UNIVERSITAT DE BARCELONA
Observatori de Bioètica i Dret Universitat de Barcelona
FLACSO ARGENTINA

Revista de Bioética y Derecho
Perspectivas Bioéticas
www.bioeticayderecho.ub.edu - ISSN 1886-5887

ARTÍCULO

Objeción de conciencia y aborto: creencias propias, violencias ajenas

Conscientious Objection and Abortion: private beliefs, public violence

SOLEDAD DEZA *

OBSERVATORI DE BIOÈTICA I DRET DE LA UNIVERSITAT DE BARCELONA

La Revista de Bioética y Derecho se creó en 2004 a iniciativa del Observatorio de Bioética y Derecho (OBD), con el soporte del Máster en Bioética y Derecho de la Universidad de Barcelona: www.bioeticayderecho.ub.edu/master. En 2016 la revista Perspectivas Bioéticas del Programa de Bioética de la Facultad Latinoamericana de Ciencias Sociales (FLACSO) se ha incorporado a la Revista de Bioética y Derecho.

Esta es una revista electrónica de acceso abierto, lo que significa que todo el contenido es de libre acceso sin coste alguno para el usuario o su institución. Los usuarios pueden leer, descargar, copiar, distribuir, imprimir o enlazar los textos completos de los artículos en esta revista sin pedir permiso previo del editor o del autor, siempre que no medie lucro en dichas operaciones y siempre que se citen las fuentes. Esto está de acuerdo con la definición BOAI de acceso abierto.

* Soledad Deza. Abogada. Magister en Género, Sociedad y Políticas Públicas (FLACSO). Directora del Centro de Estudios de Género. Docente de la Cátedra de Medicina Legal en la Facultad de Medicina Legal, Universidad San Pablo de Tucumán, Argentina. E-mail: sd.tucuman@gmail.com.
* Este artículo formó parte de las ponencias seleccionadas en las III Jornadas Internacionales de la Red Ibero-Americana de Bioética de la International Association of Bioethics (IAB): "La objeción de conciencia en las profesiones sanitarias: retos y propuestas desde una bioética cívica", organizadas por la Red Iberoamericana de la IAB y el Consejo Superior de Investigaciones Científicas (CSIC) de España, celebradas en Madrid el 24 y 25 de septiembre de 2015.

Resumen

La objeción de conciencia invocada por los/as miembros/as del equipo de salud frente a la solicitud de interrupción legal de embarazo, se ha transformado en Argentina en uno de los principales obstáculos para el acceso a la salud de las mujeres. Resistencias de tipo cultural, social y religiosas se auto-convocan en la salud pública para indisponer la prestación médica y a la vez, imponer maternidades forzadas o abortos inseguros. La protección de la libertad de conciencia es noble, pero el costo de esa protección no puede —con justicia ser pagado por las libertades y la autonomía de las mujeres. Este trabajo tiene como objetivo analizar las potencialidades de la objeción de conciencia en el personal de salud que es parte del Estado —un Estado garante del acceso a la salud— desde un punto de vista feminista, que busca visibilizar el contexto que precede a las mujeres y que subyace a la relación médico-paciente que enmarca el problemática, para evidenciar que esas asimetrías impiden —por la violación de derechos que entraña, la desigualdad que consolida y la violencia que configura— el uso de esta herramienta en la atención pública.

Palabras clave: aborto; objeción de conciencia; violencia; salud; autonomía.

Abstract

Conscientious objection raised by the members health team against the application for legal interruption of pregnancy in Argentina, has become one of the main obstacles to access to health care for women. Cultural, social and religious resistances self-convene type in public health, to alienate the medical service at the same time, impose forced maternity or unsafe abortions. The protection of freedom of conscience is valuable, but the cost of that protection can't be paid —with justice— for women's freedom and autonomy. This work aims to analyze the potential of conscientious objection in health personnel that is part of the State-a State guarantee access to health- from a feminist point of view, which seeks to make visible the context that precedes women and behind the doctor-patient that frames the problematic relationship to show that these asymmetries —for prevent the violation of rights involved, inequality and violence that consolidates configuration using this tool in the spotlight.

Keywords: abortion; conscientious objection; violence; health; autonomy.

Introducción

La interrupción del embarazo está criminalizada en Argentina salvo para el caso de embarazos riesgosos para la mujer o que provengan de una violación. En estos casos, el aborto, entendido como la interrupción del embarazo practicada por un/a médico/a diplomado con el consentimiento de la mujer, es legal.

Independientemente de la legalidad de la práctica médica de interrupción de embarazo, su acceso es dificultoso con todo el país. Uno de los obstáculos más comunes, es la objeción de conciencia manifestada por los/as profesionales de la salud que se desempeñan en el ámbito público de la atención sanitaria, ya sea en hospitales y Centros de Atención Primaria (CAPS).

La objeción de conciencia puede definirse en este caso, como una herramienta que permite a quienes invocan escrúpulos de conciencia frente al aborto, eximirse de brindar la atención sanitaria propia del caso.

Sin embargo, el escenario para el uso de esta herramienta es complejo en Argentina. Por un lado, el Estado Nacional es garante del acceso a la salud pública de la población lo cual dificulta la posibilidad de contar, dentro de sus agentes, con profesionales que no están dispuestos a satisfacer las prestaciones que el mismo Estado empleador está obligado a asegurar. Por otra parte, la salud sexual y reproductiva es de las políticas públicas más endebles en nuestro territorio y además de su dispar implementación en las distintas Provincias, existe un fuerte componente político antagónico, que es el activismo —abierto y público— de la Iglesia Católica que en contra de la educación sexual y en general, de la mayoría de los dispositivos relacionados con la emancipación sexual y reproductiva de las personas.[1]. Finalmente, en el cómputo de la complejidad del escenario debe incluirse la asimetría propia de la relación médico-paciente que se profundiza en el ámbito público de la prestación, donde las mujeres forman parte de sectores populares más desaventajados, cuyos contextos es indefectible se valoren a la hora de saldar la discusión: libertad de conciencia de objetores/as vs. libertades varias de las mujeres.

Por ello, la tensión entre libertad de profesar libremente un culto de el/la efector/a de salud vs. libertad reproductiva de la usuaria de la salud en el ámbito público de su prestación, demanda

[1] Vaggione, Juan Marco et Al (2013) "Algunos puntos de discusión en torno al activismo (religioso) conservador en América Latina" en "Conservadurismo, Religión y Política. Perspectiva de investigación en América Latina". Ed. CONICET y Católicas por el Derecho a Decidir Argentina.

un análisis distributivo[2]que incluya la situación política de la salud sexual y reproductiva de las mujeres, sobre el "peso" de cada uno de los derechos en juego, sobre los discursos/mandatos culturales que subyacen, sobre los actores estratégicos involucrados y sobre el contexto que rodea a las usuarias.

1. Estado garante del acceso a la salud

El alto impacto que viene teniendo el derecho internacional en materia de derechos humanos de la población y la normativa vigente, convocan[3] a un nuevo actor en esa obligación de garantizar el acceso a la salud: el Estado. Se sostiene en este sentido que

> *"El Estado nacional tiene un rol de garante final en el cumplimiento de esas obligaciones, aún en casos que resulten de competencia directa de las provincias. Se trata en definitiva de una obligación de garantía cuyo alcance aún no ha sido definido de manera clara, pero que a simple vista, ubica a las tres instancias del Estado nacional en una posición de fiador final, con el deber de activar esa garantía de protección de los derechos si el deudor principal no cumple debidamente. No se trata en consecuencia de un fiador o garante pasivo o expectante, sino que obliga a las autoridades federales a tomar acciones afirmativas y a adoptar medidas efectivas para que las provincias cumplan con las obligaciones internacionales"* (Abramovich et Al, 2008).

---

[2] Alviar García, Helena y Jaramillo Sierra, Isabel C. (2012) *"Feminismo y crítica jurídica"*. Colección Derecho y Sociedad. Ed. Siglo del Hombre. Universidad de los Andes. Bogotá. Colombia. Ambas autoras en su obra, proponen un análisis distributivo del derecho como alternativa crítica al legalismo liberal que domina las aproximaciones a lo jurídico dentro y fuera del litigio. La herramienta del análisis distributivo del derecho propone recurrir a los aportes del feminismo a la crítica del liberalismo para lograr una herramienta que evite la aplicación mecánica de la norma y recurra al análisis de los contextos que rodean los conflictos.

[3] Con la reforma de la Constitución Nacional de 1994 se reconoce la tutela y la protección de la salud. El artículo 42 que reconoce el derecho de los consumidores y usuarios de bienes y servicios a la "protección de la salud y seguridad" en la relación de consumo que genera. La falta de referencia a la garantía universal de este derecho, limita la protección a las relaciones de consumo y podría considerarse que debilita en cierta forma el impacto de la tutela. A través del art. 75 inc 22 se logró otorgar jerarquía constitucional a once declaraciones y tratados internacionales de derechos humanos y entre ello, al artículo 12 del Pacto Internacional de Derechos Económicos, Sociales y Culturales (PIDESC) que define a la salud como "el derecho de toda persona al disfrute del más alto nivel posible de salud"[3] y es como el Estado Nacional queda obligado a garantizar el contenido mínimo de los derechos económicos, sociales y culturales sin que pueda excusarse con fundamento en la falta de recursos disponibles para incumplir.

De no ser así, las leyes sancionadas en la materia, no dejarían de ser sino enfáticas enumeraciones programáticas vacías de operatividad.

