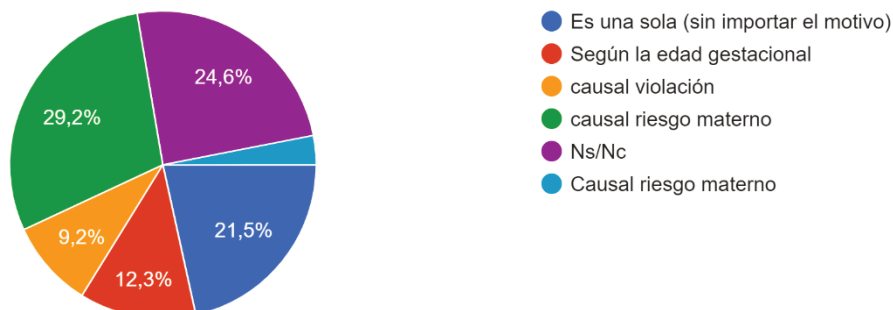
72 respuestas



El 61.1% respondió que no se encuentra en el registro de objetores y un 20.8% respondió no sabe no contesta, que podría en forma subjetiva interpretarse como un no. Estos resultados tienen una correlación directa con la pregunta acerca de si conocían la resolución 0843/2010 en donde había un desconocimiento de casi un 60% de la población encuestada.

En caso de declararse OC en la interrupción voluntaria del embarazo, cuando usted, podría considerar una IVE ?

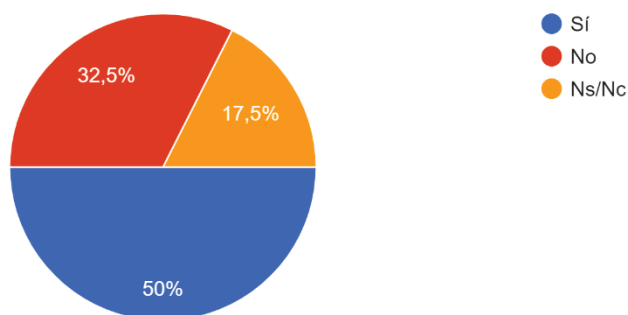
65 respuestas



Para esta pregunta la nueva ley deja bien que la OC es siempre una sola y no distingue causales. Mas allá de los posibles motivos que alega el profesional para objetar, se es o no es objetor.

¿Considera que el elevado ejercicio de la OC en la Interrupción Voluntaria del Embarazo puede poner en peligro la salud de las gestantes?

114 respuestas



Los límites generales y específicos puestos por la nueva ley, fueron creados con el objetivo de que se cumplan los derechos de las mujeres y personas con capacidad de gestar en relación con su salud sexual y reproductiva y lo que es mucho más importante evitar poner en riesgo la salud de estas.

Pre-sanción, objetar era una forma sistemática de obstaculizar el procedimiento y hoy en día eso este penado legalmente.

Si su respuesta anterior fue Si o No, justifique:

- Las instituciones deben garantizar personal que no sea OC para asegurar la correcta atención de las pacientes, sin intervenir en la moral de los profesionales.
- La ILE no redundo en favor de la salud de la gestante.
- Porque la paciente queda descubierta de posibilidades de llegar a una temprana, confiable y empática atención. Con disminución de las posibilidades de concurrir con rapidez a un centro de atención de IVE.
- En ciertas circunstancias puede sufrir de discriminación, sentimientos de culpa infringidos por el profesional de la salud, intento de disuasión de su decisión, llevando esto a tal vez no volver a consultar, sentirse agredida y optar por opciones por fuera de la ley. La cual debería protegerlas.
- En el servicio adónde trabajo la mayoría somos objetores de conciencia, pero no obstaculizadores del proceso.
- Puede llevar a qué se generen demoras en la atención si no hay un circuito establecido.
- Es una militante de derechos no sólo sexuales si no derechos de salud.
- No creo que el 100% de los. Médicos sean OC.
- Debe haber en cada servicio alguien que no la ejerza.
- Siempre y cuando el objetor se asegure de la atención de la paciente derivándola en forma oportuna.
- La IVE solo asegura que la mujer en su condición pueda obtener ayuda médica en cuanto a complicaciones de su salud habiendo realizado una interrupción del embarazo y no significa estar de acuerdo con matar a una persona cuando se decide llevar a cabo un aborto.
- Como profesional de la salud más allá que seamos objetores debemos proporcionarle atención a la paciente en un lapso de tiempo determinado, es decir que debe ser derivada con aquel profesional que por deseo personal o convicción realice dicha práctica.
- No, siempre q se controle adecuadamente y se asesore a la embarazada.
- Porque la salud de la gestante no depende de una IVE sino de los cuidados y satisfacción de necesidades básicas que el estado debe proveer a cada embarazada.
- Porque las gestantes pueden recurrir a métodos para interrumpir el embarazo que pongan en riesgo su vida.

