



No es conciencia

CUANDO LOS PROVEEDORES NIEGAN
LA ATENCIÓN DEL ABORTO

La International Women's Health Coalition

(IWHC) promueve la salud y los derechos sexuales y reproductivos de las mujeres y la gente joven, particularmente de las adolescentes, en África, Asia, Europa del Este, América Latina y el Medio Oriente. IWHC impulsa esta agenda apoyando y fortaleciendo a líderes y organizaciones que trabajan en los niveles comunitario, nacional, regional y global; e incidiendo en las políticas, programas y financiamiento internacional y de los Estados Unidos.

IWHC.org

Mujer y Salud en Uruguay (MYSU)

es una organización no gubernamental, feminista, cuya misión es promover y defender la salud y los derechos sexuales y reproductivos desde una perspectiva de género y generaciones. Cuenta con personal y una red de profesionales e investigadores asociados en los niveles nacional y regional. MYSU trabaja en cuatro líneas: incidencia, investigación, comunicaciones, y fortalecimiento de capacidades y asistencia técnica.

mysu.org.uy

Autoras:

Michelle Truong, asociada del programa Aprendizaje y Evaluación; y Susan Y. Wood, directora del programa Aprendizaje y Evaluación.

Agradecimientos:

Las autoras agradecen a quienes participaron en el espacio de discusión, por compartir sus conocimientos y capacidades técnicas, los cuales nutrieron el contenido de este informe. Las autoras agradecen particularmente a quienes ofrecieron generosamente su tiempo para revisar este documento. También agradecemos al personal de MYSU y IWHC por su apoyo invaluable, incluidos Lilián Abracinskas, Patricia Campos, Romina Napoliti, Santiago Puyol, Nina Besser Doorley, Shena Cavallo, Michelle Chasteen, Jessie Clyde, Françoise Girard, Yael Gottlieb, Gypsy Guillén Kaiser, Shannon Kowalski y Vanessa Ríos.

© 2018 International Women's Health Coalition. Todos los derechos reservados.

Este informe puede reproducirse parcialmente sin permiso escrito, siempre que se cite la fuente y se proporcione un enlace a la publicación, según corresponda.

Se puede descargar el informe en www.IWHC.org. Para solicitar copias impresas adicionales del informe, comunicarse al correo electrónico communications@iwhc.org

Índice

Resumen Ejecutivo	4
I. Antecedentes	7
II. Definición de “objeción de conciencia” en el ámbito de la salud y comprensión de su alcance y consecuencias	8
III. Perspectivas de la legislación y políticas internacionales, regionales y nacionales	14
IV. Perspectivas del sector salud	28
V. El papel de la sociedad civil	37
VI. Sumario de recomendaciones	42
Apéndice 1:	48
Apéndice 2:	49

Resumen Ejecutivo

El movimiento global de mujeres ha luchado durante años para asegurar que el aborto seguro y legal sea reconocido como un derecho fundamental, y la tendencia global ha sido una liberalización de las leyes de aborto. Sin embargo, el progreso no es lineal, y barreras persistentes impiden que estas leyes y políticas aumenten el acceso de las mujeres a los servicios. Un obstáculo importante es el creciente uso de las reivindicaciones de objeción de conciencia para justificar la denegación de los servicios de aborto.

Lo comúnmente llamado “objeción de conciencia,” es un concepto que históricamente surge con el derecho a negarse a prestar servicios militares o a ir a guerras por razones religiosas o morales. Pero, recientemente los movimientos que se oponen al aborto legal, procuran incluir deliberadamente en las políticas mecanismos para que los proveedores de salud puedan negarse a prestar este servicio, con el propósito de negar el derecho al aborto por el que tanto se ha luchado.

Hay evidencia que revela una preocupante y creciente tendencia global de los profesionales de la salud a negarse a practicar el aborto u otros servicios de salud sexual y reproductiva. Este fenómeno viola el principio ético de “no causar daño,” y tiene graves consecuencias para las mujeres, especialmente para aquellas que ya están en situación de vulnerabilidad y marginación. Una mujer a la que se niega un aborto, puede no tener más opción que continuar con un embarazo no deseado. Podría recurrir a un aborto clandestino e inseguro, con la probabilidad de enfrentar severas consecuencias para su salud e incluso riesgo de muerte. Puede sentirse forzada a buscar otro proveedor que sea más costoso en tiempo y dinero. Todos estos escenarios conducen a problemas de salud, angustia mental y dificultades económicas.

Los estándares internacionales de derechos humanos actuales no exigen que los Estados garanticen el derecho a la “objeción de conciencia” para los proveedores de la salud. Por el contrario, los órganos que supervisan los tratados de derechos humanos solicitan poner límites al ejercicio de esta reivindicación de conciencia, en los casos en que los Estados la permiten, con la finalidad de asegurar que los proveedores no obstaculizan el acceso a estos servicios, infringiendo así los derechos de las usuarias. Reclaman a los Estados que no hay suficiente regulación para el uso de la “objeción de conciencia,” y piden que tomen acciones directas para garantizar que las usuarias tengan acceso a los servicios.

Teniendo en cuenta el incremento en el uso de la reivindicación de conciencia por parte de los proveedores de salud que deniegan la práctica del aborto a toda usuaria que lo solicita, acarreando graves consecuencias para las mujeres, la International Women Health Coalition (IWHC) y Mujer y Salud en Uruguay (MYSU) organizaron conjuntamente la reunión “Objeción de conciencia y aborto: estrategias para afrontar sus efectos,” en agosto de 2017. 45 personas, de 22 países, asistieron al encuentro, incluyendo activistas y defensoras, profesionales de la salud, juristas, investigadores, académicos y tomadores de decisión^a. Durante 3 días, el grupo discutió las consecuencias de la denegación del aborto por parte de los proveedores de salud que reclaman un objeción moral o religiosa, las posibles respuestas legales y políticas para frenar esta tendencia y la necesidad de redefinir la comúnmente llamada “objeción de conciencia” dentro del ámbito de la salud.

Quienes participaron en esta reunión, liderada por IWHC y MYSU, acordaron que si bien los proveedores de salud tienen derecho a tener sus propias creencias religiosas, éstas no deben ser priorizadas frente a su obligación de prestar servicios sanitarios. La salud y los derechos de las usuarias nunca deberían

^a Nota de traducción: se ha realizado un esfuerzo por usar términos neutrales (ej. personas, gente, personal a cargo de, quienes hacen activismo, etc.). Sin embargo, en algunos casos se hace necesario escoger un género para garantizar la fluidez del documento, debido a las limitaciones del idioma. A menos que se especifique claramente lo contrario, palabras como profesionales, proveedores, prestadores, usuarios, etc. incluyen a personas con distintas identidades y expresiones de género.

subordinarse a las creencias individuales de los proveedores. El personal de salud que pone sus creencias personales por encima de sus obligaciones profesionales respecto a las usuarias, amenaza la integridad y los objetivos de las profesiones sanitarias. Nada debería impedir a estos individuos dedicarse a una carrera profesional en el área de la salud, sin embargo deberían especializarse en un campo donde sus creencias personales no inhabiliten sus habilidades para brindar servicios sanitarios completos.

Acceder a profesiones de la salud es voluntario, a diferencia del reclutamiento para el servicio militar. El objetor de conciencia militar paga un precio por su decisión, sometiéndose, a menudo, a un proceso de veto desde el gobierno, realizando un servicio alternativo obligatorio, y enfrentando estigma y discriminación. En el caso de la denegación de servicios sanitarios, basado en reivindicaciones de conciencia, los proveedores no pagan un precio, mientras que otros sí se ven afectados. La persona más afectada es, sin duda, aquella a quien se niega el acceso. Los proveedores que rechazan la prestación de un servicio también contribuyen a incrementar la carga de trabajo de aquellos compañeros que eligen priorizar su obligación profesional de brindar un servicio integral. Finalmente, complacer a los proveedores que se niegan a desempeñar aspectos esenciales de su trabajo, puede causar trastornos e ineficiencias muy costosas para el sistema de salud y desviar recursos importantes de la prestación de servicios.