En esta misma línea de garantía respecto del acceso puntual al aborto, se pronunció la Corte Suprema de Justicia de la Nación en lo que se conoce localmente como fallo "F.A.L"[4] (fallo A.F s/Medida Autosatisfactiva), un caso paradigmático que al mismo tiempo que re-actualizó la vigencia del aborto para casos de violación, se refirió sin que nadie lo hubiera planteado, a la objeción de conciencia como un derecho de los profesionales de la salud que dentro de ciertos límites, puede ejercerse.[5]

Pero a estas alturas, es útil recordar que el Estado es un ente ideal, una construcción ficcional necesaria para legitimar el ejercicio del poder político y como persona jurídica de existencia ideal, exterioriza su voluntad política y lleva a cabo sus acciones de gobierno a través de sus órganos.[6]

El concepto de "órgano" explica que esta ficción que sirve para atribuir al Estado la manifestación de voluntad u omisión del Estado. Indica Agustín Gordillo (2009) que "el órgano es un conjunto de competencias —algo así como un "cargo," *office*, *ufficio*, *Amt*, etc.— que será ejercido por una persona física —el funcionario público, agente o "personal" del Estado— que, al actuar dentro de las atribuciones o funciones que le han sido conferidas, produce tal imputación". Es así que en el campo de la actuación sanitaria pública, los profesionales de la salud, son "órganos" o "agentes" del Estado.

Y como agentes del estado, tanto las acciones como las omisiones de los profesionales de la salud que trabajan en una Institución Pública, generarán además de la responsabilidad personal, responsabilidad estatal cuando afecten con sus conductas a terceras personas. El ejercicio de la objeción de conciencia frente a la solicitud de aborto, cuando impide que la mujer acceda a la prestación médica específica —por falta de disponibilidad real de la prestación médica, por falta del recurso humano para ponerla a disposición o de voluntad política para organizar el Servicio de forma tal de que el aborto esté dentro de las opciones reales para una mujer que ha sufrido una

---

[4] CSJN in re "F.A.L s/Medida Autosatisfactiva" del 12/03/2012.

[5] No puede dilatar, retardar, ni impedir la práctica. (Considerando Nº 29).

[6] "La persona jurídica, pues, no es una realidad social, ni política ni física (social, política y físicamente, es una ficción); es tan sólo una realidad jurídica, como dijera Barcia López, o mejor dicho, un concepto, una idea, una noción que se encuentra en el derecho. Los entes, en cambio, que tienen personalidad jurídica, o dicho de otra manera, los entes a quienes corresponde una persona jurídica en el plano del derecho, son casi siempre realidades sociales, políticas, etc.: Pero eso no agrega ni quita realidad o ficción a la persona jurídica misma". Gordillo, A "Tratado de Derecho Administrativo" 10ª ed., Buenos Aires, F.D.A., 2009.

violación o cuya salud está en peligro— pasa de ser una conducta defensiva, a ser una conducta "agresiva".

O lo que es igual, pasa de ser una herramienta que protege conciencias, a un dispositivo para disciplinar procesos reproductivos y menoscabar la soberanía de las mujeres sobre esos mismos procesos.[7]

La objeción de conciencia para poder funcionar dentro de un Estado que es garante del acceso a la salud pública, no puede afectar el funcionamiento del Servicio y para ello, no puede indisponer en la práctica ciertas prestaciones sanitarias a consecuencia de que no exista recurso humano dispuesto a llevarlas a cabo.

Desde la Jurisprudencia se ha reseñado la responsabilidad estatal por la actividad de sus agentes públicos en el área de la salud pública. En el fallo "**Brescia Noemí Luján**" (1994) la Corte Suprema señaló "Que el adecuado funcionamiento del sistema asistencial médico no se cumple tan solo con la yuxtaposición de agentes y medios, con su presencia pasiva o su uso meramente potencial, sino que resulta imprescindible, además, que todos ellos se articulen activamente en cada momento y con relación a cada paciente".[8]Y respecto de la calidad de los deberes exigibles, se indicó en el mismo fallo que pesan sobre los agentes públicos "el deber de asistencia que prescriben las normas contenidas en el Código Internacional de Ética Médica, el Código de Ética de la Confederación Médica Argentina y la Declaración de Ginebra. Es, precisamente, respecto de dichos ordenamientos particulares que atañen a los profesionales del arte de curar, que esta Corte ha señalado que no cabe restringir su alcance ni privarlos de toda relevancia jurídica, sino que se impone garantizarles un respeto substancial para evitar la deshumanización del arte de curar, particularmente cuando de la confrontación de los hechos y de las exigencias de la conducta profesional así reglada, podría eventualmente surgir un juicio de reproche con entidad para comprometer la responsabilidad de los interesados".[9]

En el fallo "**Ledesma Luis c Provincia de Santiago del Estero"(2006),** la Corte aclara conceptualmente la función social de las Instituciones Públicas mediante las cuales el Estado asegura el acceso a la salud "El hospital público es, pues, una consecuencia directa del imperativo constitucional que pone a cargo del Estado —en el caso, el provincial— la función trascendental de la prestación de los servicios de salud en condiciones tales de garantizar la protección integral del ser humano, destinatario esencial de los derechos reconocidos por la Constitución y por

---

[7] Deza, S et Al "Jaque a la Reina. Salud, autonomía y libertad reproductiva en Tucumán". Cienflores. Buenos Aires. 2014.

8 CSJN, fallo "Brescia Noemí Luján". 22/12/1994 - Fallos: 317:1921. Considerando Nº 20.

[9] CSJN "Brescia Noemí Luján". Considerando Nº 10.

diversos tratados internacionales con igual jerarquía, entre los cuales se encuentra el derecho a la salud arts. 14 bis, 33 y 75, inc. 22, de la Constitución Nacional".[10]

En diciembre de 2014, el Poder Ejecutivo de Argentina, pidió disculpas públicas en el caso que se conoce como **L.M.R.**[11], luego de que el Estado Argentino fuera condenado internacionalmente porque un hospital denegó un aborto a una mujer con discapacidad mental.

Vale decir, que en Argentina el Estado debe tener disponible el acceso a las prácticas médicas de interrupción de embarazo para los casos permitidos por la ley y que asegurará esa atención sanitaria a las mujeres a través de los profesionales vinculados laboralmente para prestar funciones dentro de sus Instituciones.

La pregunta entonces es ¿pueden esos agentes del Estado, invocando objeción de conciencia, declinar funciones que el Estado no puede declinar y para las cuales han sido contratados?

2. Objeción de conciencia y aborto

Puga y Vaggione (2013) advierten que la objeción de conciencia en materia de aborto es una estrategia política desplegada en Argentina por la Iglesia Católica, para impedir el acceso a las políticas de salud sexual y reproductiva de las mujeres que han tomado auge en los últimos tiempos.

De hecho, la objeción de médicos ha sido "llamada"[12] por las jerarquías eclesiásticas católicas de forma abierta y pública.

---

[10] CSJN Ledesma, Luis c/ Santiago del Estero, Provincia de s/ daños y perjuicios. 11/07/2006 - Fallos: 329:2737.

[11] Las obligaciones del Estado no son a título informativo, como tampoco su responsabilidad. Baste en este sentido recordar que la responsabilidad de Argentino en la falta de garantía y de provisión de servicios asistenciales que se tradujeron finalmente en el impedimento cierto de derecho a la interrumpir un embarazo en un caso de aborto no punible, ya fue dictaminada en el caso "LMR vs. Estado Argentino" donde además de imponer la obligación de responder pecuniariamente indemnizando los daños y perjuicios ocasionados a la mujer víctima de violación a la cual se le negara el acceso al aborto no punible, le recordó que "*El Estado tiene la obligación de tomar medidas para evitar que se cometan violaciones similares en el futuro*" CCPR/C/201/D/1608/2007.

[12] A modo de ejemplo sobre la cruzada mediática que se ha hecho para alentar la objeción de conciencia se ofrece el siguiente clipping: "Monseñor Zecca vuelve a embestir contra el aborto" nota del 1/04/2012 (disponible en http://www.eldiario24.com/nota.php?id=250299), "Zecca pidió a los médicos que hagan valer su derecho a la objeción de conciencia" nota del 4/04/2012 (disponible en http://www.elsigloweb.com/nota.php?id=89144), "Monseñor Zecca molesto con Alperovich por su postura sobre el aborto", nota periodística del 4/04/2012 (disponible en

Esto la posiciona de manera más cercana a la objeción "institucional" o a un mandato partidario si se quiere, que a un escrúpulo de conciencia. Si quien objeta está cumpliendo en realidad instrucciones seculares dictadas por las Jerarquías que representan una fe determinada, bastante poco puede afirmarse sobre el carácter "personal"[13] de esas creencias.

Una objeción delineada con estas características políticas, se perfila más como activa, que reactiva. Se perfila más como una herramienta de hacer —de impedir que el aborto esté dentro de la oferta sanitaria pública—, que de evitar hacer o intentar eximirse de practicar aborto.

Sin embargo, entiendo que no trata de prohibir a efectores de la salud pública su derecho a profesar libremente un culto o creencia, ni a intentar preservar sus escrúpulos de conciencia. Tampoco trata de prohibir la objeción de conciencia.

Se trata de sincerar la ineficacia de un Estado que si bien es "garante de la salud pública", cuenta con recursos humanos que en su mayoría o en su totalidad en ciertas Instituciones, se niegan sistemáticamente a brindar atención sanitaria de aborto (la práctica en sí y hasta información sobre el tema).

Se trata de evidenciar en qué medida el accionar de médicos cuyas conciencias se pretende proteger con la figura de la "objeción" impacta en la disponibilidad real de la prestación médica de aborto y que ese obrar está públicamente dirigido por sectores eclesiásticos locales para vaciar

---

http://www.eldiario24.com/nota.php?id=250740), "Zecca opone conciencia al aborto" nota del día 8/04/2012 (disponible en http://www.losprimeros.tv/nota/44257/monsenor-zecca-opone-la-conciencia-contra-el-aborto.html) "El Arzobispo pidió a médicos tucumanos se nieguen a realizar abortos y a Alperovich que recapacite", nota periodística del 20/03/2012 http://www.contexto.com.ar/nota/71771/El_Arzobispo_pide_que_los_m%C3%A9dicos_tucumanos_se_nieguen_a_realizar_abortos_y_que_Alperovich_%22recapacite%22.html) "Zecca volvió a cuestionar el aborto no punible", nota del 9/04/ 2012 (disponible en http://www.tucumanalas7.com.ar/nota.php?id=57938) "Las 62 Organizaciones con Zecca en contra del aborto no punible" nota periodística del 10/04/2012 (disponible en http://www.eldiario24.com/nota/251057/ratificamos-plenamente-nuestra-postura-ya-que-las-circunstancias-politicas-y-la-corrupcion-generalizada-se-han-agravado-peligrosamente.html) "El Colegio de Abogados de Tucumán repudió el fallo de la Corte sobre aborto no punible" nota periodística del 19/03/2012 (disponible en http://www.elsigloweb.com/nota.php?id=87950) "Abogados Tucumanos en contra del fallo de la corte sobre aborto no punible" nota del 15/03/2012 (disponible en http://www.eldiario24.com/nota/249235/los-abogados-tucumanos-en-contra-del-fallo-de-la-corte-sobre-el-aborto.html).