- Barrera de acceso de la persona gestante, no regulada por el sistema de salud en la actualidad.
- Puede llevar a que una mujer, en la desesperación, realice una interrupción por fuera del sistema de salud. Un aborto es siempre doloroso, en mayor o menor medida. Forzar a las mujeres a realizarlo por fuera del sistema de salud en función de nuestras creencias y juicios personales, juzgándolas y abandonándolas a su suerte y obligándolas a poner en riesgo su vida como si fuesen delincuentes exacerba aún más el impacto sobre la salud (ya sea física, mental, social y espiritual): De esto se trata en realidad el síndrome postaborto: las secuelas del estigma y maltrato sufridos.
- Porque a pocos profesionales especializados en la materia podrían cubrir la demanda.
- Tener un porcentaje elevado de profesionales OC en un servicio de salud pone en riesgo la salud de la persona gestante en cuanto a que puede demorar e interferir en la atención haciendo que esto ocasione un daño en su salud tanto física (ej: negarse a realizar un control pos ile) o psicológica (trato discriminatorio, abandono).
- No creo en los números que se manejan de mortalidad materna por aborto. Creo que están magnificados. Por lo que si hay muchos OC no creo que peligre la salud materna.
- La mayoría de las causas de IVE están relacionadas con cuestiones sociales de profunda desigualdad en donde las mujeres son alentadas a parir, con escasas opciones de poder elegir otro mandato que no sea la maternidad, en condiciones de pobreza estructural.
- Estimo que la OC no es tan elevada como para interferir en la práctica de IVE.
- Por LA demora en la atención adecuada de la paciente gestante.
- El retraso en resolver la decisión de la gestante aumenta la edad gestacional y el riesgo de complicaciones.
- Por reiteradas prácticas IVE sin controles.
- Podría dilatar tiempos en la toma de conductas en contra de la decisión de la pte además de poner en juzgamiento moral a la misma siendo que es su voluntad y no la del profesional tratante.
- Si bien en lo particular no comparto la práctica, pienso que se debe respetar el derecho de las pacientes de recibir atención adecuada. No creo que seamos más los objetores que los no objetores, por lo que no me impresiona que ese pueda representar un problema en la implementación de la ley.

- Muchos confunden OC con negativa a cualquier tipo de brindis de información. Para personas gestantes con deseo de acceder a la ILE, es un muro moral que impide el goce de sus derechos y libertades. Lo cual puede incurrir gravemente en la salud de estas por dicha falta de acceso.
- Porque hay gran número de profesionales dispuestos a realizar la IVE..
- Porque hoy en día está bastante repartido entre los que son OC y quienes no.
- No, xq ser OC no es impedir que se realice un IVE, simplemente es no realizar la práctica.
- El único caso que está legislado es cuando corre riesgo severo la vida de la paciente por el embarazo. En TODOS los demás no se puede justificar solucionar un problema MATANDO a una PERSONA inocente y que no se le permite el derecho a defenderse.
- Por es un procedimiento invasivo, que puede ocasionarle problemas como hemorragias o infecciones.
- En todas las instituciones debe haber No Objetores.
- Porque no se le garantiza el cuidado adecuado a la mujer.
- Porque se corre el riesgo de que no reciban la atención oportuna o de calidad.
- Si porque la recuperación de la paciente depende del cuidado.
- Gran porcentaje de mujeres mueren practicándose un aborto clandestino.
- si nadie las quiere atender pueden caer en manos no experimentadas.
- No sé puede evaluar la vida por la muerte.
- Creo que se debe entender y conocer los antecedentes de la gestante para, tomar determinadas decisiones sobre su cuerpo y el del embrión.
- Consideró que siempre va a haber alguien que le garantice la atención adecuada, también reconozco que dependiendo de la cantidad de personal OC que haya en el momento en la sala va a depender la calidad de atención. Creo que la IVE es un derecho legítimo que hace al cuidado de la salud y no debe depender de posturas morales.
- Porque si en un servicio hay muchos OC no se podrá garantizar la atención adecuada para las pacientes.
- Porque ante situación de urgencia, la demora de atención pone en peligro a la mujer.
- Si bien soy objetora creo que hay circunstancias específicas en las q se debe realizar. Por qué la Mujer podría utilizar métodos inseguros para obtener tal fin.