Actualmente, más de 70 jurisdicciones^b tienen estipulaciones que permiten la llamada “objeción de conciencia” en el sistema de salud, de acuerdo a un análisis de datos preliminares obtenido de la base de datos de políticas globales sobre aborto de la Organización Mundial de la Salud (OMS). Muchas leyes nacionales estipulan que todos los proveedores deberán realizar el aborto en caso de emergencia, o si no hay nadie más disponible para ello. No obstante, hay evidencia clara que muestra que, incluso donde existen estas indicaciones, la aplicabilidad es extremadamente difícil y costosa. A pesar del desafío que supone regular las reivindicaciones de conciencia, el grupo convocado acordó que los gobiernos deberían velar por su cumplimiento y asegurar que todas las mujeres tengan la posibilidad de acceder a un servicio integral y asequible.

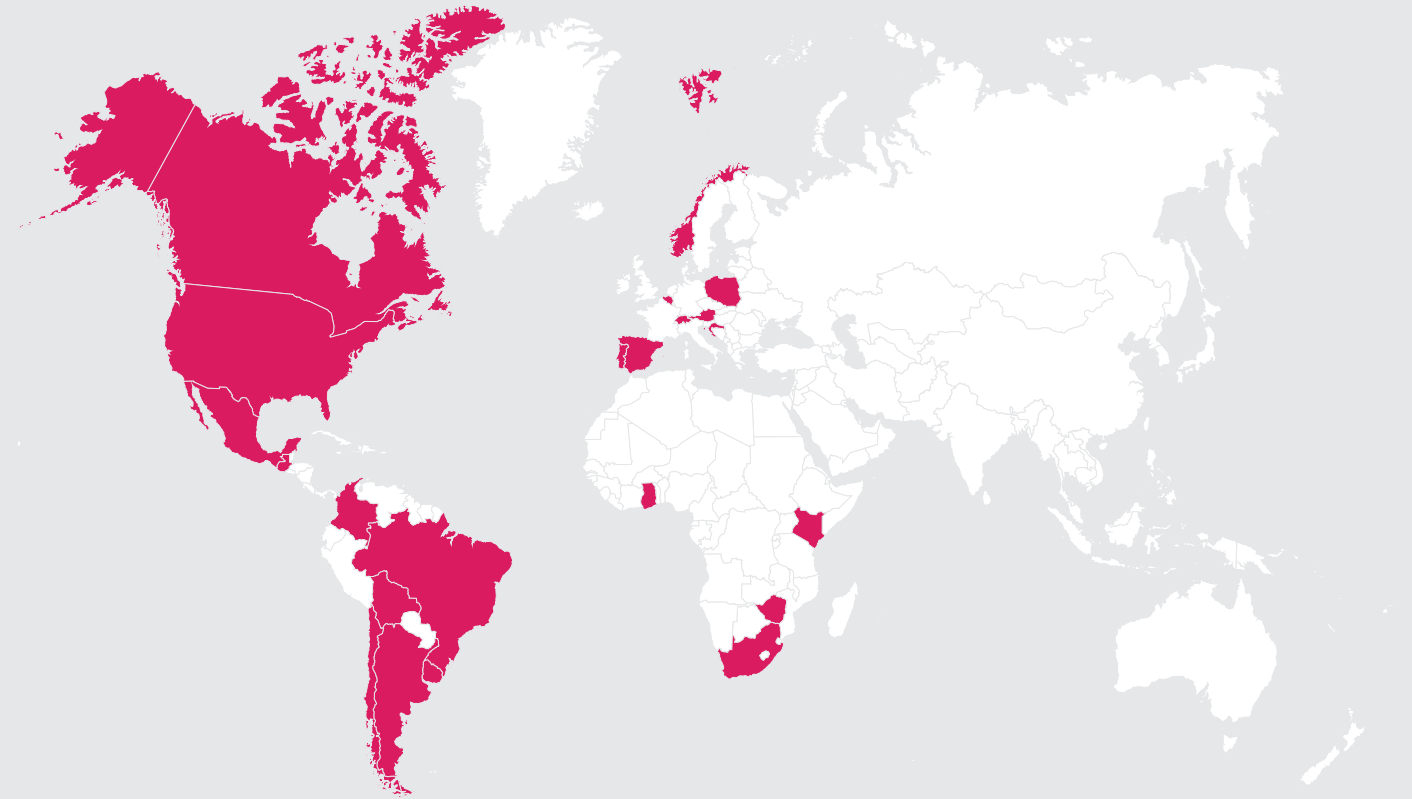
La mayoría de participantes estuvo de acuerdo con que las políticas de salud no deberían permitir la denegación de prestación de servicios basada en la reivindicación de conciencia. Cuando decisores políticos estén revisando las leyes de aborto, no deberían hacer mención de la reivindicación de conciencia. Consagrar en la legislación la noción de que las creencias personales de los proveedores pueden determinar la prestación de servicios sanitarios abre las puertas a abusos y legitima la reivindicación de conciencia.

Finalmente, el grupo convocado acordó rotundamente que el personal de provisión de servicios y quienes defienden los derechos de la mujer no deben ceder el término “conciencia” a aquellos que lo usan indebidamente para denegar atención sanitaria, y que más apropiadamente debería denominarse “negación a prestar servicios sanitarios” o “denegación de servicios basada en la reivindicación de conciencia.” Acordaron aplicar los acuerdos de la reunión y las recomendaciones reflejadas al final de este informe en su propio trabajo, con el fin de asegurar que nadie se enfrenta a la negación de su derecho a la atención en salud.

Hay evidencia que revela una preocupante y creciente tendencia global de los profesionales de la salud a negarse a practicar el aborto u otros servicios de salud sexual y reproductiva. Este fenómeno viola el principio ético de “no causar daño,” y tiene graves consecuencias para las mujeres, especialmente para aquellas que ya están en situación de vulnerabilidad y marginación.

^b ámbito geográfico donde los organismos estatales de gobierno ejercen sus funciones judiciales o administrativas o espacios territoriales donde el estado ejerce su soberanía

El seminario reunió...



45 participantes de **22** países



ACTIVISTAS-DEFENSORES/AS - 17



PROFESIONALES DE LA SALUD - 12



PROFESIONALES DEL DERECHO - 10



INVESTIGADORES - 9



OTROS: DECISORES POLÍTICOS - 1

de **diversas** profesiones.*

* Datos sobre los roles profesionales de los participantes surgen de la encuesta de evaluación. Algunos eligieron más de una respuesta (y están contados más de una vez). La tasa de respuesta fue 34/45 (76%).

I. Antecedentes

En agosto de 2017, la IWHC y Mujer y Salud en Uruguay (MYSU) organizaron conjuntamente la reunión global *Objeción de conciencia y aborto: estrategias para afrontar sus efectos*. El evento, diseñado para analizar y abordar el fenómeno de negación de servicios de aborto por parte de proveedores de servicios, usando como justificación sus creencias personales, surgió de un estudio conjunto de IWHC-MYSU sobre los factores que llevaron a la liberalización de la ley de aborto en Uruguay en 2012.¹ Examinando los resultados del proceso de reforma en el país, se destacó la necesidad apremiante de abordar las crecientes reivindicaciones de “objeción de conciencia” por parte de los profesionales de la salud, usadas como excusa para denegar la prestación de servicios de aborto.

Tomando en cuenta que este es un fenómeno global, IWHC y MYSU convocaron a distintos actores, procedentes de diferentes países. 45 participantes de 22 países² se reunieron en Montevideo, Uruguay (sede de MYSU). Las personas participantes incluyeron activistas y defensores, personal de salud, juristas, investigadores, académicos y formuladores de políticas (ver apéndice A). La reunión catalizó el acuerdo de que quienes defienden los derechos de la mujer deberían desafiar el uso de reivindicaciones de conciencia para denegar el aborto. El grupo también identificó estrategias para contrarrestar los efectos adversos que la denegación de servicios puede tener en la salud y derechos de aquellas que los necesitan.

Durante 3 días de presentaciones y grupos de trabajo (apéndice B), el grupo convocado compartió sus experiencias y conocimientos en políticas y marcos legales, ética, formación y prestación de atención sanitaria, activismo, investigación y comunicaciones. El resultado: recomendaciones que los activistas pueden usar para enfrentar la creciente tendencia de los proveedores a usar estas reivindicaciones de “objeción de conciencia” para denegar servicios de aborto. En este informe, presentamos los puntos claves y estrategias discutidas en la reunión, con recomendaciones prácticas al final de cada sección, y un resumen de aprendizajes en la conclusión.