[13] Nótese que al no haber en Argentina una regulación específica sobre el tema, los parámetros para aceptar la objeción surgen del Fallo F.A.L. y de la ley 25.673 que crea el "Programa de Salud Sexual y Procreación Responsable" —dispositivo de política sanitaria que busca asegurar el acceso a la anticoncepción y planificación de la vida reproductiva—, que indican que la objeción de conciencia debe ser personal y no institucional.

de contenido ciertas políticas públicas diseñadas específicamente para la emancipación reproductiva de las mujeres.

Dicho de otra forma, el contenido político que rodea el contexto de los derechos sexuales y reproductivos, y del aborto como un derecho no reproductivo de las mujeres, han producido la migración de la objeción hacia el campo de la "obligatoriedad" donde sus posibilidades se han afianzado con la misma rapidez con que la posición de las mujeres abortantes se encuentra desprotegida y hasta afectada.

La objeción de conciencia, creada jurisprudencialmente como una herramienta destinada a proteger minorías atribuladas que en el juego de mayorías veían ignoradas y sin defensa sus cosmovisiones, ha mutado hoya una herramienta de mayorías. Es posible observar que así como en los inicios de la objeción la misma funcionaba para casos excepcionales —servicio militar y algunos pocos casos relacionados con derechos electorales—, en la actualidad y en el campo de los derechos sexuales y no-reproductivos de las mujeres el uso de esta herramienta invierte su lógica para ser invocada por mayorías no solo cuantitativas, sino también cualitativas.

Cuando digo "mayorías cuantitativas" me refiero a la preponderancia numérica que históricamente tienen los sectores conservadores y religiosos que nutren la objeción de conciencia al aborto en las sociedades latinoamericanas[14] y a cómo estas mayorías se ven cotidianamente fortalecidas en sus discursos y posicionamientos públicos con la falta de laicismo en los Estados y últimamente potenciadas, con la llegada de un Papa Argentino bastante popular que no sólo ha desdramatizado la presencia de la Iglesia Católica en la arena pública, sino que también ha logrado en cierta forma morigerar algunas asperezas, incrementando simpatías y con ello, afinidades y fieles .

Piénsese que el número de objetores/as en algunas provincias de Argentina es de tal magnitud, que existen instituciones completas donde su planta de agentes se niega a garantizar la interrupción de embarazos.[15]

---

[14] Para profundizar el comportamiento de las sociedades Latinoamericanas frente a las relaciones entre la Iglesia Católica y el Estado ver Nugent, G "El orden tutelar. Para entender el conflicto entre sexualidad y políticas públicas en América Latina" en "*La Trampa de la moral única"*, Lima. 2005. Fundación Ford / IWHC.

[15] "Una adolescente sin derechos". Nota periodística que da cuenta de que una niña tucumana que tuvo que ser trasladada desde Tucumán a Buenos Aires porque no hubo, en toda la provincia, un profesional dispuesto a realizarle el aborto. Téngase presente que Tucumán tiene la Maternidad Nuestra Señora de las Mercedes, segunda en número de partos anuales en América Latina (12.000 partos promedio anuales). Noticia disponible en http://www.pagina12.com.ar/diario/elpais/1-233329-2013-11-11.html.

Y cuando me refiero a "mayorías cualitativas", quiero significar puntualmente que a diferencia de lo que ocurrió en el principio del uso de la objeción, cuando la herramienta se invocaba por el ciudadano frente al poder indiscutiblemente superior del Estado; frente a un pedido de aborto, quienes ejercen la objeción de conciencia constituyen la parte "fuerte" de la relación médico-paciente. Es decir, en calidad de poder, la detentan quienes gozan de mayores ventajas y privilegios en calidad de poder.

Este desfase entre lo ideal —un Estado que pretende preservar el campo de libertades de cada individuo— y lo real —una protección estatal que se desatiende el contexto de las libertades en juego y por ello coloca en indefensión a la parte con menos poder— es similar al de las brechas que presenta el discurso jurídico respecto de la igualdad como derecho, donde presumiblemente todos somos iguales ante la ley aunque sabemos en los hechos que esa igualdad difícilmente exista.

2.1. No toda práctica es objetable

De todas formas, aun cuando la objeción de conciencia pudiera estar disponible dentro del Sistema Público de Salud —porque los recursos humanos están organizados y la prestación de interrupción de embarazo está efectivamente disponible—, caben algunas aclaraciones acerca de que no todas las prácticas pueden ser objetables, por la falta de agencia moral[16]de los profesionales en el mismo. Veamos:

Aborto farmacológico: este procedimiento se realiza mediante la toma de un medicamento que ingiere la propia mujer. La agente moral del aborto, quien decide hacerlo y quien lo hace, es la paciente.

A el/la médico/a que limita su conducta a informar a la usuaria sobre que puede llevar adelante la gestación riesgosa o forzada, o bien, puede interrumpirla (son las dos opciones que caben informar), no puede atribuírsele responsabilidad en la decisión que luego tomará la mujer.

En los casos en los cuales quien decide y lleva a cabo la conducta de abortar mediante la ingesta de un medicamento determinado, no se observa margen de acción capaz de impedir que el/la profesional de la salud vea restringida su derecho a profesar libremente su fe. Sostener lo

[16] Para afirmar que un individuo es un agente moral es condición necesaria que éste sea un ser autónomo, teniendo en cuenta que por "autonomía" se entiende la capacidad de elegir, de hacer y actuar según las propias decisiones. "De manera que, si un agente moral es autónomo, entonces es, por definición, responsable de sus decisiones, sus actos y las consecuencias derivadas de los mismos, esto es, puede responder de ellas, puede justificarlas y dar razones de ellas a los otros y a sí mismo" (Cabezas Hernández, 2010:77).

contrario llevaría a considerar agente de un asesinato a quien fabricó las balas y a quien vendió el arma que disparó el/la asesino/a. Y mucho antes que eso, también a quien la diseñó. Quien prepara física y técnicamente a un boxeador no es sujeto moral de las lesiones que este le propina con sus enseñanzas a su mujer. ¿Quién vende a una persona un auto que luego atropella y mata a un peatón, es agente moral de esas muertes considerando que un automóvil es considerado una cosa riesgosa?

Información sanitaria: tampoco es agente moral del aborto el profesional que informa sobre la disponibilidad de este curso de acción o sobre las alternativas terapéuticas para concretar la interrupción. Aconsejar sobre aborto, no convierte a ninguna persona en agente moral de un aborto. Ergo, no pueden ser prácticas objetables por ningún agente de la salud pública.[17]

Pero incluso en los casos en que podría comprometerse la condición de agente moral del aborto del profesional de la salud (a modo de justificar la existencia de una acción que pudiera justificar la objeción de conciencia), entiendo que la ponderación que se impone es rigurosa porque se produce en el marco de una tensión de libertades entre dos personas y que la balanza no puede volverse ciega a las circunstancias de género que rodean esta práctica que tiene exclusivamente a mujeres como actoras.

Legrado y el A.M.EU (aspiración manual endouterina): ambos casos podrían apreciarse de manera diferente puesto que quien lleva a cabo la acción médica de interrumpir la vida del embrión/feto es el profesional que objeta de conciencia.

No obstante, es preciso valorar frente a esta afirmación que este tipo de procedimientos de corte más invasivo solo podrían resultar necesarios de forma excepcional y allí donde el plazo de gestación fuera tan avanzado que impida un aborto. Pero ello no siempre es atribuible a la usuaria.[18]

Aníbal Faúndes (2011) analiza la proyección de los principios bioéticos frente al aborto para mostrar que son éstos los que contribuirán a la construcción de un consenso en materia de

---

[17] En este sentido lo reseña el "Protocolo para la Atención Integral de las personas con derecho a interrumpir legalmente un embarazo", confeccionado por el Ministerio de Salud de la Nación. Disponible en http://www.msal.gob.ar /images/stories/bes/graficos/0000000690cnt-Protocolo%20ILE%20Web.pdf.

[18] Vale decir que si ocurre que una mujer que está en condiciones de practicarse un aborto legalmente, lo solicita en un Hospital Público donde se encuentra frente a la acción/derivación de objetores de conciencia y de ahí en más se somete la disponibilidad del aborto farmacológico a un procedimiento burocrático que dilate en el tiempo el acceso al mismo, esa demora que hasta podría descartar esta posibilidad del aborto con pastillas (proceso menos ambulatorio, menos invasivo y de menos riesgos) y conducir a un legrado, no es justo que sea cargada por la paciente.

atención a la salud con equidad. Para este autor el principio de no maleficencia convoca a los médicos a evitar dilatar innecesariamente este tipo de procedimientos dado que

> *"si se observa desde una perspectiva médica, cuya intención debe ser proteger la salud y los derechos de la mujer y evitar a la vez el riesgo de una actitud paternalista, hay pocas dudas de que cuanto antes se impide el nacimiento de un hijo no deseado, mejor es para la mujer. Tenemos aquí un continuum que se inicia con evitar el acto sexual no deseado o realizado sin protección. Una vez consumado éste existe la posibilidad de usar anticoncepción de emergencia para evitar el embarazo. Tras la falta de menstruación, cuanto antes se lleve a cabo el aborto menor será el riesgo y las consecuencias para la mujer"* (2011,159).