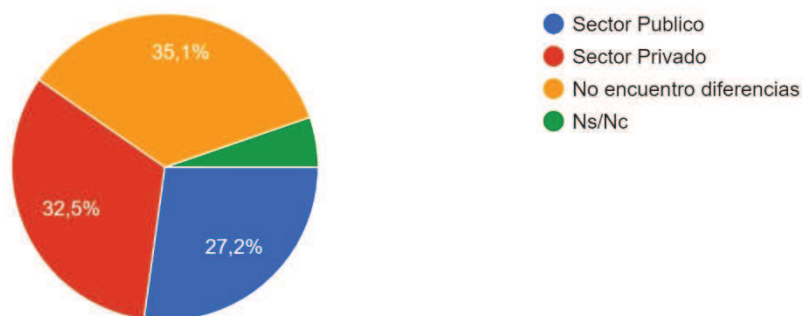
- Porque en un lugar donde se realiza no puede haber tanto personal OC ya que así, no se puede garantizar su atención.
- La IVE debe ser garantizada por el Estado, es un derecho para la mujer decidir sobre su maternidad.
- No porque creo q se puede organizar de tal manera q haya profesionales q cubran dicha área.
- Me condicionó la pregunta porque ante un elevado ejercicio de la OC, y si, puede haber complicaciones.
- Puede dilatar, entorpecer, la atención de la mujer que solicita el IVE.
- Todo abuso es malo.
- En el sector público está garantizada la atención.
- Puede ir en desmedro del funcionamiento de los equipos de salud.
- Entendiendo la oc como realmente creo que fue concebida, esta queda en segundo plano ante el riesgo de una mujer.
- Creo que la mujer debe contar con un equipo multidisciplinario que la guíe, acompañe y contenga cuando decida la interrupción de su embarazo y que el mismo se realice en un ámbito seguro y sin riesgos
- No porque la cantidad de profesionales con OC es baja.
- No. Porque el aborto clandestino es mentira que produce riesgo de muerte. La paciente toma el Misoprostol por su cuenta y concurre al hospital donde el aborto se lo hace en forma segura Falta seguimiento o es muy corto, tanto psicológico y métodos de prevención para evitar un nuevo embarazo. No hay métodos anticonceptivos a nivel público para brindarles.
- Primero: no existe práctica médica sin riesgo. Asegurar lo contrario va en contra de la ética del ejercicio de la medicina. En todo caso debemos hablar de riesgos "aceptables". Y el riesgo debe ser valorado en el contexto principalmente orgánico de la paciente y tener en cuenta otros componentes como el psicológico y el social en menor medida. El orgánico en primer caso debido a la asimetría de conocimientos que se supone existe entre el profesional y paciente que debe velar por el riesgo de muerte de la misma. Por más que la paciente quiera, el médico no tiene derecho a hacer correr un riesgo " exagerado o injustificado" según el criterio orgánico allí se complica, porque la valoración del médico puede estar jaqueada por otros impulsos o necesidades de la paciente y entorno.
- El riesgo orgánico está en relación con la adecuada selección de la paciente para el procedimiento. Ejemplo acotado. Edad gestacional. Es

mucho menor el riesgo de vida con una interrupción de la gestación en el primer trimestre que en el segundo. Solo un ejemplo.

- En mi opinión, las leyes más sabias son las que limitan el procedimiento al primer trimestre.
- Pero aquí volvemos a la sociología. Nadie tiene toda la razón respecto de estos temas. Existen convicciones donde se cruzan desde lo científico, religioso, social, moral y de toda naturaleza. Debido a ello es crucial hallar una respuesta desde lo sociológico-político que permita arribar a los llamados pactos sociales que , de ese modo sancionar una norma o legislación " posible o aceptable" que nos ordene socialmente.
- La OC aumenta el riesgo de complicaciones maternas al dificultar una intervención que de realizarse tempranamente posee escaso riesgo.
- la gestante buscaría de igual manera interrupción del embarazo.
- Creo que la mayoría de los médicos no son OC.
- Cuando es reiterado, como todo procedimiento médico no está exento de complicaciones.
- Se debe garantizar atención al ser humano que lo requiera. No es ético aplicar valores morales propios que puedan ir en detrimento de la atención médica o de cualquier índole que nos sea solicitada. Imagino que en cada servicio se garantizará un grupo de profesionales NO objetores que puedan asegurar la práctica.
- Si porque el equipo médico del lugar donde se realice es de lo más variado y de ello dependerá una buena o mala atención a la madre gestante.
- Debido a la falta de acceso a los métodos de interrupción. Sobre todo, en localidades pequeñas con escasez de médicos. Quizás no tanto en grandes centros urbanos, donde es más sencillo encontrar profesionales no objetores.
- Son pocos los OC que conozco y están inscriptos Retraso y Obstaculización de la práctica.
- Considero que sí porque implica una barrera para la garantía de derechos de una persona gestante que no desea continuar con el embarazo, facilitando así la ejecución de dicha interrupción de maneras no seguras.
- Los límites son difíciles de traspasar.
- Si yo soy objetor de conciencia no significa que no deba derivar oportunamente a una paciente a un profesional que no sea objetor.

¿Dónde cree que es más fácil (accesible) ejercer la OC en la Interrupción Voluntaria del Embarazo?

114 respuestas



En estas respuestas no vamos a detener un momento, es una pregunta muy subjetiva y depende mucho de la institución donde el profesional desempeña su función, y como lo vive la persona en sí, objetar con causa justa debería ser igual en todos los ámbitos laborales, pero también, ese porcentaje alto que respondió que es más accesible objetar en la parte privada que la parte pública puede tener varias lecturas.