II. Definición de “objeción de conciencia” en el ámbito de la salud y comprensión de su alcance y consecuencias

El movimiento global de las mujeres ha luchado arduamente por aumentar el acceso al aborto legal y seguro. Estos esfuerzos han contribuido al crecimiento del reconocimiento del aborto como un derecho fundamental, y ya hay países en todo el mundo que han liberalizado las leyes relacionadas.³ En muchas ocasiones, no obstante, persisten barreras que previenen que estas leyes y políticas se implementen efectivamente. Un componente que pone barreras al avance es precisamente el incremento del uso de lo que se conoce como “objeción de conciencia” en el ámbito de la salud reproductiva, que resulta en la denegación de los servicios de aborto a toda aquella mujer que lo necesite y desee.

La negación a practicar el aborto basándose en la reivindicación de conciencia, muestra una tendencia al aumento. Desafortunadamente, el verdadero alcance del problema no está bien documentado. Aunque las personas a cargo de la investigación y defensa continúan recopilando datos, existe evidencia que revela que la “objeción de conciencia” es un fenómeno global con graves consecuencias para las mujeres, especialmente para aquellas que son más vulnerables. De hecho, estudios sobre experiencias de mujeres que se enfrentaron a la denegación del aborto muestran que, a pesar de su capacidad de resiliencia, éstas tienen mayor probabilidad de enfrentar consecuencias adversas en su salud física, psicológica, situación socioeconómica y en sus trayectorias de vida.⁴

Alegar la llamada “objeción de conciencia” en el ámbito de la salud representa un considerable desvío de las raíces históricas de esta profesión. La “objeción de conciencia” inicialmente emergió principalmente en Europa y Norteamérica como respuesta al reclutamiento para el servicio militar, donde los ciudadanos, basándose en sus creencias morales o religiosas, podían renunciar al combate obligatorio y, a cambio, participar en un servicio alternativo. Los objetores de conciencia militar, a diferencia de quienes lo hacen en el ámbito de la salud, han sido vigorosamente vetados por las autoridades y se han enfrentado al estigma, la discriminación e incluso castigos por su posición antiguerra.⁵ (Para conocer más sobre esta distinción, véase la sección IV).

En el ámbito de la salud, los proveedores están ahora alegando la “objeción de conciencia” para denegar la prestación de cualquier servicio al que se oponen, reivindicando que la prestación es contraria a sus creencias religiosas, éticas o de cualquier otra índole. Aunque esta reunión se concentra en el servicio de aborto, es necesario indicar que los proveedores y farmacéuticos usan también las reivindicaciones de conciencia para denegar otros servicios, como el anticonceptivo de emergencia, la atención en salud para personas transgénero y los tratamientos de esterilización e infertilidad. Esta práctica está siendo cada vez más alentada por grupos religiosos, especialmente en países con una fuerte tradición cristiana. Las reivindicaciones de conciencia prevalecen más en el ámbito de la salud reproductiva, en particular, para denegar el servicio de aborto.⁶ En algunos casos, no solo los proveedores directos como personal médico y de enfermería usan estas reivindicaciones, sino también quienes están indirectamente involucrados como los administrativos, gerentes, e incluso jueces que se niegan a examinar casos que deniegan el aborto.⁷ Además, muchas instituciones alegan la “objeción de conciencia,” cuando los jefes de departamento, los gerentes de hospitales, o decisores políticos, alegan sus creencias personales en nombre de cualquiera que trabaja en su institución.

La libertad de conciencia se consagra en la legislación nacional de muchos países, y en instrumentos

internacionales como la Declaración Universal de Derechos Humanos⁸ y el Pacto Internacional de Derechos Civiles y Políticos (PIDCP).⁹ Sin embargo, no hay estándares internacionales de derechos humanos que reconozcan el derecho a la “objeción de conciencia” en el ámbito de la salud. Los grupos antiderechos se han

No hay estándares internacionales de derechos humanos que reconozcan el derecho a la “objeción de conciencia” en el ámbito de la salud. Los proveedores e instituciones que reivindican las creencias personales y religiosas para justificar esta denegación a prestar los servicios minan los objetivos de la profesión, que es precisamente ofrecer servicios sanitarios a toda persona que lo solicita.

apropiado del término y lo han extendido al ámbito de la salud.¹⁰ Haciendo esto, han distorsionado el uso histórico del concepto y han contribuido a obstruir el acceso a la atención en salud sexual y reproductiva. Particularmente en el caso del aborto, han demonizado el procedimiento rutinario y a quienes lo practican y requieren. Reivindicaciones de “objeción de conciencia” al aborto colocan las preferencias de los proveedores por encima de los derechos de las mujeres. Los proveedores e instituciones que reivindican las creencias personales y religiosas para justificar esta denegación a prestar los servicios minan los objetivos de la profesión, que es precisamente ofrecer servicios sanitarios a toda persona que lo solicita.

Las directrices de la ética médica requieren que los proveedores prioricen el cuidado de la paciente por encima de la reivindicación de conciencia.¹¹ Las directrices actuales de la Federación Internacional de Ginecología y Obstetricia (FIGO) establecen que si un profesional médico se opone al aborto alegando objeción de conciencia “tiene la obligación de derivar a la mujer a un colega que no se oponga a la interrupción.”¹² Actualmente las directrices para un aborto seguro de la OMS estipulan que esta derivación debe hacerse a otro proveedor que esté en el mismo centro médico o un lugar de fácil acceso. Si la derivación no es posible, el proveedor que objeta está obligado a prestar el servicio de aborto seguro para preservar la vida de la mujer y prevenir cualquier riesgo para su salud. Cualquier mujer que presente complicaciones debido a un aborto debe recibir cuidado profesional con urgencia y respeto, como cualquier otro caso de emergencia médica.¹³ (Para más información sobre esta discusión de ética asistencial durante la reunión, véase la sección IV).

Los países siguen las recomendaciones no vinculantes de la FIGO y OMS e interpretan la leyes de derechos humanos en diversos grados, lo cual ha llevado a una variedad de políticas en el uso de las reivindicaciones de conciencia en el ámbito de la salud. Actualmente, al menos 70 jurisdicciones (nacionales y subnacionales) tienen normativas que permiten la denegación de asistencia en el contexto de embarazos indeseados bajo la llamada “objeción de conciencia,” de acuerdo a un análisis de datos preliminares de la base de datos de políticas globales sobre aborto de la OMS, de reciente creación.¹⁴ La mayoría de los países en el norte global permiten a los profesionales de la salud y, en algunos casos, a las instituciones, a ejercer la “objeción de conciencia” en cierto grado, a través de las “cláusulas de denegación” y “cláusulas de conciencia.” En la Unión Europea, 21 países conceden el derecho a la “objeción de conciencia.”¹⁵ En otras regiones, las respuestas políticas están menos documentadas de forma sistemática.¹⁶ Por tanto, la dificultad para hacer cumplir las regulaciones se magnifica, tal como se discute en profundidad en la sección III.

Las mejores estimaciones sobre prevalencia de la “objeción de conciencia” en el ámbito de la salud están en Europa, donde aquellos que deniegan el servicio están obligados a registrarse o a entregar una notificación por escrito de su condición de “objetores.” En Italia, por ejemplo, el 70% de los ginecólogos obstetras se han registrado en el Ministerio de la Salud como “objetores de conciencia” para la prestación del servicio de aborto. Hay datos estimativos de encuestas en otros países. En Reino

Unido, muestras aleatorias de personal especializado – ej. ginecobstetras – muestran que alrededor de un tercio se opone al aborto, y en Hong Kong, el 14% de los médicos encuestados manifestaron su oposición.¹⁷ (Para más información sobre la discusión del uso de las reivindicaciones de conciencia para la denegación de servicios de aborto a nivel nacional, véase la sección III).

El grupo de participantes compartió datos de sus países, añadiendo cómo la denegación a prestar servicios de aborto que se basan en creencias personales está expandiéndose en todo el mundo.

GHANA

La denegación del servicio de aborto basado en creencias religiosas o morales en Ghana se está expandiendo. La organización Global Doctors for Choice (GDC) en Ghana realizó por primera vez un estudio sobre la “objeción de conciencia” en las regiones del norte de Ghana entre junio de 2015 y el 2016. Estas zonas están particularmente afectadas por barreras al acceso y necesidades de mejora, presentando el porcentaje más bajo de personal sanitario por ciudadano en todo el país. El estudio demostró que, en general, la prevalencia de la “objeción de conciencia” entre el personal sanitario (que incluye doctores, matronas, y otros profesionales formados en la prestación de servicios de aborto) era de un 37,9%.¹⁸ La GDC se está preparando para realizar otro estudio en las regiones del sur de Ghana para obtener una mejor idea de la prevalencia de esta objeción a nivel nacional.