Frente a las potencialidades de objetar de conciencia en estos casos donde la agencia moral de e/la profesional de la salud podría verdaderamente encontrarse comprometida, es preciso analizar que es en el marco de una relación de trabajo donde se está declinando la atención sanitaria y que, de autorizarse, esa "omisión legal" impacta directamente en la usuaria reduciendo sus opciones en casos de embarazos forzados o riesgosos a la de llevar a término el mismo.

2.2. Objeción en el marco de una relación de trabajo

En el ámbito de atención pública de la salud, médicos y médicas que objetan brindar asistencia en casos de aborto y equipo de salud en sentido amplio, forman parte de la planta de empleados/as y funcionarios/as estatales a través de quienes el Estado, como "garante de la salud"[19] respeta, protege y asegura este derecho.

Además la prestación de servicios médicos tampoco es incompatible con la docencia, con lo cual, al estar organizada la currícula médica con el sistema de prácticas rotatorio que utiliza a los Establecimientos Públicos Asistenciales como Hospitales Escuelas, es común que los Jefes de Sala sean al mismo tiempo docentes universitarios, al igual que los Jefes de Servicio y médicos de planta.

La Corte Suprema de Justicia de la Nación aclaró en el fallo F.A.L[20] que la objeción de conciencia en materia de aborto no punible —autorizado por la ley— no podrá obstaculizar el acceso a la práctica médica puntual, ni traducirse en barreras que impidan o dilaten la práctica

---

[19] CSJN en fallo F.A.L *Op. Cit.*

[20] CSJN en fallo F.A.L. *Op. Cit.*

médica que debe estar disponible para las mujeres de forma "permanente", "expeditiva" e "inmediata".[21] Esta directriz judicial obliga a los Estados Provinciales, como garantes del acceso a la salud, a extremar las medidas para tener disponible la información y la prestación de interrupción legal de embarazo.

En el caso del médico/a de la salud pública, existe con el Estado una relación de trabajo voluntaria y electiva de parte de ambas partes contratantes y ambas se benefician con ella. El médico, se beneficia porque percibe una suma de dinero por su trabajo; y el Estado, porque al cumplir él médico con las tareas que incumben a su *lex artis*, cumple también el mismo Estado directamente con su obligación de garantizar el acceso a la salud de quien lo solicita.

Con el mismo razonamiento que se afirma que cuando el profesional cumple su obligación de brindar asistencia sanitaria cumple también el Estado, cuando el profesional de la salud incumple en el ejercicio de sus funciones, también incumple el Estado. Vale decir que cada vez que un profesional de la salud pública indispone información o asistencia sobre aborto y esa mujer ve afectado su acceso a la salud, es el mismo Estado el que está violando el derecho de acceder a la salud.

Esta situación debe conducir al propio Estado a racionar el uso de la objeción de conciencia sólo para los casos en que el accionar sanitario no interfiera con la autonomía, la libertad y la salud de la paciente, e incluso a descartarlo cuando no cuente con ningún recurso humano alternativo para garantizar le disponibilidad de la prestación sanitaria. De lo contrario, para proteger la libertad de conciencia del profesional, el mismo Estado estaría violando la libertad de conciencia, la salud y la autonomía de las mujeres.

Pero volviendo al caso del aborto permitido por la ley. Si la única opción terapéutica para poner fin a un embarazo fuera la de un legrado o un A.M.E.U que, a diferencia del aborto medicamentoso, demanda del profesional de la salud un acto médico que compromete su agencia moral, la procedencia de la objeción de conciencia para estar justificada debe igual analizarse dentro de los límites de derechos afectados —relación médico-paciente— y dentro de los límites laborales que vinculan a objetores/as con el Estado.

En el primer caso, habrá de evaluarse antes qué interés posee el Estado en que efectivamente los servicios sanitarios a su cargo permitan el acceso a la salud de las mujeres en condiciones de abortar, como una forma de respeto de la libertad de conciencia y la autonomía

[21] CSJN en fallo F.A.L. *Op. Cit*. Considerandos Nº 29 y 30.

reproductiva de las mujeres; y qué interés tiene ese mismo Estado en proteger la libertad de conciencia que precisa quien objeta para eximirse de cumplir las obligaciones a su cargo.

Sin embargo, es útil pensar previamente que quienes aceptaron una relación de trabajo con el Estado, conocen que la interrupción de un embarazo es una práctica gineco-obstétrica lícita cuando el embarazo es producto de una violación o pone en riesgo la salud o la vida de la mujer. Y conocen también que tanto brindar información sanitaria sobre prácticas lícitas, como llevarlas a cabo en la praxis, son incumbencias propias que hacen a la *lex artis* por las cuales se vincularon laboralmente con el Estado bajo la forma de agentes prestadores de atención sanitaria. ¿Sería válido que acepten un trabajo, perciban una remuneración por el mismo y luego se muestren renuentes a cumplir parte de las obligaciones que forman parte de ese trabajo, alegando una atribulación de conciencia o la interferencia con la profesión de un culto que no consideraron importantes a la hora de contratar?

Estas limitaciones, que tienen que ver con la imposibilidad de cumplir ciertas funciones que manifiestan objetores/as respecto del aborto invocando libertad de culto, encarnan en realidad, una incompatibilidad laboral. Esta incompatibilidad para el trabajo que esgrime quien objeta realizar un aborto en la salud pública, es las que le impide al Estado contar entre su planta de agentes, con médicos/médicas que no estén dispuestos a asegurar el acceso un procedimiento de interrupción de embarazo legal como es el del aborto no punible.

No parece un acto razonable de un Estado que está obligado a brindar salud a las usuarias y que es responsable de su acceso a la atención sanitaria, (mejorar la redacción de la oración previa) permitir que las convicciones religiosas personales de los agentes de la salud hagan ceder los términos de la relación de trabajo para la cual han sido contratados; y si en el camino queden los derechos de niñas, mujeres y adolescentes que acceden sólo en el ámbito público a la salud sin atenderse, tampoco parece algo justo, ni equitativo, ni igualitario.

Aun si se reconociera la libertad de conciencia como un derecho fundamental[22] —con lo cual no acuerdo— (¿se considera un derecho fundamental? Hasta donde entiendo ese es precisamente uno de los problemas con la OC, que no es, en estricto sentido, un derecho fundamental), cualquier ponderación sobre su afectación como piedra de toque con la posibilidad de objetar en el marco

[22] Prieto Sanchis (2006), por ejemplo, considera a la objeción de conciencia como un derecho constitucional implícito en el derecho a la libertad de conciencia. Sin embargo, discrepo y entiendo que la objeción de conciencia es sólo una herramienta de protección para el derecho fundamental a la libertad de conciencia y culto. Esta diferencia puede parecer sutil o indiferente, pero frente a un conflicto de derechos como ocurre en el encuentro de un profesional objetor al aborto y una paciente, esa diferencia es significativa para ponderarlos y justificar cuál merece mayor protección y por lo mismo, debe prevalecer.

de la prestación pública de salud, implicará sopesar cuánto de libertad de profesar libremente un culto se afecta cuando un/a médico/a realiza un aborto, por un lado; y cuánto de la libertad de conciencia y de libertad reproductiva de la usaría se afectan si se le obliga a parir.

Solo después de esa ponderación, podrá justificarse cuáles de esas libertades es menos costosa de sacrificar en términos de resolución de conflicto de derechos y al mismo tiempo, cuáles son las libertades y autonomías que demandan mayor protección como valores dentro del Estado.

Si bien es recomendable que este análisis se realice caso por caso para evitar crear regulaciones que pocas veces logran contemplar todas las alternativas posibles, mi tesis sostiene que antes de optar el Estado por resguardar la objeción de conciencia de sus profesionales de la salud, debe considerar expresamente cuál es el contexto que rodea a la tensión de derechos que se activa en estas situaciones; y ya sea que escoja un mecanismo normativo —de alcance general— o que lo haga con autorizaciones caso por caso —de alcance particular— la atención sanitaria en el ámbito público exige valorar muy especialmente la situación de la mujer que busca un aborto.

El punto de partida rezagado de las mujeres —sobre todo en sociedades con índices de pobreza importantes— exige del Estado políticas concretas y acciones positivas para reconocer y redistribuir poder. Exige desmantelar todas las herramientas que tiendan de manera abierta o encubierta a debilitar la autonomía y libertad reproductiva. Exige reconocer que la igualdad que se ha pensado de forma supuestamente neutral, no implica realmente igualdad para las mujeres.

Y fundamentalmente, ese punto de vista que significa apreciar el contexto de los derechos, requiere que antes de justificar la objeción de conciencia dentro de profesionales del Estado —sabiendo que ello afecta el acceso a la salud pública de muchas mujeres— se analice el contexto de las usuarias y la injusticia reproductiva que aportan a sus vidas las acciones sociales, políticas y culturales que se imbrican —directa o indirectamente— en torno al aborto.

Este análisis permitirá visibilizar que si bien la libertad de conciencia es valiosa de proteger, no es el único derecho en juego. Además de la libertad de conciencia con que llegan a la relación médico-paciente ambas partes, existen otros derechos fundamentales que se afectan para la mujer cada vez que peticiona un aborto: autonomía, salud y derecho a vivir una vida libre de violencia.

Mary G. Dietz (2001) advierte, con razón, que para los Estados liberales las necesidades de cada persona son concebidas en forma independiente de cualquier condición política o social inmediata, casi desentendiéndose del contexto.

3. Autonomía y autodeterminación de la mujer que gesta

Di Stéfano refiere que la autonomía es un "tipo específico de independencia que comporta autodeterminación, es decir, una autoderminación donde se siguen las reglas elegidas por la propia persona, cuando no elaboradas por ella misma" (1994,57). En esta línea, la idea básica de autodominio subraya la gran distancia que existe entre el ideal de autonomía y la realidad heterónoma de la vida de muchas mujeres y es "incapaz de compadecerse de forma razonable con las difíciles y complejas dimensiones de un sistema sexo-género que funciona no sólo como sistema de socialización, sino también de forma más precisa y penetrante, como un sistema de aculturalización" (1994:61) que busca mantenerse indemne frente a las diferencias en función del género.