Hemos visto con frecuencia que algunas instituciones privadas muchas veces se desligan de ciertas políticas de salud dando por sentado que es solo cuestión del estado y no de las prepagas u obras sociales y como ya se explicó en párrafos anteriores, la ley 27.610 en su art.12, Cobertura y calidad de las prestaciones, todas las instituciones independientemente de su sustento económico deben proveer la practica en cuestión. (Presidencia, 2021)

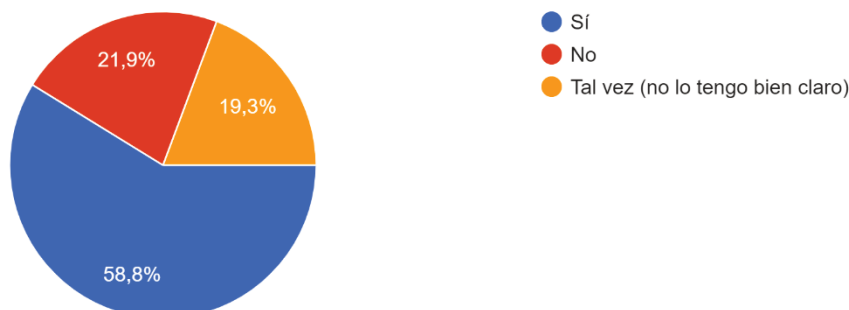
Además, se insiste en la *conciencia como el conjunto de creencias morales centrales de una persona y como condición intrínseca e individual* y es incorrecto y erróneo considerarla un atributo institucional. *En sentido estricto, ninguna institución puede experimentar culpa, sufriendo por lesiones a su identidad.* La OC nunca puede ser institucional, pueden tener una idea acerca del tema, pero la conciencia es un privilegio de la persona humana. (Sonia Ariza Navarrete, 2018) (González, 2016) (Alegre, 2010)

No cabe duda de que la objeción institucional interfiere de forma problemática en el ejercicio profesional de médicas/os y de forma indirecta fuerza a todo el personal a exceptuarse también del deber profesional y legal, imponiendo la institución su ideario sobre las conciencias individuales. (Sonia Ariza Navarrete, 2018) (Comité

de Ética del Colegio Estadounidense de Obstetras y Ginecólogos en colaboración con el miembro del comité Lisa H. Harris, 2017) (link, 2010).

Independientemente de si usted es o no OC, está a favor de la reciente aprobación de la ley de Interrupción Voluntaria del Embarazo, 27.610 ?

114 respuestas



Un 21.9% no está a favor de la aprobación de la ley y un 19.3% aún no tiene bien clara su postura, y esta respuesta puede ser por varios motivos según repuestas anteriores:

- 1- **El monopolio de la moral:** la vida moral como argumento conservador y tradición debilita varios derechos humanos, principalmente los derechos vinculados al género y la sexualidad. Se discrimina y se excluye a las personas que no entran en ese esquema de valores y, además, se construyen herramientas para obstaculizar posibles avances y hacer retroceder los logros del movimiento de mujeres (Maïte Karstanje, 2019 - 2020).
Un ejemplo clásico es el argumento tradicional de la “**objeción de conciencia**”, en el cual se reclama el derecho a no tener que realizar acciones que afecten profundamente la conciencia personal y agrupada.
- 2- **El valor de la vida humana:** Este argumento del valor de la vida humana como absoluto y el hecho de que deba ser protegida desde el momento de la concepción esconde, de alguna manera, un dogma religioso. Aun cuando en la mayoría de los casos no fue expresado en estos términos, la idea que subyace a estas afirmaciones está relacionada con entender que solamente dios puede decidir respecto de la vida humana y que las personas no pueden interferir en el desarrollo “normal” de una vida en gestación (Maïte Karstanje, 2019 - 2020).
- 3- **Argumentos misóginos y paternalistas:** Se argumenta, por ejemplo, que la legalización haría del aborto un método anticonceptivo y que por lo tanto

produciría un aumento exponencial de la práctica, principalmente en adolescentes y jóvenes. Con esta falsa teoría los grupos conservadores dejan entrever que la mujer no es capaz de tomar una decisión con responsabilidad. Hablan de un “síndrome post aborto” con una falsa actitud protectora y paternalista, donde sostienen que cada mujer que transita una situación de aborto sufre de este síndrome. Sin embargo, la Organización Mundial de la Salud no reconoce la existencia de un “estrés post aborto” y varias investigaciones a nivel mundial demuestran que no existe tal síndrome y que es la denegación del aborto o las condiciones de la experiencia las que causan un impacto en la salud mental de las mujeres (Maïte Karstanje, 2019 - 2020).

Los argumentos tradicionales anti-derechos esconden dogmas religiosos. Es importante dismantelar estos argumentos para revelar interpretaciones religiosas y conservadoras, es importante mostrar cómo se usa el lenguaje de derechos humanos para predicar normas, cambios e ideas conservadoras y religiosas que van en contra de la esencia de los derechos de las mujeres y los derechos de otros grupos marginalizados.

Después de varios meses de debate en la cámara de diputados, durante tres días, 144 expertas/os a favor (73) y en contra (71) del proyecto dieron sus visiones acerca del proyecto de ley sobre la legalización de la Interrupción Voluntaria del Embarazo, en el senado: 24 mujeres y 47 hombres. ¿Qué dijeron las/os expertas/os en contra de la legalización? ¿Qué argumentos negativos de los que surgieron en las sesiones en comisiones fueron más replicados? ¿Qué argumentos negativos fueron menos desmentidos y rebatidos por las/os expertas/os a favor de la legalización?