ESPAÑA

Los datos sobre la prevalencia del uso de la “objeción de conciencia” en España son difíciles de obtener. Los medios de comunicación indican que los profesionales médicos que se han declarado objetores formalmente – una acción requerida por ley – son muy pocos (alrededor de 1%). No obstante, los líderes políticos de algunas regiones inflan los números y reportan, sin aportar datos que lo apoyen, una prevalencia del 100%, para poder denegar el servicio de aborto. En ciudades de las comunidades autónomas de Galicia y Murcia, por ejemplo, algunos centros de salud reivindican que todos sus doctores son objetores de conciencia para poder justificar la derivación de las mujeres embarazadas a clínicas en otras regiones del país.

URUGUAY

Desde el 2012, tras la promulgación de la ley uruguaya que permite la interrupción voluntaria del embarazo, hay estudios de MSYU que demuestran una alta prevalencia de reivindicaciones de “objeción de conciencia,” generando retrasos y otras complicaciones a todas las mujeres que solicitan servicios de aborto. En las áreas más remotas de las regiones norte y oeste de Uruguay, entre un 60 y 80% de los profesionales de la ginecología se niegan a practicar el aborto, mientras que en la región sur la cifra se estima por debajo de un 30%. La prevalencia de la “objeción de conciencia” también varía según el tipo de centro médico. Por ejemplo, en Montevideo, un 53% de los profesionales de ginecología que trabajan en centros públicos de asistencia primaria (Red de Atención Primaria del Área Metropolitana) son objetores; un 27% en el centro privado Médica Uruguaya; y el 15% de los que trabajan en el hospital especializado en mujeres (Hospital de la Mujer del Centro Hospitalario Pereira Rossell).

Detrás de estos números hay una cruda realidad para aquellas mujeres cuyos derechos son violados como consecuencia de quienes reivindican la “objección de conciencia.”¹⁹ La negación de un proveedor a prestar servicios de aborto agrava los efectos de las muchas barreras a las que se enfrentan las mujeres en la atención sanitaria: discriminación, estigma, obstáculos financieros, falta de información, dificultades de transporte, y autonomía limitada para tomar decisiones sobre sus propios cuerpos.²⁰ A pesar del reconocimiento expandido del derecho al aborto, al menos bajo ciertas circunstancias, el derecho real de acceso sigue siendo difícil de alcanzar debido a estas barreras, que afectan primordialmente a las mujeres que viven en situaciones de pobreza y mayor vulnerabilidad.

Quienes trabajan a nivel comunitario compartieron las experiencias negativas que han sufrido las mujeres debido a la negación de servicios de aborto basada en creencias personales.



Lilián Abracinskas, directora ejecutiva de MYSU, presenta en el seminario sobre la objeción de conciencia, agosto de 2017 © IWHC

ESPAÑA

Una mujer en España se enteró de que su feto venía con una anomalía letal cuando se encontraba en un estado avanzado de su embarazo. Le fue imposible encontrar profesionales que interrumpieran su embarazo en su área de residencia. La autoridad de salud pública declaró que “para respetar los derechos de objeción por creencias morales de los profesionales,” ella debería viajar a Madrid. Para cuando llegó a la clínica allí, se estaba desangrando y tuvo que ir al hospital para que le practicasen una cesárea urgente y sustraer el feto, que murió poco tiempo después. Le extirparon el útero para parar una hemorragia que casi le causa la muerte. Ahora ya no puede tener más hijos.²¹

BRASIL

En 2015, una mujer joven en embarazo, producto de una violación, quería abortar. Fue a un centro especializado para víctimas de violencia en el Hospital Universitario Estatal de Pernambuco. El hospital le recetó misoprostol para inducir la interrupción del embarazo, que se encontraba en menos de 10 semanas de gestación, según permite la ley en Brasil. No obstante, cuando ella llegó escuchó de los miembros del personal comentarios como: “Estas mujeres no tienen cuidado cuando practican sexo y después vienen aquí a abortar.” Esto continuó durante días ya que tanto doctores, enfermeras, técnicos, farmacéuticos como otros posponían la inducción. Ella estaba en estado de ansiedad deseando que le practicasen el aborto para que su calvario acabase. Y los proveedores seguían preguntando “¿lo has pensado un poco más?, ¿estás segura?” sin escuchar sus respuestas. Sin embargo, ella permanecía firme en su deseo de terminar con el embarazo. No recibió ningún tratamiento hasta 5 días después, cuando un médico residente la reconoció de su turno anterior y terminó el proceso con una aspiración manual endouterina.

KENIA

Atieno tiene 21 años, es la hija mayor de su familia y vive en un pueblo muy pequeño al occidente de Kenia. Trabaja duro en casa y en la escuela, siempre ocupando el primer lugar de su clase, siendo el orgullo y la felicidad de su familia y comunidad. En 2011, Atieno ganó una beca para la universidad, donde continuó estudiando diligentemente. Tras su graduación, encontró trabajo y enviaba dinero a casa, convirtiéndose en el sostén de toda su familia.

Se enamoró de Andrew, un colega del trabajo. Al principio, Andrew era cortés y cariñoso, pero gradualmente fue siendo más desagradable y distante. Atieno descubrió que él tenía otra novia e intentó terminar con la relación. Andrew se enfadaba mucho y la forzaba a tener sexo. Dos meses después, Atieno se enteró de que estaba embarazada. Estaba decidida a interrumpir su embarazo y no volver con Andrew, y solicitó información en una clínica sobre el procedimiento. El personal no quería ni siquiera dar la información, poniendo como excusa sus creencias religiosas.

Atieno lo intentó en otra clínica, donde también la rechazaron y le dijeron que no matase a un “bebé inocente.” Tenía miedo y sentía vergüenza de contarle a su familia sobre la violación y el embarazo. Estaba desesperada e intentó ingerir una bebida tóxica de productos químicos domésticos que había escuchado que producirían un aborto. Cuando esto falló, se metió palos en el cuello uterino. Se enfermó terriblemente y desarrolló una infección muy dolorosa, pero seguía embarazada. Llamó a su mejor amiga que la llevó rápidamente a una matrona formada en la atención integral del aborto. La matrona practicó el aborto inmediatamente salvando la vida de Atieno.

Estas historias ilustran que lo proveedores a los que se permite priorizar sus creencias, por encima de los derechos y necesidades de la población usuaria – se hayan o no manifestado formalmente como objetores – perjudican a las mujeres.



Recomendaciones para documentar y poner en evidencia el alcance y consecuencias de la “objeción de conciencia” en el ámbito de la salud:

- Recolectar más datos sobre la prevalencia y consecuencias de las reivindicaciones de la “objeción de conciencia” en el ámbito de la salud reproductiva, con especial enfoque en el aborto.** Aunque existe evidencia que sugiere que hay un uso extendido de reivindicaciones de conciencia en el ámbito de la salud, los datos no son suficientes para capturar la amplitud y profundidad de este fenómeno, especialmente en países que tienen importantes brechas de información recabada. Una recomendación clave para los activistas e investigadores es que continúen desarrollando metodologías que midan esta prevalencia en una variedad de contextos, además de unir estudios de prevalencia con estudios de impacto que determinen las consecuencias de las reivindicaciones de conciencia que resultan en la negación de los servicios de aborto.
- En lo referente a investigación y análisis, el enfoque debe estar en las mujeres más afectadas, para así entender las consecuencias de las reivindicaciones de conciencias que resultan en la negación de la atención.** Para investigar y dar visibilidad a las consecuencias de las reivindicaciones de conciencia, los métodos, recolección de datos y análisis deberían enfocarse en las experiencias de mujeres a las que se les denegó el acceso al servicio de aborto (u otros servicios de la salud); centrándose en las perspectivas y realidades de aquellas más afectadas y viviendo en situaciones de mayor vulnerabilidad. Se pondrá en evidencia que hay un desequilibrio de poder inherente en esta situación, donde los puntos de vista y creencias personales de los proveedores de salud son usados para denegar a las usuarias los servicios que requieren. Este cambio de perspectiva puede directamente unirse también con la defensa, litigios y otras estrategias que mitigan y eventualmente eliminan los daños producidos por el uso de la “objeción de conciencia” en el ámbito de la salud.