Nelly Minyersky señala que en el campo de la bioética "El principio de autonomía reconoce la capacidad moral de las personas y respeta su autodeterminación. Ello significa considerar a las personas como sujetos decisores en materia de reproducción y sexualidad, reconociendo su exclusiva potestad en estos asuntos. El principio de igualdad reconoce la necesidad de que varones y mujeres compartan el compromiso respecto de la vida sexual y la reproducción, refiriéndose también a la equidad entre las mujeres en el ejercicio pleno de los derechos reproductivos y sexuales" (2012:290).

La autonomía implica el reconocimiento de un derecho fundamental[23] de los seres humanos a tomar libremente las decisiones inherentes a su esfera exclusiva de competencia personal. Pero son muchas las peripecias que enfrentan las mujeres que buscan abortar en el marco de una relación médico-paciente segura y respetuosa de los derechos.[24]

Posiblemente el obstáculo que de forma más visible menoscaba la autonomía de las mujeres en estos casos, está constituido por las discusiones religiosas o morales que se disparan —previas o simultáneas a la objeción— frente la expresión de voluntad de interrumpir un embarazo y que ubican como eje de sí mismas, a la corrección/ incorrección moral del aborto. Desde la teoría feminista, como se desarrollará posteriormente, se insiste en resaltar la preponderancia que debe tener la mujer la gestión de su reproducción y en reivindicarla como centro de la resolución todo

[23] Constitución Nacional Argentina. Art. 19.

[24] La ley 26.529 de los Derechos de los Pacientes garantiza el respeto por la autonomía, la confidencialidad y la intimidad; la provisión de asistencia e información sanitaria y un marco de trato digno y respetuoso para todos/as los/as pacientes o usuarios/as.

dilema que ponga en dudas **si el cuerpo de quien gesta se ubica en una esfera real de su exclusiva decisión**.

La capacidad moral de las mujeres para auto-gobernarse reproductivamente no debe suponerse homogénea puesto que varía según los contextos. Sin embargo, es posible trazar algunos lineamientos comunes que evidencian la necesidad de recuperar a la mujer como sujeto moral autónomo —aún frente al feto— y como principales afectadas frente al accionar sanitario que, apelando a la objeción de conciencia, obstruye un aborto e impone un embarazo, un aborto inseguro o una maternidad forzada.

Es una práctica generalizada en la sociedad la de abordar la problemática del aborto recurriendo a argumentos que son propios de un liberalismo moderado, más que de un enfoque feminista. Señala Arlen Salles, desde la bioética, que existen varias áreas desde las cuales es posible imprimir un punto de vista crítico al análisis de los derechos fundamentales comprometidos frente al aborto y que ello requerirá valorar los contextos que rodean la problemática: 1) Contexto de subordinación y pertenencia a un grupo desaventajado; 2) Contexto que reivindique a las mujeres como eje central de la discusión sobre la "corrección o incorrección del aborto"; 3) Contexto estructural que precede, condiciona y contiene a las mujeres abortantes (Salles, 2008,262).

Para desestructurar esa práctica generalizada urge visibilizar la asimetría de poder con la cual llegan y se paran (contexto) las mujeres frente a el/la efector/a de salud que invoca la objeción de conciencia para negarles información, atención y hasta exponerles la propia cosmovisión a manera de censura o disuasión, previo a una derivación.

Siguiendo el esquema propuesto por Arleen Salles analizaré cómo se imbrican los diferentes contextos que se entretejen por debajo de la autonomía reproductiva de las mujeres a la hora de abortar. Ello, con la finalidad de poder analizar críticamente la tensión de derechos presente en la atención sanitaria que enfrenta —y debe garantizar— un pedido de aborto.

3.1. Contexto político de subordinación de las mujeres

Susana Rostagnol analiza "el estatus moral de la mujer" frente a una situación de embarazo con el propósito de mostrar cómo se anula la auto-referencia de las mujeres con las limitaciones y restricciones al aborto. En esta línea se hace la pregunta "¿La mujer es una persona?" y sostiene que en casos en que no se respeta su deseo de no gestar o se le impone una maternidad no elegida, desde una perspectiva de autonomía y control patrimonial de los cuerpos, la mujer no es

considerada persona. Mientras se prive a las mujeres de la autodeterminación en materia reproductiva —es decir mientras no se le dé el status de sujeto moral— se las mantiene en un lugar socialmente subordinado. (2008,5).

Los aportes de la teoría política feminista ponen en el tapete las particularidades de las realidades de las mujeres dentro de un orden social y la insuficiencia de las categorías ordinarias del derecho para comprender esas realidades. Se denuncia especialmente hacia finales de la segunda y principio de la tercera ola (Valcárcel 2001), la existencia de un universal masculino como piedra de toque de legislaciones, que ha servido de base para consolidar una universalidad que invisibiliza a las mujeres y las constituye como "lo otro" (De Beauvoir,2000) subordinado en un orden jerárquico.

El feminismo liberal buscará desmantelar la subordinación de la mujer en el orden social, mediante re-construcción de las instituciones legales que soportan un orden social y desarrollan la idea de igualdad real como una forma de controvertir la igualdad formal —injusta— de la ley. La teoría feminista marxista y socialista por su lado, compartirá la idea de naturaleza humana como algo históricamente creado a través de una praxis masculina dominante (Castells, 1996, 23) e identifican al patriarcado y al capitalismo como responsables de la opresión de las mujeres. Y el feminismo radical, considerará que la causa básica de la subordinación de las mujeres es el la privación del control sobre sus propios cuerpos, su sexualidad y sus procesos reproductivos.

Más allá de sus diferencias, las tres corrientes han coincidido la relevancia política de la biología reproductiva y la socialización de inferioridad que les reporta a las mujeres en la asignación de poder.

En ese contexto de subordinación legitimado por un Estado que se conforma sobre bases patriarcales, el marco para tomar decisiones respecto del control reproductivo debería centrarse en las mujeres como grupo, más que en una "persona general" que en los hechos no existe, por cuanto la capacidad reproductora funciona como causa principal del dominio masculino que se alimenta controlando el cuerpo de las mujeres.

> *"Quien controla el destino del feto controla el destino de una mujer. Sean cuales sean las condiciones de la concepción, si el control reproductivo de un feto lo ejerce alguien que no sea la mujer, ese control reproductivo se quita sólo a las mujeres como mujeres. Impedir que una mujer tome la única decisión que le deja una sociedad desigual, es aplicar la desigualdad sexual"* (Mackinnon, 1995, 441).

La capacidad de gestar que tienen las mujeres impacta directamente en la organización política, en tanto que esquema de reproducción social. Este costado "público" de la reproducción ha naturalizado la maternidad como un destino.

El rol reproductor de las mujeres y su capacidad biológica de gestar, es un dato político relevante a la hora de analizar sus posibilidades ciertas de auto-gobierno, autonomía y control sobre de sus cuerpos. Históricamente se ha construido la exclusión de la vida política de las mujeres, su confinamiento en la esfera privada, su destino natural de madre y hasta su subjetividad en base a su función biológica, que además les ha deparado, con matices pero con constancia, un lugar de subordinación aún dentro de los hogares.

Maternidad forzada entonces es, históricamente, más que una cuestión privada. Maternidad es un destino y el aborto subvierte esa imposición. La decisión de abortar es contracultural, vuelve privada una maternidad que se inscribe en el imaginario social como pública.

Y la objeción de conciencia funciona, en los hechos, para impedir que las mujeres puedan abortar. O lo que es lo mismo, para conservar un orden estatuido que requiere socialmente de la reproducción y la maternidad para subsistir.

3.2. Contexto ideológico: discusión sobre la "corrección/incorrección moral"

La reproducción social, la economía del cuidado asentada sobre mujeres y la capacidad biológica de gestar como funcionales a esas tareas sociales y políticas, promueven que el autogobierno de la maternidad, no sea verdaderamente libre.

En este esquema de maternidad política y social decidir gestar o no hacerlo, como ejercicio de libertad reproductiva y auto-determinación, no constituyen acciones fácilmente disponibles. Ni siquiera opciones reales para muchas mujeres. Sin embargo, la instrumentalización del cuerpo que demandan los discursos y las acciones de objetores/as de conciencia, oculta la injusticia que implica para una mujer dar cuentas públicamente —exteriorizar— de las razones que justifican la decisión de abortar.

La instrumentalización del cuerpo de la mujer fue complejizada en la década de 1971 por Judith Jarvis Thomson quien sugiere imaginar una situación en la que un consagrado violinista posee una enfermedad renal mortal cuya única salvación es que se le conecte al cuerpo de una persona sana para purificar su sangre. Con el propósito de salvarle la vida, sus seguidores secuestran una persona y la conectan al enfermo sin su consentimiento. Al despertar la persona es advertida de que el procedimiento es temporal, durará unos cuantos meses y que la desconexión ocasionaría la muerte del violinista. Mediante este caso hipotético, la autora evidencia que el derecho a la vida de un individuo puede ser sostenido sin que ello signifique imponer restricciones en el derecho de otro individuo a disponer del propio cuerpo.

Desafortunadamente, tal separación no es aplicable aquí. El feto no tiene la opción de otro cuerpo (como no la tiene el violinista en el ejemplo original de Thompson). Mientras esa restricción práctica exista, el caso del aborto es uno en el que no es posible separar ambas fuentes de derecho: el reconocimiento de una, necesariamente implica la negación de la otra[25].

Desde otra óptica, con la idea del "buen samaritano"[26] es posible justificar los límites a la instrumentalización del ser humano en caso de aborto. Se explica en este sentido, que no existe un deber general de rescatar a una persona y justifica esta decisión política de falta de marco legal que obligue a una persona a salvar a una persona, en el hecho de que imponer una conducta como regla general supone siempre la restricción de libertad.

> *"De hecho hay un solo espacio donde la ley ha requerido sacrificios íntimos y realmente significativos de una persona para salvar otra: la ley sobre el aborto (…) Cuando una ley prohíbe a una mujer liberarse del feto que está en su interior, parece ejercer una discriminación severa en contra de las mujeres, aún si los fetos se consideraran personas"* (Tribe, 2012, 298).