Las principales críticas al proyecto hicieron hincapié en los puntos débiles del mismo y fueron hacia las causales en la interrupción legal del embarazo después de las 14 semanas, la penalización y la regulación de la objeción de conciencia más limitada y exclusiva de ejercer solo por lo que intervienen en forma directa en el procedimiento.

Se argumentó que aprobar el proyecto significaría pasar a un modelo de regulación de aborto irrestricto: se tendría derecho a acceder a abortos a petición hasta la semana 14 inclusive y luego, se flexibilizarían las causales hoy existentes a través de una interpretación más amplia que daría lugar a una casi una “legalización total”, porque de un día para el otro el embrión vuelve a tener cobertura legal ? y esto es lo que más molesta o hace ruido a la población en general, que la ley progrese o apunte a una legalización absoluta, que podría generar ese casi 40% de respuestas negativas.

Otra crítica que hacen los expertos anti-derecho es hacia la regulación de la OC, no reconocer la objeción institucional, exigir que el/la objetor/a participe derivando o

adoptando medidas para garantizar el aborto e incluso realizando el aborto en determinados casos.

Respuestas con fundamento a la crítica sobre el plazo y la interpretación de las causales, se puede responder que la legislación debe avanzar y ser superadora de la protección actual del derecho de las mujeres a interrumpir su embarazo por lo que no podemos volver a discutir lo que se legisló en 1921. La progresividad implica que no se puede retroceder en el reconocimiento de derechos pues sería violatorio de los tratados internacionales de derechos humanos. La Corte Interamericana de Derechos Humanos reconoció, en el caso “Artavia Murillo c. Chile” que la protección del derecho a la vida reconocida en el artículo 4 de la Convención Americana sobre Derechos Humanos no es absoluta, es gradual e incremental. Este estándar fue receptado también por la Corte Suprema de Justicia de la Nación. Esta gradualidad implica que se debe regular distinto lo que de base es distinto y así lo hacen nuestras normas. Un análisis integral del derecho vigente muestra que nuestro ordenamiento jurídico no equipara embriones o fetos con niñas/os. Para el derecho civil, el nacimiento es un punto crucial para una protección diferencial entre el embrión o feto y una niña/o. Para el derecho penal, el aborto no es un homicidio. Nuestro punto de partida no es un escenario de prohibición total del aborto, nuestro modelo de regulación ya incluye supuestos de aborto legal por lo que no resulta relevante para el debate cuando comienza la vida humana o cuál es el estatus jurídico del embrión/feto (Maite Karstanje, 2019 - 2020).

Con respecto a las críticas sobre la regulación de la objeción de conciencia, se puede argumentar que el proyecto de ley recepta los lineamientos establecidos por la Corte Suprema de Justicia de la Nación y los protocolos sanitarios vigentes en materia de abortos legales. La OC, que deriva del artículo 19 de la Constitución Nacional, es un acto individual que no busca cuestionar una norma por lo que no puede utilizarse para privar de derechos a otras personas.

La OC supone un privilegio para no realizar prácticas. Esta situación no exime a profesionales de la salud de su deber de brindar información y de realizar la derivación correspondiente de manera rápida y oportuna. Se puede respetar que por principios éticos y religiosos profesionales no realicen prácticas, pero no se puede permitir instituciones que no las realicen. Las instituciones públicas y privadas deben tener en sus equipos personas que garanticen el acceso a abortos legales y seguros. La objeción de conciencia sólo puede admitirse si no causa daños a terceros.

Las personas en contra de la legalización del aborto sostienen que el sistema de salud está colapsado y no podría dar respuesta. Sin embargo, son las complicaciones del aborto inseguro las que requieren asistencia médica y las terapias intensivas, que además tienen un costo sanitario mayor. El acceso a abortos seguros es de bajo costo,

dado que la atención es ambulatoria en la mayoría de los casos, por lo cual no se requirieron recursos o insumos extras.

La estrategia de los grupos de oposición ha sido generar desconocimiento e ignorancia en relación con la regulación del aborto en el país en las/os profesionales de la salud y las personas que buscan acceder a las prácticas.

Un argumento en contra de la legalización fue el cuestionamiento de las cifras y utilizando fuentes “científicas” alternativas. Tal como en el debate de 2018, una de las estrategias discursivas más usadas de las/os expositoras/es en contra de la legalización fue cuestionar las cifras sin aportar datos confiables con avales científico. Cuestionar las cifras es una eficaz estrategia discursiva anti derecho, utilizada a menudo en diferentes debates por quienes se oponen a reclamos sociales. los datos más cuestionados fueron la cantidad de abortos inducidos en el país, la cantidad de muertes maternas por consecuencia de abortos inseguros y la relevancia de la cantidad de abortos como causa de muerte materna. Esta estrategia de desacreditar cifras está estrechamente relacionada con el uso de fuentes “científicas” alternativa, a menudo se hace uso de fake news o noticias falsas, una herramienta ampliamente utilizada por los sectores anti derechos en la cual se adoptan discursos pseudocientíficos y se hace uso de información “alternativa” para ocultar sus orígenes religiosos, crear confusión y disminuir la credibilidad de los argumentos adversos.