Detrás de estos números hay una cruda realidad para aquellas mujeres cuyos derechos son violados como consecuencia de quienes reivindican la “objeción de conciencia.” La negación de un proveedor a prestar servicios de aborto agrava los efectos de las muchas barreras a las que se enfrentan las mujeres en la atención sanitaria.

III. Perspectivas de la legislación y políticas internacionales, regionales y nacionales

Leyes y acuerdos internacionales sobre derechos humanos

Los tratados internacionales de derechos humanos recogen el derecho a la libertad de conciencia, pensamiento y religión, y el derecho al más alto nivel posible de salud como derecho humano fundamental. La mayoría de los países del mundo han ratificado estos tratados que incluyen el Pacto Internacional de Derechos Civiles y Políticos (PIDCP), el Pacto Internacional de Derechos Económicos, Sociales y Culturales (PIDESC), y la Convención sobre la Eliminación de Todas las Formas de Discriminación contra la Mujer (CEDAW por sus siglas en inglés).²² Los órganos de seguimiento de los tratados dan lineamientos sobre la interpretación de estos derechos mediante la adopción de documentos tales como los comentarios generales, recomendaciones y observaciones concluyentes.

El grupo de participantes en la reunión sobre la “objeción de conciencia” recalcó que los estándares internacionales de derechos humanos existentes no requieren que los Estados garanticen un derecho de “objeción de conciencia” en la prestación de servicios sanitarios. Por el contrario, los órganos de seguimiento de los tratados han solicitado que se apliquen límites a este ejercicio de reivindicaciones de conciencia, cuando sean permitidas, para asegurar que los proveedores de salud no impidan el acceso a servicios de salud reproductiva y, en consecuencia, infrinjan los derechos de las mujeres. Reclaman que es insuficiente la regulación existente sobre el uso de la “objeción de conciencia” por parte de los Estados, y que éstos deberían tomar medidas directas para garantizar el acceso a los servicios. También afirman que las reivindicaciones de “objeción de conciencia” no deben ser ejercidas por las instituciones.²³

Se exponen seguidamente algunos ejemplos de cómo han evolucionado los estándares de derechos humanos en cuanto a las obligaciones de los Estados para abordar la barrera que supone la “objeción de conciencia” en el acceso a los servicios de aborto.

- **El Comité de Derechos Humanos** es el órgano que hace el seguimiento al Estado para que cumpla con el Pacto Internacional de Derechos Civiles y Políticos (PIDCP). El Comité de Derechos Humanos ha expedido numerosos comentarios a los gobiernos nacionales, advirtiéndoles que tomen medidas para asegurar que los proveedores no impidan a las mujeres el acceso a los servicios de aborto usando argumentos basados en objeciones o creencias religiosas. Por ejemplo, tras revisar el cumplimiento de Italia de los derechos garantizados por el PIDCP en 2017, el Comité de Derechos Humanos expresó su “preocupación sobre las dificultades denunciadas para acceder al aborto debido al gran número de médicos que se niegan a practicar el aborto por razones de conciencia y la distribución de éstos por todo el país. Es también preocupante que esto resulte en un número significativo de abortos clandestinos.” Esto, por tanto, conlleva a recomendaciones para el Estado, indicando que debe tomar “las medidas necesarias para garantizar un acceso rápido y sin impedimentos a los servicios de aborto legales en su territorio, lo que incluye el establecimiento de un sistema efectivo de derivación de las mujeres que requieren estas prestaciones.” Esta observación es importante por su articulación en el uso de la “objeción de conciencia” como barrera en el acceso a los servicios, para las mujeres que están en pleno derecho de recibirlos.²⁴

- **El Comité de Derechos Económicos, Sociales y Culturales** que realiza el seguimiento de la implementación del Pacto Internacional de Derechos Económicos, Sociales y Culturales (PIDESC) expidió un comentario general importante en 2016, recomendando que todos los países debieran establecer normas que garanticen el acceso a los servicios de salud sexual y reproductiva. Este comentario se basó en una recomendación expedida en el año 2000, que declaraba que los Estados tenían la obligación de respetar, proteger y cumplir el derecho a la salud. La obligación de proteger este derecho requiere que el Estado tome medidas que prevengan la imposición de barreras a los servicios por parte de los actores privados, lo cual incluye las reivindicaciones de conciencia para negarse a practicar el aborto.²⁵

- Ya en 1999, el **Comité sobre la Eliminación de Todas las Formas de Discriminación contra la Mujer**, que da seguimiento del cumplimiento de la CEDAW, (por sus siglas en inglés), expidió la recomendación general número 24 sobre el artículo 12 – mujeres y la salud – que clarifica que es discriminatorio que los Estados denieguen la prestación de ciertos servicios de salud reproductiva a las mujeres. También establece que allí donde se permite a los proveedores a denegar estos servicios, el Estado debe tomar medidas para garantizar el acceso a los mismos.²⁶

- **El Comité contra la Tortura** también ha expresado su preocupación por el uso de la “objeción de conciencia” como medio de tortura o maltrato. Por ejemplo, en la revisión de Polonia en 2013, este Comité declaró observaciones concluyentes, indicando que el uso de la “objeción de conciencia” puede llevar a las mujeres a buscar el aborto de modo clandestino e inseguro, con riesgos para su salud y su vida. Recomendaron a los Estados a seguir la guía de la OMS sobre aborto para asegurar que la “objeción de conciencia” no bloquee el acceso a la atención.²⁷ En 2013, también expresaron su preocupación sobre una ley boliviana que requería a las mujeres víctimas de violación obtener un permiso judicial para poder abortar, declarando que algunos miembros del poder judicial alegaban su “objeción de conciencia” y hacían imposible el acceso a un aborto legal, llevando a las mujeres a un aborto clandestino e inseguro. El Comité recomendó que Bolivia debe asegurar el acceso al servicio de aborto a las mujeres víctimas de violación sin la imposición de obstáculos innecesarios.²⁸

- **La Convención sobre los Derechos del Niño** protege los derechos de la niñez a la igualdad, no discriminación y acceso a los servicios de salud sexual y reproductiva, incluyendo el acceso a un aborto seguro y los servicios postaborto, independientemente de si el aborto es legal.²⁹

- Finalmente, el **relator especial de las Naciones Unidas sobre el derecho a la salud**, expidió un informe decisivo en 2011 que exaltaba el impacto negativo de la penalización del aborto en la salud y vida de las mujeres, especialmente de las más pobres y marginadas. Su informe declaró explícitamente que los Estados debían eliminar aquellas barreras que impedían el acceso a los servicios sanitarios y de libre elección, incluyendo aquellas leyes y prácticas que permitían la llamada “objeción de conciencia.” El informe observó que esta barrera hace al aborto inaccesible, inseguro y lo refuerza como estigmatizado y que es una práctica “a la que hay que oponerse.” Reiteró que donde existe el uso de la “objeción de conciencia” al aborto, los Estados deben definir claramente su alcance, regular su uso, y asegurar que las derivaciones y los servicios alternativos estén ya disponibles para garantizar el acceso.³⁰

Los expertos legales de la reunión hicieron hincapié sobre el hecho de que los órganos de seguimiento de tratados internacionales a menudo cuestionan que el aborto inseguro está relacionado con el incremento en la morbilidad materna. No obstante, no cuestionan de manera consistente todas las barreras que existen para el acceso a un aborto seguro. Los expertos legales destacaron la importancia de utilizar los acuerdos internacionales y las revisiones de los acuerdos internacionales para otros países, incluyendo el Examen Periódico Universal, para comentar en el ejercicio de la “objeción de conciencia” y sus efectos. La sociedad civil aboga por plantear las preocupaciones en informes sombra o cartas a estos órganos de seguimiento demostrando cómo el uso de la “objeción de conciencia” en servicios impide el acceso a la salud y contribuye a la incidencia de un aborto inseguro y otros daños, que a menudo agravan otras barreras que afectan negativamente a las mujeres más pobres y vulnerables principalmente. Las Naciones Unidas y otras agencias internacionales como la OMS también deberían plantear esta cuestión cuando aborden el tema de las barreras al acceso a la salud y las relaciones con la mortalidad materna.