Si desde esta óptica, una ley que penaliza el aborto voluntario puede resultar discriminatoria en tanto impone una maternidad forzada a falta de alternativas seguras, mayor censura moral debiera recibir aquella conducta de un agente de salud que es capaz de lograr idéntico efecto como ocurre con la objeción de conciencia.

Todo accionar que en la praxis niegue a una mujer el derecho a abortar implica la imposición de una gestación y luego, posiblemente, la imposición del rol de madre. Dos actos que significan descartar la materialización de un plan de vida auto-gobernado en la mujer y avalar la instrumentalización del cuerpo femenino para volver a la maternidad, casi un servicio a la comunidad.

El desplazamiento de las discusiones sobre acceso a los abortos legales hacia el debate moral[27] sobre el inicio de la vida, afecta los derechos personalísimos de las mujeres, en tanto es

---

[25] La autora desarrolla argumentos feministas para afrontar el debate que rodea este dilema moral, desde la bioética y el feminismo. (Jarvis, 2001).

[26] Tribe (2012) refiere con esta teoría a que no existe un deber general de entregarse a sí mismo para salvar a otra persona. No hay obligación de ser héroe o heroína para referir un caso en el cual 38 vecinos de la ciudad de New York escucharon el prolongado ataque a una mujer, que resultó asesinada, sin llamar a la policía y tomar cartas en el asunto. Y señala su importancia al confirmar que no violaron ninguna ley.

[27] Este desplazamiento también tiene un costado religioso explotado bajo lo que se conoce como "cultura de la muerte" desde los sectores conservadores católicos. Para ver con mayor profundidad (Vasallo, 2005).

utilizado para someter la agencia moral a la revisión y el escrutinio de terceros (médico/a, equipo de salud o juez/a).

Un enfoque feminista que sea crítico de las instituciones que operan al interior de una sociedad para disciplinar formas de vida, debe advertir que cualquier discusión en torno al derecho de abortar sólo será igualitaria y justa cuando se reconozca que son las mujeres, por su trayecto, su subjetividad, su historia y su función biológica de gestar, las únicas capacitadas para tomar tales decisiones.

Sin embargo, la objeción de conciencia del sector de la salud, tal y como está funcionando sin control estatal, busca disuadir más que preservar la propia cosmovisión. Busca menoscabar la autonomía de las mujeres, más que apuntalar la autonomía profesional.

3.3. Contexto social que rodea la vida de las mujeres abortantes argentinas

El contexto más inmediato del acceso al aborto y la objeción de conciencia —tan insoslayable como el que se ocupa de la autonomía y el que se ocupa de la vida del feto—, es el marco en el cual tiene lugar esta relación inter-subjetiva: la relación médico-paciente.

Florencia Luna (2008) señala que la ética médica tradicional asienta la relación con el/la paciente en la idea de una persona genérica que es tomada en abstracto omitiendo valorar las particularidades de género, raza, etnia o clase.

> *"Esta concepción del paciente, que predomina en la práctica médica, tiene un impacto negativo sobre el enfermo. Para la bioética feminista, en cambio, las diferencias de género, de clase y de etnia, poseen implicancias importantes en la relación y, en tanto no se las reconozcan, el profesional de la salud no puede respetar y promover genuinamente la agencia moral de su paciente"* (2008:147).

E indica que

> *"la autonomía relacional nos pide que tomemos en cuenta que el impacto de las estructuras sociales y políticas, especialmente en sexismo y otras formas de opresión, tienen sobre la vida y las oportunidades de las personas"* (2008:147).

Resulta imposible, desde un punto de vista crítico, aceptar ese "paciente genérico" que nos da el Estado Liberal para hablar de aborto, puesto que implicaría ignorar que sólo las mujeres tienen la capacidad de gestar, que solo las mujeres pueden ser condenadas penalmente por aborto

y que ese grupo tampoco es monolítico, sino que existen determinantes sociales y culturales[28] que formatearán diferentes tipos de "mujeres" que transitarán de diversas formas el trayecto a un aborto.

Las estructuras sociales y políticas que atraviesan a las usuarias como parte de una sociedad presuntamente homogénea, afectan con una desigualdad más profunda aquellas cuya posición social y cuyos recursos simbólicos y/o materiales sean más escasos (Faúndes A et al, 2011) y están por ello en situación de mayor desventaja estructural.

Esto implica que la deficiente o nula implementación de una política de educación sexual, la inexistencia de campañas de difusión sobre la salud sexual y reproductiva, precariedad normativa en torno al acceso a al aborto, el alto índice de muerte materna por abortos y al fuerte influencia católica que induce a la maternidad forzada, impactará de forma desproporcionada en aquellas mujeres que reúnen varios sesgos de discriminación (etnia, posición económica, condición de migrante, grado de educación recibida, edad, etc.).

La educación sexual es clave a los fines de autonomía; sin embargo, su implementación es deficiente en Argentina debido a la voluntad política sesgada por una fuerte puja de los sectores conservadores —institucionalizados o no— principalmente católicos, para evitar se este dispositivo en las escuelas y colegios de Argentina[29].

A esa falta de información educativa sobre el tema, se suma la falta de campañas informativas y de difusión de parte de los actores estatales con competencias específicas en los medios realmente masivos de comunicación (medios televisivos, gráficos y publicitarios) que son los que impactan en la mayoría de la población, cometido del Estado en el marco de la ley Nº 25.673 de creación del Programa de Salud Sexual y Procreación Responsable.[30]

---

[28] OPS (Organización Panamericana de Salud) "Determinantes sociales en la salud" disponible en http://www.paho.org/SaludenlasAmericas/index.php?id=58&option=com_content.

[29] En Tucumán la Iglesia Católica desde sus jerarquías eclesiásticas, han llegado a reclamar controlar los contenidos propuestos desde la cartera ministerial. "La Iglesia objetó contenidos sobre educación sexual" nota periodística publicada en el Diario La Gaceta de Tucumán el 20/06/2008. Disponible en http://www.lagaceta.com.ar/nota/277442/notas-tapa/iglesia-objeto-contenidos-sobre-educacion-sexual.html?=notarel. "La Iglesia Católica dijo que hará aportes para la educación sexual. Aportes que jerarquicen los valores" Nota periodística publicada en el Diario La Gaceta de Tucumán en fecha 04/06/2008 http://www.lagaceta.com.ar/nota/274800/informacion-general/iglesia-dijo-hara-aportes-para-educacion-sexual.html?origen=notarel. "La educación sexual impartida a los niños genera polémica en la Provincia" nota periodística publicada en el diario El Siglo de Tucumán el 20/11/2011 Disponible en http://www.elsigloweb.com/nota.php?id=80714.

[30] La ley 25.673 de creación del Programa de Salud Sexual y Procreación Responsable establece en su ARTICULO 8° - Se deberá realizar la difusión periódica del presente programa. Y el Decreto reglamentario Nº 1282/2003 indica además

La fragilidad del marco jurídico[31] si bien no anula la vigencia de los derechos de las mujeres abortantes, contribuye a la falsa creencia de que la disponibilidad de esta práctica médica y la provisión de insumos que en general, apuntalan las decisiones reproductivas, no forman parte de la salud que el Estado está obligado a garantizar y por lo mismo, no son derechos que las mujeres puedan reclamar.

El incremento del embarazo adolescente es un síntoma de la falta de políticas sanitarias y educativas que fortalezcan la autonomía en la sexualidad y la procreación responsable. Según un informe de Unicef del año 2013:

> *"En Argentina, el porcentaje de recién nacidos de madres adolescentes (menores de 20 años) respecto al total de nacimientos no ha tenido mayores variaciones, manteniéndose en valores cercanos al 15% en los últimos 20 años. Sin embargo, el análisis global del país no da cuenta de la desigualdad entre las provincias ya que el porcentaje de embarazo en adolescentes, para 2011, superó al promedio nacional en 6 de 24 provincias con valores superiores al 20%. Formosa y Chaco con 25%; Misiones 22% y Catamarca, Corrientes y Santiago del Estero 21%"*[32].

El circuito clandestino del aborto se cobra año a año miles de vidas de mujeres. Según la OMS, hasta 2008, la tasa mundial de abortos era de 28 por cada mil mujeres, una cifra que prácticamente no ha cambiado desde 2003. En cambio, el porcentaje de abortos inseguros aumentó un 5%, a 49%, en el periodo 1995-2008, lapso durante el cual el número de abortos en los países en desarrollo se incrementó de 78% a 86%. Las complicaciones de un aborto mal practicado constituyen una de las principales causas de muerte materna tras provocar hemorragias o infecciones fatales[33]. En la misma dirección trágica, el contexto social de las mujeres abortantes se nutre también de otra realidad: la muerte materna por abortos[34].

Artículo 8.- Los Ministerios de SALUD, de EDUCACION, CIENCIA Y TECNOLOGIA y de DESARROLLO SOCIAL deberán realizar campañas de comunicación masivas al menos UNA (1) vez al año, para la difusión periódica del Programa.

[31] La provincia de Tucumán no ha adherido formalmente a la ley 25.673, con lo cual la vigencia del Programa de Salud Sexual y Procreación Responsable, está sujeta a la voluntad política del gobierno de turno.

[32] OMS alerta sobre aumento de abortos inseguros en países en desarrollo" nota publicada por el Centro de Noticias de NNUU el 27/01/2012. Disponible en http://www.un.org/spanish/News/story.asp?NewsID=22576#.UxXobT95O8A.

[33] "OMS alerta sobre aumento de abortos inseguros en países en desarrollo" nota publicada por el Centro de Noticias de NNUU el 27/01/2012. Disponible en http://www.un.org/spanish/News/story.asp?NewsID=22576#.UxXobT95O8A.

[34] Según los datos oficiales del Ministerio de Salud de la Nación (DEIS) la cifra de las muertes maternas por aborto al 2.011 es del 24%. Datos disponibles en http://www.deis.gov.ar/Publicaciones/Archivos/Serie5Nro55.pdf.