Morbilidad y mortalidad: indicadores que dan cuenta del daño (El Aborto en Cifras, 2018 - 2020):

En 2016 se internaron en hospitales públicos 39.025 niñas, adolescentes y mujeres por situaciones relacionadas al aborto (Salud. M. d., 2016). Casi la mitad de ellas (48%) tenía entre 20 y 29 años y 16% eran niñas y adolescentes entre 10 y 19 años.

Entre el 2016 y el 2018, 459 mujeres murieron por causas relacionadas al embarazo, parto y puerperio; 65 de ellas estuvieron relacionadas con el aborto (Salud. M. d., Anuarios de Estadísticas Vitales). Estas muertes representan el 15% del total de las muertes maternas. 9 de las muertes por aborto fueron de adolescentes de entre 15 y 19 años y casi la mitad de las mujeres de 20 a 29 años.

Las mujeres que mueren son personas jóvenes y sanas, que además en muchos casos tienen otros hijos. El portal de noticias LatFem indica que desde 2018 hasta hoy murieron 16 mujeres como consecuencia de abortos inseguros (<https://latfem.org/sin-ley/>, n.d.). Entre todas ellas, tenían 21 hijas e hijos.

En la Argentina en el trienio 2016-2018, 7.262 niñas entre 10 y 14 años tuvieron un parto (Salud, 2018). 8 de cada 10 de estos embarazos fueron no intencionales

(Adolescencia., 2017). El embarazo a término en estas edades cuadriplica el riesgo de muerte durante el embarazo, y aumenta el riesgo de complicaciones como eclampsia, hemorragia posparto, e infecciones (Conde-Agudelo A, 2005). También existen efectos en la salud mental, e incluso en el proyecto de vida: las niñas tienen más probabilidades de abandono escolar, empleos informales, perpetuando ciclos de discriminación y pobreza ((CLACAI), 2019).

Según el informe de gestión 2011-2019 del Municipio de Rosario los dos logros alcanzados gracias a la aplicación del protocolo de ILE han sido:

- La reducción de internaciones por aborto: de 450 en 2009 a 202 en 2018.
- La reducción a 0 del número de muertes maternas por complicaciones en abortos

Según la OMS (Salud O. M., 2020):

- Entre 2015 y 2019 hubo en el mundo un promedio anual de 73,3 millones de abortos provocados (en condiciones de seguridad o sin ellas).
- 3 de cada 4 abortos practicados en África y América Latina fueron realizados en condiciones inseguras.
- En los países en desarrollo, cada año, 7 millones de mujeres son hospitalizadas a consecuencia de un aborto realizado en condiciones inseguras.
- Es posible prevenir casi todos los casos de muerte o discapacidad a consecuencia de un aborto inseguro mediante la educación sexual, el uso de métodos anticonceptivos eficaces, el acceso al aborto legal y seguro, y la atención oportuna de las complicaciones

Las tasas de embarazos no intencionales son más altas en países que restringen el acceso al aborto y más bajas en países donde el aborto es legal (Worldwide, 2020).

En los países que restringen el aborto, el porcentaje de embarazos no intencionales que terminan en aborto ha aumentado durante los últimos 30 años: de 36% en 1990-1994 a 50% en 2015-2019 (Worldwide, 2020).

Un estudio reciente sobre los costos de la atención del aborto en la Argentina asume que, en un escenario en el que la despenalización se acompañe de la garantía de acceso universal, las estimaciones sugieren que se produciría "un ahorro neto de recursos para el sistema de salud en su conjunto, ya que el ahorro por la prevención de las complicaciones gracias a las prácticas seguras, superaría mucho a los costos de sufragar la realización del aborto en condiciones seguras en los centros de salud públicos o privados. [...] desde el punto de vista estrictamente económico, no habría

evidencia a favor de continuar con el actual régimen de ilegalidad en la práctica del aborto en la Argentina. Los resultados de la comparación de los costos monetarios totales (privados o de bolsillo de la paciente y para el sistema de salud) del escenario actual de ilegalidad y práctica insegura del aborto, frente a escenarios potenciales de prácticas seguras, muestran que se podría ahorrar una gran cantidad de recursos si se implementaran los protocolos recomendados, lo cual solo parece posible en un contexto de legalización y control estricto de las prácticas (Monteverde M, 2019).

CONCLUSIONES

Sabemos que muchos casos de OC en la interrupción de embarazo tienen un uso liberal y esa figura plasmada en la bioética y en el derecho se parece más a actos reaccionarios incluso de fundamentalismo religioso y presión política que en, no pocas ocasiones, se traducen en ilícitos y daños a quienes supuestamente debían acompañar, atender y cuidar.