Además de la ley de derechos humanos y mecanismos internacionales, las personas invitadas revisaron importantes casos de los sistemas sobre derechos humanos de Europa y Latinoamérica. Establecieron también que el uso de la “objeción de conciencia” no puede obstruir los derechos de las personas a los servicios sanitarios que están en todo su derecho de recibir, y que de lo contrario constituirá una violación al derecho de privacidad y otros derechos humanos.

Legislación y jurisprudencia europea en materia de derechos humanos

Al igual que el sistema de Naciones Unidas, el sistema europeo de derechos humanos nunca ha declarado que los proveedores de salud deben tener el derecho a negarse a prestar servicios de salud reproductiva con base en reivindicaciones de conciencia. No obstante, se ha declarado que si la legislación nacional permite que los proveedores denieguen servicios de salud reproductiva por esta causa, los Estados deben asegurar que esto no impida el acceso a la salud y deben implementar otros mecanismos que aseguren el acceso legal a la atención sanitaria. Dos órganos del sistema europeo de derechos humanos han llevado tres casos relacionados con este ejercicio de “objeción de conciencia” y ninguno lo ha reconocido como un derecho para el ámbito de la salud.³¹

Uno de estos órganos es la Corte Europea de Derechos Humanos (“la Corte”), establecida por la Convención Europea de Derechos Humanos, un tratado internacional que protege los derechos humanos y libertades fundamentales en Europa. Los siguientes dos casos emblemáticos contra Polonia se consideran precedentes importantes de la Corte.

En el caso de *R.R. v. Polonia*, en 2011, a una mujer le negaron el acceso a un examen genético prenatal oportuno, como parte de una denegación basada en la conciencia, después de que por una ecografía se descubrieron anomalías potencialmente severas para el feto. Los resultados de un examen adicional le habrían proporcionado información suficiente para decidir si interrumpir el embarazo, a lo cual ella estaba en pleno derecho según la ley del país. Sin embargo, el personal médico y administrativo del hospital negó repetidamente estas pruebas hasta que el embarazo ya estuvo tan avanzado que no podía practicarse el aborto de manera legal.³²

En el caso de *P. y S. v. Polonia*, en 2012, una adolescente de 14 años quedó embarazada tras sufrir una violación, pero se enfrentó a numerosas barreras para abortar debido a la “objeción de conciencia,” a pesar de estar en su pleno derecho. Enfrentó asesoramiento coercitivo y tendencioso de un cura y le

quitaron la custodia a su madre, quien apoyaba su decisión de abortar. Ella también descubrió que la prensa había divulgado información confidencial sobre su embarazo. Finalmente pudo abortar, pero lo hizo clandestinamente, lejos de su hogar y sin la atención adecuada en la etapa posterior al aborto.³³

En ambos casos, la Corte estimó que esta práctica no reglamentada de la denegación del servicio basada en la conciencia, violaba la Convención Europea de Derechos Humanos.³⁴ Se determinó que Polonia (por su obstrucción al acceso legal a los servicios e información sobre salud reproductiva) había violado los derechos de las personas a no enfrentar trato inhumano y degradante, y también el derecho a la privacidad. Además, por primera vez, la Corte reconoció que los Estados tienen la obligación bajo esta Convención de regular el ejercicio de la “objeción de conciencia,” para garantizar el acceso legal de los usuarios a los servicios de salud reproductiva.³⁵

El caso de *R.R. v. Polonia* también fue importante porque la Corte basó su decisión directamente en las directrices éticas sobre la “objeción de conciencia” de la Federación Internacional de Ginecología y Obstetricia (FIGO).³⁶ FIGO presentó un *amicus curiae* para este caso, incorporando su resolución y las directrices éticas sobre la “objeción de conciencia,” que la Corte citó como una fuente de ley y práctica aplicable.³⁷ Además, las directrices éticas y resolución de FIGO influenciaron directamente los estándares emergentes de derechos humanos en este tema. Esto ofrece un excelente ejemplo de cómo los estándares éticos marcados por asociaciones profesionales, como FIGO, o agencias internacionales como la OMS, pueden moldear el desarrollo de las leyes internacionales de derechos humanos y juegan un papel crítico en defender y promover los derechos humanos.³⁸

El caso de *Pichon y Sajous v. Francia*, de 2011, involucraba a dos farmacéuticos franceses que se



La Corte Europea de Derechos Humanos. © David Betzinger, Consejo de Europa

opusieron a vender anticonceptivos, y la Corte decidió que el derecho a la libertad de religión no da derecho a nadie de aplicar sus creencias personales en la esfera pública, especialmente en una situación en la que el producto no puede comprarse en ningún otro lugar salvo en una farmacia.³⁹

El Comité Europeo de Derechos Sociales (“el Comité”), también parte del sistema europeo de derechos humanos, atiende quejas colectivas y hace el seguimiento del cumplimiento de la Carta Social Europea, que es un tratado que garantiza los derechos sociales y económicos. Sobre el uso de la “objeción de conciencia,” el Comité observó que las obligaciones de los derechos humanos internacionales, específicamente el derecho a la salud, que la Carta garantiza, no da lugar al derecho a denegar ningún servicio ni atención sanitaria.

En el caso de una queja colectiva de *FAFCE v. Suecia*, la Federación de las Familias Católicas en Europa (FAFCE) argumentó que Suecia había fallado a la hora de proteger el derecho a la salud, alegando que la reivindicación de la “objeción de conciencia” es necesaria para promover la salud de los trabajadores sanitarios. Además argumentaron que Suecia había violado el derecho de los trabajadores sanitarios a la no discriminación, porque el gobierno no había establecido ningún marco legal que permitiera la denegación de prestar servicios de aborto basándose en reivindicaciones de conciencia. Bajo la ley de Suecia, los proveedores de salud tienen la obligación de prestar el servicio de aborto. Las instituciones sanitarias pueden decidir si eximir a un empleado de practicar el procedimiento, sin embargo, la exención no es un derecho como tal.

El Comité dictaminó que en el marco de la Carta, la interpretación del derecho a la salud y a la no discriminación no otorga el derecho a los proveedores de negarse a prestar el servicio de aborto basándose en creencias individuales basadas en la conciencia. El Comité declaró que el propósito del derecho a la salud es garantizar a los individuos el acceso a servicios sanitarios adecuados, y no proteger los intereses de los proveedores de la salud. Cuando se trata de casos sobre asistencia y cuidado de la salud reproductiva, y más específicamente cuando se refiere a la salud materna, el Comité estima que los titulares principales de los derechos de la Carta son las mujeres embarazadas y no sus médicos.

Es importante indicar que el Comité también subrayó que la Carta “no impone a los Estados una obligación positiva de conceder ningún derecho a la “objeción de conciencia” de los trabajadores sanitarios.” Esta es la conclusión más específica encontrada en estándares internacionales de derechos humanos, para no permitir el derecho a denegar atención sanitaria basándose en reivindicaciones de conciencia.⁴⁰

En un caso importante en 2014, *IPPF Red Europea v. Italia*, el Comité determinó que el gobierno de Italia estaba violando los derechos a la salud y a la no discriminación de las mujeres, al no estar regulando adecuadamente las denegaciones de servicios de aborto. La falta de proveedores de salud como resultado de la negativa de éstos a proveer el servicio forzaba a las mujeres a largos periodos de espera o a viajar distancias significativas para obtener la interrupción, suponiendo una carga innecesaria sobre ellas, especialmente sobre aquellas con menos recursos.⁴¹ El Comité confirmó esta sentencia en otro caso, en 2016, donde declaró que el gobierno de Italia no había rectificado esta situación.⁴²

Decisiones legales basadas en el sistema de derechos humanos de Latinoamérica

La Corte Interamericana de Derechos Humanos (CIDH), junto con la Comisión Interamericana de Derechos Humanos, son los sistemas que sirven para garantizar los derechos y libertades básicas de la Organización de Estados Americanos.⁴³ A diferencia de la Corte Europea de Derechos Humanos, la CIDH no ha tenido aún la oportunidad de decidir sobre la “objeción de conciencia” en el ámbito de la salud.⁴⁴ Dada la falta de sentencias del sistema interamericano hasta la fecha, la Comisión Interamericana de Derechos Humanos usa los estándares establecidos por decisiones de la Corte Constitucional de Colombia, la cual restringió el uso de reivindicaciones de conciencia como justificación para denegar servicios de aborto.⁴⁵