Entonces, el contexto que rodea la libertad reproductiva de las mujeres abortantes ha sido relegado al retaceo de atención sanitaria, a la condena social, a la criminalización y la marginalidad. Una marginalidad que se proyecta hasta a las cifras estadísticas de las muertes —subregistradas al igual que la de los abortos— que deja la práctica insegura del aborto y que contribuye a minimizar un problema que es político y social que no parece formar parte de las agendas, más que a la hora de restringir su acceso.

Ya sea por el contexto personal y las implicancias que tiene para las posibilidades de auto-gobierno la imposición de una maternidad justificada solo en la capacidad biológica de gestar; ya sea por la violencia que entraña considerar en casos de gestación que existen dos personas dentro de una o bien, por el contexto desaventajado que rodea en nuestro país salud sexual y reproductiva de las mujeres, cuando el Estado elude contemplar estos contextos y privilegia la objeción de conciencia del personal de la salud, por sobre la conciencia y la autonomía reproductiva de las mujeres, no sólo viola derechos fundamentales, también consolida una vez más la desigualdad estructural que atraviesa nuestra sociedad patriarcal.

4. Violencia contra las mujeres

Desde el año 1996, Argentina ha asumido el compromiso internación de garantizar a las mujeres el derecho humano de vivir una vida libre de violencias.

Como un dispositivo destinado cumplir ese cometido, ha sancionado la ley **Nº 26.485 "Protección integral para prevenir, sancionar y erradicar la violencia contra las mujeres en los ámbitos en que desarrollen sus relaciones interpersonales"** que significó un cambio de paradigma en tanto se ocupó de las violencias que sufrían las mujeres también fuera del hogar.

En la reglamentación del art. 6 Inciso d), la ley aclara:

> *"Configura violencia contra la libertad reproductiva toda acción u omisión proveniente del personal de instituciones públicas o privadas de atención de la salud, o de cualquier particular como cónyuges, concubinos, convivientes, padres, otros parientes o empleadores/as, entre otros, que vulnere el derecho de las mujeres a decidir libre y responsablemente si desea o no tener hijos, el número de embarazos o el intervalo entre los nacimientos. Específicamente incurren en violencia contra la libertad reproductiva los/as profesionales de la salud que no brindan el asesoramiento necesario o la provisión de todos los medios anticonceptivos, como así también los/as que se niegan a realizar prácticas lícitas atinentes a la salud reproductiva".*

Denegar entonces, un aborto que es legal, o lo que es lo mismo una prestación sanitaria de interrupción de embarazo legal, es una conducta violenta que viola los derechos de la mujer. Y si además, esa denegatoria se da en un Hospital Público encuadra en un supuesto de "Violencia institucional contra las mujeres", que se configura cada vez "las/los funcionarias/os, profesionales, personal y agentes pertenecientes a cualquier órgano, ente o institución pública, que tenga como fin retardar, obstaculizar o impedir que las mujeres tengan acceso a las políticas públicas y ejerzan los derechos previstos en esta ley"[35].

Esto podría evitarse si el Estado organizara sus Servicios Médicos de forma tal de que exista de forma permanente un "Equipo de Salud" dispuesto a garantizar el acceso a la práctica.

Sin embargo, ello no ocurre y las mujeres se ven obligadas a mudarse de provincia para poder acceder al aborto, a someterse al escarnio público para sostener una decisión soberana sobre sus procesos reproductivos, a acudir a la clandestinidad en compañía del Movimiento de Mujeres[36] o sin ella, a la morbimortalidad del aborto inseguro[37] y sino, simplemente a la maternidad forzada[38]. Todo ello en un clima de violación de la libertad de la propia conciencia de la usuaria[39], que es comúnmente ignorado por quienes pugnan por proteger la propia conciencia bajo la figura la de la "objeción".

Una investigación de la Universidad San Pablo T de Tucumán sobre el tema[40], demostró que 9 de cada 10 miembros del equipo de salud encuestado, identifica como violenta las siguientes prácticas: "Negar información por razones/motivos de conciencia o religiosos" (Pregunta Nº 1), "Exponer a la mujer la propia cosmovisión religiosa y/o moral para justificar su derivación a otro

---

[35] Art. 6 Ley 26.485.

[36] "Niña de 13 años abortó en una clínica privada". Nota periodística del 5/05/2014 publicada por el Diario El Tribuno. Disponible en http://www.eltribuno.info/la-nina-13-anos-que-habia-sido-violada-aborto-una-clinica-privada-n400518.

[37] "Una chica de 13 años está grave por intentar hacerse un aborto con una curandera". Nota periodística del Diario La Nación del 5/7/2015. Disponible en http://www.lanacion.com.ar/1807874-catamarca-una-chica-de-13-anos-esta-grave-tras-intentar-hacerse-un-aborto-con-una-curandera.

[38] En un caso tucumano, de la misma retrospectiva de la víctima y su madre se observa que los/as médicos/as jamás le informaron que disponía del derecho a un aborto, lo cual la impulsó a la una maternidad forzada. "La violaron a los 10 años y fue mamá". Publicado por el Diario La Gaceta de Tucumán el 2/05/2015. Disponible en http://www.lagaceta.com.ar/nota/635724/policiales/violaron-cuando-tenia-10-anos-fue-mama-sur-tucumano.html.

[39] En ocasión de impedir el aborto pedido por una víctima de una red de trata de personas, un capellán y miembros de la Iglesia Católica persiguieron a la usuaria dentro del Hospital para disuadirla y realizaron misas en el domicilio de la mujer. "Que los curas salgan de los Hospitales". Nota periodística publicada en el Diario Página 12. Disponible en http://www.pagina12.com.ar/diario/sociedad/3-205768-2012-10-17.html.

[40] Proyecto de Investigación "Violencia en la atención pública gineco-obstétrica de las mujeres Tucumanas. Enfoque de género y derechos humanos". Dirección: Soledad Deza. Aprobado mediante Resolución Nº 1865/13.

profesional" (Pregunta Nº 2) y "Negar atención sanitaria por razones/motivos de conciencia y/o religiosos" (Pregunta Nº 3). A su vez, la 5 de cada 10 mujeres ha considerado que es una práctica de máxima violencia (se proponía calificar de 0 a 5) en el primer y tercer caso; y 3 de cada 9 calificado de igual manera la pregunta Nº 2. Y 4 de cada 10 varones han calificado con la máxima posible la pregunta Nº 1 y 3º, mientras que 2 de cada 10 han considerado que le corresponde un máximo a la pregunta Nº 3.

La investigación se llevó a cabo encuestando cara a cara 203 miembros del equipo de salud[41] de los 4 Hospitales que atienden gineco-obstétricamente a mujeres en la provincia de Tucumán: Maternidad Nuestra Señora de las Mercedes, Hospital Eva Perón, Hospital Regional de Concepción y Hospital de Clínicas Avellaneda. Todos pertenecientes al sector público de atención de la salud.

Los resultados muestran que los/as objetores/as de conciencia comprenden la violencia que entraña denegar información sanitaria acerca de aborto, asistencia sanitaria en casos de aborto e incluso también la violencia que entraña para la mujer, conocer la propia cosmovisión de quien la atiende acerca de la moralidad del aborto. Sin embargo, esta conducta violenta se encuentra por un lado, amparada por el silencio estatal de quien tiene a su cargo controlar y supervisar la prestación de este servicio y por otro lado, al mismo tiempo, ello implica "tolerancia a la violencia"[42] de parte del Estado que garantiza la prestación médica, pero que de hecho convalida la violencia sobre las mujeres que buscan este tipo de atención sanitaria.

Quizás entonces, lo más grave de la objeción de conciencia no es que se presenta como producto de un cómputo incompleto —porque elude computar la conciencia y los derechos de las mujeres a la hora de justificarla— o injusto —porque consolida la desigualdad de poder de la relación médico-paciente— que formula el Estado. La gravedad de la situación, es que la violencia contra las mujeres esté legitimada dentro del Estado.

5. Conclusiones

La objeción de conciencia, nació para proteger minorías atribuladas que en el juego de mayorías podrían ver anulada su posición y afectada su conciencia. Sin embargo, este dispositivo defensivo

---

[41] El Decreto Nº 1011/10 que reglamenta la ley 26.485, define equipo de salud —"personal de la salud"— en sentido amplio e incluya a quienes "prestan servicio" (profesionales) y a quienes "trabajan en el servicio" (administrativos/as, maestranza, etc.).

[42] Este concepto se consolida a partir del caso "Maria da Penha vs. Brasil" en el cual se condena al Estado Brasilero por convalidar, mediante la inacción, la violencia ejercida contra una mujer.

se encuentra hoy frente a los derechos sexuales y reproductivos de las mujeres, siendo utilizado en Argentina para otros fines. Detrás de la objeción de conciencia —o debajo, sosteniéndola— están los sectores conservadores que pretenden hegemonizar sus concepciones morales y confluyen —identificados principalmente con pertenencia a la religión católica— para obliterar cualquier avances en materia de sexualidad y diversidad (Alessio, 2013).

Siguiendo a **Foucault**[43] al hablar de objeción de conciencia y aborto la noción de "legalidad" por momentos cambia y dejan ya de tener importancia las leyes mismas, que resultan sustituidas por los designios y el poder propio del saber de las disciplinas que se entrecruzan en salud sexual y reproductiva: los saberes biomédicos, la moral y las religiones y hasta las estadísticas. Sin embargo, frente a esta situación concreta que vincula libertad de médicos/as, libertades de usuarias y obligaciones del Estado de garantizar el acceso a la salud, si aceptamos circunscribir el análisis de la realidad exclusivamente al problema burocrático de la organización institucional o aceptamos centrar la discusión exclusivamente una sola de las partes del problema, el derecho[44] abdicaría en favor de un "fetichismo legal"[45] que se desentiende de la justicia reproductiva de género y que intenta neutralizar la discusión política que, aunque bregue por ocultarse, subyace a al reduccionismo de "objeción si u objeción no".