Hay profesionales que emplean las alegaciones de conciencia como parte de un activismo en contra de los derechos reproductivos, en particular el aborto. También hay profesionales que recurren a la OC por temor a la estigmatización en sitios extremadamente hostiles, por miedos infundados producto del desconocimiento o falta de apoyo del lugar donde trabajan, o para no distinguirse de sus superiores y pagar los costos de ese apartamiento. Estas son motivaciones y situaciones distintas entre sí que están equívocamente comprendidas bajo el término OC pero que requieren abordajes y respuestas diferentes.

La ley 27.610 se aprobó el 30 de diciembre de 2020. El debate en el recinto comenzó el 10 de diciembre. El proyecto de ley obtuvo 131 votos a favor, 117 en contra y 6 abstenciones. Previo a la sanción de esta ley, en Argentina estaba vigente desde 1921 una ley añosa, desactualizada y dejada de lado por mucho tiempo (más de 100^a) con un sistema de causales que definían la legalidad de la práctica. El aborto estaba permitido en tres situaciones específicas y que debían ser justificadas: peligro para la vida de la mujer, peligro para la salud de la mujer y en caso de violación. La OC no estaba regulada con un marco legal y cualquier persona podía ejercer ese derecho de forma ilimitada, con muchos matices no definidos que daban rienda suelta al no cumplimiento con los deberes y obligaciones de los trabajadores de salud, usando este derecho con abuso desmedido y dejando en una posición de vulnerabilidad total a las pacientes sin que nada ni nadie se ocupara de esta situación, ocurriendo hasta casos de muerte por abandono de pacientes (link, 2010).

Según una encuesta realizada a más de 260 profesionales de la salud de la Argentina, la interrupción legal del embarazo (ILE) es, por lejos, la práctica de salud más objetada (Michel, 2018). Hay profesionales que niegan atender casos de IVE-ILE no motivados por razones religiosas o morales, pero tampoco porque sean fundamentalistas religiosos o conservadores políticos; usan la única arma disponible para salir de lo que perciben, una situación que solo les traerá problemas más o menos serios. En estos casos la OC funciona como un escudo frente al desconcierto

y al miedo a eventuales problemas legales, escraches, acosos, como se han visto por grupos conservadores. Abundan los ejemplos de hostigamiento (Nacion, 2018).

La OC tiene una dimensión moral muchas veces costosa vinculada a la decisión de no cumplir con ciertos principios y deberes que tienen la vocación de guiar el comportamiento de la persona que brinda servicios de salud y si bien hoy en día los art.10/11 en conjunto con la resolución 1535/2021, permitió regular con un marco legal la OC, sumado a la mayor cantidad de información acerca del tema para su correcto manejo, hay que hacer hincapié en que las relaciones internas del equipo de salud son clave, la comunicación, la reflexión colectiva, trabajar sobre la desinformación y el estigma.

Muchas profesionales que trabajan en ambientes hostiles no hablan abiertamente de su trabajo. Este silencio alimenta una suerte de círculo vicioso: cuando estos profesionales no hablan sobre la atención de aborto que ofrecen, su silencio perpetúa el estereotipo de que el aborto es algo desviado o inusual. Contribuye a la percepción que los profesionales "serios" o responsables no se involucran en esas situaciones.

El aborto no es considerado como un evento único o aislado. Por el contrario, se trata de un evento enmarcado en un contexto de derechos sexuales y reproductivos y no reproductivos, en el derecho al acceso a la salud y en el ejercicio del derecho a la autonomía, por eso es muy importante que todos los trabajadores de la salud relacionados con el tema, sin importar la institución debemos conocer la ley en su integridad.

La OC es un derecho y como cualquier derecho tiene límites. Quien alega OC no queda exceptuado de cumplir el resto de sus deberes ni es un paso libre para maltratar o afectar a la paciente y el ejercicio de su autonomía. Debemos abordar las motivaciones para objetar. Hay que trabajar en las condiciones institucionales, incentivar para la provisión, desde la formación de profesionales, regulación de la estructura jerárquica y la organización del servicio para garantizar la autonomía del profesional.

A la OC hay que tomársela en serio con todo lo que significa, un acto de humildad en los profesionales responsables, como una barrera, como zona de confort, y como desafío para una política sanitaria de ejercer coordinación, control, rectoría, normalización, legitimación, todo lo que le corresponde hacer a una política sanitaria.

Claves para abordar estos usos imprevistos de la OC según las respuestas obtenidas:

- 1- Concentrarse en mejorar el acceso a la Interrupción voluntaria, y no colocar la OC en el centro de nuestras acciones. Esto va más allá de intentar vencer esta resistencia, es tema mucho más profundo.
- 2- Armar equipos, sumar a nuevos profesionales de la salud, capacitados en la práctica, para disminuir posibles oportunidades de castigos informales, y el temor al aislamiento y posibles hostigamientos.
- 3- Continuar nutriendo las redes de profesionales, como antídoto al estigma y aislamiento.
- 4- Exigir y adoptar medidas más concretas, como disponer de capacitaciones, promover espacios de reflexión, en contra de la desinformación, la ignorancia o los prejuicios médicos que también alimentan el uso de la OC.
- 5- Mostrar los efectos dañinos con cifras concretas y reales de la negación de servicios, y nombrar, cuando corresponda, aquellos comportamientos de quienes, pretendidamente objetores, cometen ilícitos.
- 6- Insistir en la obligación estatal de adoptar medidas para respetar, proteger y garantizar la libertad de conciencia de los profesionales que proveen ILE o que estarían dispuestos a hacerlos.
- 7- Poner en marcha mecanismos de incentivos (económicos, y no económicos) para la provisión de ILE.
- 8- Fortalecer los mecanismos verticales y horizontales (judiciales y no judiciales) de rendición de cuentas.
- 9- Crear de forma urgente un registro de objetores y no objetores de manera tal que le permita al sistema tanto público como privado crear en base a este políticas públicas, organizativas, planeamientos y poder garantizar de esta manera ambos derechos, el de objetar a los profesionales que así lo consideren y el derecho a un aborto seguro libre y gratuito.

Bibliografía

- (OMS), O. M. (2012). *Organizacion Mundial de la Salud* . Obtenido de Organizacion Mundial de la Salud : <https://www.who.int/es/>
- (RAE), R. A. (2021). *Real Academia Española-Diccionario en línea*. Obtenido de Real Academia Española-Diccionario en línea.: <https://www.rae.es/>
- and, C. S. (2014). <https://www.supremecourt.uk/cases/docs/uksc-2013-0124-judgment.pdf>.
- Argentina, D. N.-S.-M. (2021). *protocolo-IVE_ILE-2021-26-05-2021.pdf*. Obtenido de https://bancos.salud.gob.ar/sites/default/files/2021-05/protocolo-IVE_ILE-2021-26-05-2021.pdf
- Argentina., R. -R. (2021). *REDAAS*. Obtenido de REDAAS: <http://www.redaas.org.ar/objecion-de-conciencia-recursos>
- CIDH, C. I. (2021). *Organizacion de los Estados Americanos- OEA- Mas Derechos para mas Gente* . Obtenido de <http://www.oas.org/es/cidh/mandato/Basicos/PrincipiosPPL.asp>
- conciencia, F. I. (07 de noviembre de 2006). <https://www.figo.org/es>.
- Gerbaldo, P. S. (s.f.). <https://www.argentina.gob.ar/>. (E. y. Ministerio de Trabajo, Ed.)
- Juridica, S. A. (13v de Marzo de 2012). *F., A. L. s/ Medida autosatisfactiva*. Obtenido de F., A. L. s/ Medida autosatisfactiva.: <http://www.saij.gob.ar/corte-suprema-justicia-nacion-federal-ciudad-autonoma-buenos-aires--medida-autosatisfactiva-fa12000021-2012-03-13/123456789-120-0002-1ots-eupmocsollaf>
- link, w. (06 de 12 de 2010). <https://www.womenslinkworldwide.org/premios/casos/caso-ana-maria-acevedo>. Obtenido de <https://www.womenslinkworldwide.org/premios/casos/caso-ana-maria-acevedo>: <https://www.womenslinkworldwide.org/premios/casos/caso-ana-maria-acevedo>
- Presidencia, A. (15 de Enero de 2021). *BOLETIN OFICIAL DE LA REPUBLICA ARGENTINA - LEY 27.610*. Obtenido de <https://www.boletinoficial.gob.ar/detalleAviso/primera/239807/20210115>
- Ramón Michel, A. &. (2019). *Usos imprevistos y respuestas a la OC en el aborto legal - Bs As*. Obtenido de REDAAS: www.redaas.org.ar/
- Ramón Michel, A. R. (2020). <https://www.redaas.org.ar/objecion-de-conciencia-mapa> .
- REDAAS. (2021). *OBJECION DE CONCIENCIA EN LA INTERRUPCION VOLUNTARIA DE EMBARAZA*. REDAAS: www.redaas.org.ar/.
- REDAAS. (s.f.). *OBJECCIÓN DE CONCIENCIA EN LA LEY SOBRE INTERRUPCION VOLUNTARIA DE EMBARAZO*.

REDASS. (2021). Objecion de Conciencia en la Ley de IVE/ILE. 16. Obtenido de REDAAS: www.redaas.org.ar, CEDES: www.cedes.org, ELA: www.ela.org.ar

Salud., L. P. (21 de 06 de 2001). <http://www.santafe.gob.ar/index.php/web/content/view/full/43588>.
Obtenido de <http://www.santafe.gob.ar/index.php/web/content/view/full/43588>:
<http://www.santafe.gob.ar/index.php/web/content/view/full/43588>

Salud., R. P. (28 de 04 de 2010).
[https://www.santafe.gov.ar/index.php/web/content/view/full/126201/\(subtema\)/93802](https://www.santafe.gov.ar/index.php/web/content/view/full/126201/(subtema)/93802).
Obtenido de [https://www.santafe.gov.ar/index.php/web/content/view/full/126201/\(subtema\)/93802](https://www.santafe.gov.ar/index.php/web/content/view/full/126201/(subtema)/93802)

Trabajo, S. d. (2020). <https://www.argentina.gob.ar>. Obtenido de : <https://www.argentina>.