En 2006, la Corte Constitucional de Colombia despenalizó parcialmente el aborto. En 2008, la Corte ratificó la ley con una sentencia, en el caso de una niña de 13 años a quien se le había denegado el aborto en un centro médico y consecuentemente se vio forzada a continuar con un embarazo producto de una violación. La Corte estableció limitaciones más rigurosas para el uso de la “objeción de conciencia,” declarando notablemente que la ley no permite la objeción institucional al aborto, y que solo los individuos, no las instituciones, tienen el derecho a denegar la prestación de servicios de aborto usando el argumento de la “objeción de conciencia.” Además restringieron la facultad para hacer reivindicaciones de conciencia solo para los individuos que están directamente involucrados en los procedimientos – es decir, no aplica para el personal administrativo – y establecieron la obligatoriedad de que el proveedor implicado realice una declaración escrita. La Corte asignó una multa significativa al centro médico que denegó el servicio de aborto a la adolescente y, además, ordenó que le compensaran económicamente.⁴⁶

Aunque no concierne directamente al aborto, la CIDH aprobó, en 2012, jurisprudencia fundamental sobre los derechos humanos de las mujeres, con el caso de *Artavia Murillo et al. v Costa Rica*. *Artavia Murillo* recurrió ante la CIDH en nombre de nueve parejas infértiles, impugnando la postura de Costa Rica que considera inconstitucional la fertilización in vitro. *Murillo* argumentó con éxito que prohibir estos procedimientos violaba los derechos de estas parejas a la privacidad, vida de familia, integridad personal y acceso a la salud. Esto estableció precedente para impugnar las leyes que penalizan el acceso a un aborto legal y seguro a las mujeres, incluyendo las situaciones donde se usa la “objeción de conciencia” para impedir su acceso a los servicios de aborto.⁴⁷

Dada la falta de sentencias del sistema interamericano hasta la fecha, la Comisión Interamericana de Derechos Humanos usa los estándares establecidos por decisiones de la Corte Constitucional de Colombia, la cual restringió el uso de reivindicaciones de conciencia como justificación para denegar servicios de aborto.

El aborto como un derecho humano en África

El principal instrumento legal para la protección de los derechos de la mujer, conocido como el Protocolo de Maputo, es el único que da el reconocimiento explícito del aborto como derecho humano en circunstancias específicas (artículo 14.2 (c)).⁴⁸ Sin embargo, en los lugares donde el aborto es legal, tal como manda el Protocolo de Maputo, hay lagunas persistentes en la implementación, debido a la estigmatización de la interrupción, la falta de servicios y recursos de atención sanitaria disponibles y otras barreras, tales como la “objeción de conciencia.” No obstante, 37 de los 45 Estados miembro de la Unión Africana han ratificado el Protocolo de Maputo, siendo Sierra Leona la última en hacerlo en el año 2015.⁴⁹

En 2014, la Comisión Africana de los Derechos Humanos y de los Pueblos (“la Comisión Africana”), que tiene el rol de proteger y promover el Protocolo de Maputo, reconoció las debilidades antes mencionadas, en el Comentario General número 2, artículo 14. Este Comentario General actúa como guía para que los Estados hagan un seguimiento de la legislación y tomen otras medidas para promover y proteger los derechos sexuales y reproductivos de las mujeres y niñas, incluyendo el acceso a un aborto seguro, en concordancia con el Protocolo de Maputo. Se le da una atención específica a la “objeción de conciencia,” declarando que “los Estados partes deberían asegurar, en particular, que la atención sanitaria y proveedores de salud no denieguen a las mujeres el acceso a la información y servicios sobre anticonceptivos y planificación familiar y aborto seguro, debido a, por ejemplo, requerimientos de terceras partes o razones de objeción de conciencia.”⁵⁰

El Protocolo de Maputo y el Comentario General número 2, artículo 14 declaran que el acceso a un aborto seguro es un derecho humano. Aquellos que se oponen al reconocimiento de este derecho manifiestan que los países occidentales han impuesto su postura. Reivindicando que el aborto “no es propio de la cultura africana,” sus opositores están desacreditando los esfuerzos de liberalizar las leyes de aborto. Lo “cultural” se enfrenta a los “derechos,” tratando a los “derechos” como si fueran “invasores.” Aquellos que utilizan la “objeción de conciencia” toman ventaja de este conflicto para justificar sus argumentos.⁵¹

Solo recientemente los órganos internacionales de derechos humanos comenzaron a sentar posturas y a aconsejar a los Estados sobre el uso de las reivindicaciones de conciencia como excusa para denegar servicios de aborto. Aún no han abordado la cuestión de manera exhaustiva, y el desarrollo de los estándares internacionales de derechos humanos en la materia se encuentra todavía en una etapa inicial. Esto significa que quienes defienden la salud reproductiva tienen una importante oportunidad de dar forma a las obligaciones sobre derechos humanos para asegurar que protejan la dignidad y los derechos de las mujeres cuando éstas acuden a servicios que desean o necesitan. También cabe notar que algunos gobiernos nacionales no han llevado a cabo las recomendaciones de los órganos internacionales de derechos humanos, creando una oportunidad para quienes hacen incidencia de exigir cuentas a los gobiernos de acuerdo a estos estándares.

Leyes y políticas nacionales

A nivel nacional, las leyes, políticas y normas varían de país en país, con diversas implicaciones para implementar la protección de los derechos humanos. La mayoría de los países no toleran que los proveedores de salud rechacen usuarios por razones personales y sancionan dicho comportamiento como discriminatorio. Actualmente, hay al menos 70 jurisdicciones que permiten que los proveedores de salud se opongan a tratar a una usuaria en el contexto de la interrupción de un embarazo no deseado, alegando la “objeción de conciencia,” de acuerdo a datos preliminares de la recién lanzada base de datos de políticas globales sobre aborto.⁵² La manera en que se protegen las reivindicaciones de conciencia y el cómo se ejercen en la práctica varía según el contexto. En los países que prohíben o restringen considerablemente el aborto, los proveedores no usan las reivindicaciones de la “objeción de conciencia,” porque el aborto no es permitido o accesible.

Los países donde la ley permite el aborto bajo ciertas circunstancias abordan las reivindicaciones de conciencia de los proveedores de salud de diferentes maneras. Algunas leyes definen quién puede usar sus creencias personales o religiosas para justificar la denegación de prestar/participar en servicios de aborto. Por ejemplo, las leyes pueden especificar que éstas solo aplican al proveedor directo, o pueden también aplicar a los trabajadores auxiliares sanitarios o al personal administrativo. Tan solo las leyes de tres países, Francia, Uruguay, y Chile admiten que las instituciones privadas proveedoras de servicios no brinden el servicio de aborto alegando reivindicaciones de conciencia.

Unos pocos países prohíben por completo que los proveedores de la salud denieguen el aborto.⁵³ Son más los que regulan el uso de la llamada “objeción de conciencia,” requiriendo a aquellos que deniegan la interrupción a adherirse a ciertas condiciones: por ejemplo, jurisdicciones requieren a los proveedores objetores que deriven a las mujeres a otros centros para que éstas reciban la atención necesaria. Otras regulaciones incluyen el requerimiento de que los objetores se registren con el gobierno, y entreguen una confirmación por escrito de su posición a su empleador, y/o que informen a su población usuaria. Muchas leyes nacionales estipulan que los proveedores deben llevar a cabo el aborto en caso de emergencia, o si nadie más está disponible. Hay evidencia clara, sin embargo, de que incluso donde hay regulaciones, éstas son extremadamente difíciles de aplicar y costosas. De hecho, muchos proveedores que objetan al servicio de aborto también deniegan la derivación o la prestación del tratamiento de urgencia, reivindicando que estas acciones les hacen cómplices de la interrupción.

Las personas invitadas al evento compartieron experiencias sobre sus países, examinando la forma en que las políticas sobre la “objeción de conciencia” al aborto se practican en diferentes contextos. Sus ejemplos indicaron que las regulaciones alrededor de las reivindicaciones de conciencia raramente garantizan el acceso a los servicios de aborto.