A ello, debe sumarse para un cuadro completo de la situación, el desgobierno que ofrece al Estado frente a la situación, cuando no se dispone a relevar sus recursos humanos de forma tal de

---

[43] Los distintos discursos de saber se originan por las distintas prácticas de poder y del micropoder, tales como el saber sobre la criminalidad, la infancia, el crecimiento demográfico, la frecuencia estadística. El objetivo de estos saberes no se orienta hacia el establecimiento de verdades científicas, sino hacia la legitimación del ejercicio del poder sobre las vidas y los cuerpos de las personas. También sobre la población entendida como "cuerpo". Foucault, Michael (1975) "El orden del discurso" Ed. Tusquets, Barcelona.

[44] Desde la Teoría Crítica se afirma que el derecho "…es una práctica (…) que se expresa en un discurso que es más que palabras, es también comportamientos, símbolos, conocimientos. Es lo que la ley manda pero también lo que los jueces interpretan, los abogados argumentan, los litigantes declaran, los teóricos producen, los legisladores sancionan o los doctrinarios critican. Y es un discurso constitutivo, en tanto asigna significados a hechos y palabras. Esta compleja operación social dista de ser neutral, está impregnada de politicidad y adquiere dirección según las formas de la distribución efectiva del poder en la sociedad. Es un discurso ideológico en la medida en que produce y reproduce una representación imaginaria de los hombres respecto de sí mismos y de sus relaciones con los demás. (Cárcova, 2009, 32).

[45] Para Francoise Geny, el fetichismo legal es una crítica más antigua del Marxismo hacia el formalismo como método de interpretación de la ley y como crítica a la a la escuela de la exégesis por su apego a la letra de la ley por encima de consideraciones de justicia, conveniencia e incluso de lógica. Como si estuvieran en una especie de trance semi-religioso que fundamenta el "fetichismo de la ley escrita." (Lemaitre, 2007).

conocer a ciencia cierta si cuenta en cada Institución Pública, Privada o de Obras Sociales, con personal dispuesto a garantizar la práctica que está obligado a tener disponible.

Un análisis crítico de la situación visibiliza que la objeción de conciencia se utiliza, en casos de aborto, en un contexto de desigualdad estructural que impide encontrar justicia cada vez que se privilegia la libertad de conciencia de los/as profesionales de la salud y se ignora la libertad de conciencia de las pacientes y sus derechos fundamentales en juego. Esta desigualdad se profundiza, si se observa que la relación médico-paciente en el cual tiene lugar la objeción como dispositivo de negar atención o información en casos de aborto, es una relación asimétrica donde el punto de partida de la mujer es desaventajado a diferencia de el de los/as objetores/as que están relacionados por un vínculo laboral por el cual perciben una remuneración y es además, voluntario.

Siendo que el acceso al aborto legal es una prestación médica que el Estado Argentino se ha obligado internacionalmente a tributar para todas las mujeres, hasta tanto estén dadas las condiciones de organización de recursos humanos que permitan asegurar efectivamente la práctica en todas las Instituciones de forma "inmediata", "expeditiva" y "permanente" —y ello sea de público conocimiento para toda la población—, la objeción de conciencia en Instituciones Públicas no puede ser priorizada por sobre la libertad reproductiva, la autonomía y la salud dela paciente. Es más, para el caso en que no exista recurso humano dispuesto a garantizar la prestación médica, debe ser desautorizada por el impacto negativo en la vida reproductiva de otra persona.

Salud y gobierno de los cuerpos ha sido una tradición política en la cual los saberes biomédicos han estructurado grandes redes de poder disciplinar. Disciplinar la reproducción es un interés público, al punto tal, que la herramienta penal acude para castigar a quien decida no hacerlo. Sin embargo, el cuerpo de las mujeres debe dejar de ser "público" y para ello, las mujeres necesitamos posibilidades ciertas de auto-gobierno. Precisamos que el Estado deje de disciplinarnos abierta o veladamente, legal o ilegalmente, pacífica o violentamente.

Cargar a la cuenta de las mujeres —parte débil de la relación médico-paciente— la decisión política de proteger la indemnidad de conciencia de los propios agentes del Estado —la parte fuerte de la relación— sin ocuparse de que la atención de aborto esté efectivamente disponible, es injusto.

En un esquema democrático, debiera ser falso que *la mayoría todo lo puede*, como se suele afirmar por estas épocas. Los derechos deben funcionar como un límite hacia las mayorías. Así nació la objeción de conciencia, como una protección a las minorías.

Pero en el caso objeción de conciencia frente al aborto, las mayorías son las objetoras.

Bibliografía

- ABRAMOVICH, V. y COURTIS, C. (2009), "Apuntes sobre la exigibilidad judicial de los derechos sociales" en "Protección judicial de los Derechos Sociales", Courtis, C. y Avila Santamaría, R. (Editores), ed. Ministerio de Justicia y Derechos Humanos, Quito, Ecuador.
- ALESSIO, Nicolás (2013) "Religiones, Matrimonio Igualitario y Aborto". Juan Marco Vaggione (Dir), colección "Religión, Género y Sexualidad", Católicas por el Derecho a Decidir e Instituto Hemisférico de la Universidad de New York.
- ALVIAR GARCÍA, Helena y JARAMILLO SIERRA, Isabel C. (2012), "Feminismo y crítica jurídica. El análisis distributivo como alternativa crítica al legalismo liberal", colección Derecho y Sociedad, ed. Siglo del Hombre, Universidad de los Andes, Bogotá, Colombia.
- CÁRCOVA, Carlos María (2009), "Notas acerca de la Teoría Crítica del Derecho" en "Desde otra mirada", ed. Eudeba comp. Chistian Courtis.
- CASTELLS, Carme (1996), "Introducción" en "Perspectivas feministas en teoría política", Carme Castells (comp.), ed. Paidós. Estado y Sociedad. Bs. As.
- DE BEAUVOIR, Simone (2000), El segundo sexo, Ed. Cátedra, Madrid.
- DI STEFANO, Christine (1996), "Problemas e incomodidades sobre la autonomía: algunas consideraciones desde el feminismo" en "Perspectivas feministas en teoría política", Carme Castells (comp.), ed. Paidós, colección Estado y Sociedad, Buenos Aires.
- DIETZ, Mary G. (2001), "El contexto es lo que cuenta: feminismo y teorías de la ciudadanía" en "Ciudadanía y feminismo. Feminismo y teoría identidad pública/privada", ed. Fondo de Cultura Económica, México.
- FAUNDES, Aníbal y BARZELATTO, José (2011), "El drama del aborto. En Busca de un consenso", colección Tramas Sociales, ed. Paidós, Buenos Aires.
- FOUCAULT, Michel (2014), "Las Redes del Poder", ed. Prometeo Libros. Bs. As.
- HARCOURT, Wendy (2012), *Desarrollo y políticas corporales*, Bellaterra, Barcelona.
- IMAZ, Elixabete (2011), "Entre ginecólogas y matronas", *Antropología, Género, Salud y Atención,* (Esteban, Comelles y Diez Comp), Bellaterra, Barcelona.
- LUNA, Florencia (2008), "La relación médico-paciente" en "Bioética: nuevas reflexiones sobre debates clásicos", ed. Fondo de Cultura Económica, D.F. México.
- MACKINNON, Catherine (1995), "Hacia una teoría feminista del Estado", ed. Cátedra, España.

- MUJICA, Jaris (2007), "Economía Política del Cuerpo" en "La Reestructuración de los Grupos Conservadores y el Biopoder", PROMSEX, Lima.
- NUGENT, Guillermo (2005), "El orden tutelar. Para entender el conflicto entre sexualidad y políticas públicas en América Latina" en "*La Trampa de la moral única",* Fundación Ford / IWHC, Lima.
- LEMAITRE RIPOLL, Julieta (2007), "Fetichismo Legal, Derecho, violencia y movimientos sociales en Colombia", ed. SELA. Chile. Disponible en http://www.law.yale.edu/documents/pdf/sela/JulietaLemaitre__Spanish_.pdf.
- MINYERSKY, Nelly (2012), "La autodeterminación y su articulación con los derechos sexuales y reproductivos de las mujeres" en "Autonomía y feminismo en el Siglo XXI", E.L.A (comp.), ed. Biblos, Bs. As., Argentina.
- MORAN FAÚNDES, José Manuel et al. (2011), "La inevitable maternidad. Actores y argumentos conservadores en casos de aborto no punible en la Argentina", *Actores y discursos conservadores en los debates sobre sexualidad y reproducción en Argentina,* Católicas por el Derecho a Decidir, Córdoba.
- PRIETO SANCHIS, Luis (2006), "Libertad y Objeción de Conciencia", Rev. Persona y Derecho, Vol 54, p 259-273, Servicio de Publicaciones de la Universidad de Navarra, España.
- PUGA, Mariela y VAGGIONE, Juan Marco (2013), "La política de la conciencia. La objeción como estrategia contra los derechos sexuales y reproductivos" en "Peripecias en la lucha por el derecho al aborto", Marta Vasallo (comp.), ed. Católicas por el Derecho a Decidir, colección Religión, Género y Sexualidad.
- ROSTAGNOL, Susana (2008), "El conflicto mujer-embrión en el debate parlamentario sobre aborto" en Rev. "Estudios Feministas" Florianópolis, mayo-agosto, Brasil.
- SALLES, Arleen (2008), "El aborto" en "Bioética: nuevas reflexiones sobre debates clásicos", ed. Fondo de Cultura Económica, D.F. México.
- THOMPSON, Judith Jarvis (2001), "Una defensa del aborto" en "Controversias Filosóficas sobre aborto", Margarita Valdez (Coord.), Instituto de Investigaciones Filosóficas de la UNAM, Fondo de Cultura Económica, México.
- VALCARCEL, Amelia (2000), "Las filosofías políticas en presencia del feminismo" en "Feminismo y filosofía" Celia Amoros (Edit.), ed. Síntesis, España.
- VASALLO, Marta (2005), "En nombre de la vida" y "El regreso de las Religiones" en "En nombre de la Vida", ed. Católicas por el Derecho a Decidir, Argentina.

Fecha de recepción: 18 de mayo de 2016

Fecha de aceptación: 20 de julio de 2016