SUDÁFRICA

donde las regulaciones no funcionan



A partir del año 97, se expidió la “Legislación sobre interrupción del embarazo,” considerada como la más liberal de África. Legaliza el aborto voluntario durante las primeras 12 semanas del embarazo, y sin límite de tiempo en los casos en los que la gestión sea producto de una violación; cuando el feto tenga pocas probabilidades de sobrevivir; o cuando haya riesgo para la vida de la mujer, o su salud física o mental. Sin embargo, esta legislación no ha tenido buen resultado en garantizar la disponibilidad sostenida de servicios de aborto. En la actualidad, menos del 50% de los centros con licencia prestan servicios de interrupción a sus comunidades.⁵⁴ El aborto médico no está bien implementado y la mifepristona, aunque es legal, no está en la lista de medicamentos esenciales en Sudáfrica ni está disponible.

La legislación no hace mención específica a un derecho de “objeción de conciencia” para los proveedores de la salud, pero la ley sí es clara en las obligaciones profesionales del personal de salud. La denegación del servicio de aborto se aplica solo al procedimiento en sí, significando esto que aquellos que no están directamente involucrados no tienen derecho a objetar. Los profesionales de la salud tienen obligaciones legales y éticas de prestar atención sanitaria a cualquier mujer con complicaciones derivadas de un aborto. Desafortunadamente, la implementación de estas regulaciones no tiene un seguimiento ni se hace cumplir.

El personal de gerencia, profesional y administrativo no tiene a menudo una clara comprensión sobre sus obligaciones, de acuerdo a la ley de interrupción. Los proveedores no reciben ninguna formación sobre el contenido de la legislación, ni de los límites del ejercicio de la “objeción de conciencia.” La formación médica es a menudo inadecuada y, en algunas ocasiones, abogados dan clases a los estudiantes de cómo “salirse de la obligación de practicar un aborto,” en vez de enseñarles sobre las obligaciones éticas y profesionales recogidas en el marco legal. Algunos estudiantes de medicina se están negando a aprender cómo tratar a las mujeres que presentan un aborto incompleto y que por tanto necesitan un tratamiento urgente, claramente violando el mandato de la ley.

Se necesitan investigaciones más robustas del impacto de la “objeción de conciencia” en Sudáfrica, pero la evidencia actual es suficiente para demostrar que las regulaciones actuales no son efectivas y que la denegación de asistencia sanitaria es una barrera significativa. Cuando los proveedores de salud rechazan el tratamiento a mujeres, la experiencia es a menudo traumática para ellas, que no tienen ningún mecanismo para reportar esta mala praxis y que además puede que ni lleguen a cuestionar qué tan legítima es la denegación del servicio.⁵⁵

Se necesitan investigaciones más robustas del impacto de la “objeción de conciencia” en Sudáfrica, pero la evidencia actual es suficiente para demostrar que las regulaciones actuales no son efectivas y que la denegación de asistencia sanitaria es una barrera significativa.

Donde el uso de la “objeción de conciencia” no se permite en el ámbito de la salud, las expectativas explícitas sobre la función de los proveedores y la existencia de mecanismos para hacerles responsables de sus obligaciones profesionales, facilita el acceso a una atención de salud reproductiva basada en la evidencia y de muy alta calidad.

CHILE

donde las regulaciones establecidas en una ley recientemente liberalizada aún deben ser probadas



En agosto de 2017, tras más de 20 años de lucha, Chile despenalizó el aborto bajo tres causales: cuando la vida y salud de la mujer están en riesgo, cuando las anomalías en el feto son incompatibles con la vida y cuando el embarazo es resultado de una violación.

Quienes defienden los derechos reproductivos celebran esta victoria legislativa. Pero aún permanecen cautelosos, porque la ley en Chile permite el uso de la “objeción de conciencia,” tanto a nivel institucional como de cualquier empleado que participe directa o indirectamente en un procedimiento de aborto. La nueva ley limita el alcance de estas reivindicaciones de conciencia requiriendo a los objetores a derivar a la usuaria a un médico que esté dispuesto a practicar el

aborto.⁵⁶ Sin embargo, quienes hacen incidencia reconocen que será difícil asegurar que las regulaciones sean aplicadas con efectividad, y que será difícil supervisar lo que pasa dentro de los centros sanitarios, especialmente en centros con tendencias religiosas. Para marzo del 2018, siete instituciones ya habían declarado la “objeción de conciencia” para denegar el servicio de aborto. Hay informes que muestran que estas instituciones no han llevado a cabo todo el proceso que se requiere para declarar su objeción al gobierno, a pesar de estar obligados a registrarse formalmente con las autoridades.⁵⁷

Dado que la ley chilena permite la “objeción de conciencia,” quienes defienden la salud reproductiva creen que un órgano del Estado, como por ejemplo el Ministerio de Salud, debería ser responsable de proteger y garantizar el acceso al servicio de aborto, y que el gobierno debería establecer un órgano imparcial para supervisar la prestación de servicios de interrupción tanto en las instituciones públicas como privadas.

PORTUGAL

donde la obligación de los hospitales a practicar el aborto limita el impacto negativo de la “objeción de conciencia” en mujeres



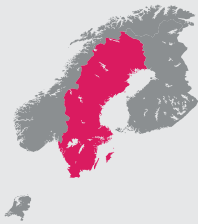
Hasta el 2007, Portugal solo permitía el aborto en los casos en que la vida de la mujer estuviera en peligro, cuando el feto tuviera severas anomalías, o en gestaciones producto de una violación. En julio del mismo año, se expandió la cobertura de la ley tras un número de protestas, permitiendo a las mujeres tener un aborto voluntario durante las 10 primeras semanas del embarazo. La ley de 2007 define y regula el uso de la “objeción de conciencia”: solo se permite denegar la prestación del servicio de aborto basándose en creencias personales a aquellos directamente involucrados. Además, el proveedor que se oponga debe presentar una declaración por escrito a la dirección del hospital. Debe además informar a la usuaria, derivarla a un proveedor no

objector, y generalmente, no puede participar en el asesoramiento. Hay investigaciones que muestran, sin embargo, que con frecuencia los proveedores de salud no siguen estos requerimientos.

El sistema nacional de salud pública en Portugal presta servicios de aborto, y es la responsabilidad de los hospitales garantizar acceso al aborto. Si hay obstáculo debido al uso de la “objeción de conciencia”, el gobierno deriva al sistema privado lo que no cubre el sistema público. Esta obligación legal ha hecho posible que las mujeres tengan acceso a servicios de aborto cerca de sus hogares. El tamaño relativamente pequeño del país es otro factor de apoyo para que las mujeres reciban atención sanitaria sin tener que hacer largos desplazamientos. Aunque la prevalencia de la “objeción de conciencia” en Portugal no está bien documentada, pareciera ser que las mujeres logran el acceso a servicios de aborto.⁵⁸

SUECIA

donde la “objeción de conciencia” en el ámbito de la salud no está permitida



Suecia, así como Islandia y Finlandia, prohíbe la denegación de tratamiento a la población usuaria, incluyendo el uso de la “objeción de conciencia” en salud reproductiva, sin excepción alguna. La ley del aborto de Suecia de 1975 otorga a las mujeres el derecho a un aborto voluntario seguro y sin demoras. Como es una ley basada en derechos, la interrupción no está contemplada en el código penal. Las mujeres no necesitan dar ninguna razón dentro de las 18 primeras semanas del embarazo; después de la semana 18, deben justificar su decisión, aunque no existe límite de tiempo ni restricción en las justificaciones.

Como la ley del aborto de Suecia no permite la “objeción de conciencia,” las autoridades sanitarias han establecido el aborto como una obligación profesional para los ginecólogos obstetras o matronas y se requiere su práctica a todos los departamentos de obstetricia y ginecología. Los proveedores de salud reciben una formación obligatoria en interrupción durante sus estudios de medicina, y las facultades disuaden a la mayoría de los estudiantes antiderechos de especializarse como ginecólogos obstetras o matronas. Además, al igual que en Noruega, los gerentes de los hospitales o clínicas en Suecia pueden oponerse a contratar a un proveedor que objete al aborto o el asesoramiento anticonceptivo.

En este ámbito legal, donde el uso de la “objeción de conciencia” no se permite en el ámbito de la salud, las expectativas explícitas sobre la función de los proveedores y la existencia de mecanismos para hacerles responsables de sus obligaciones profesionales, facilita el acceso a una atención de salud reproductiva basada en la evidencia y de muy alta calidad.⁵⁹

ESTADOS UNIDOS DE AMÉRICA

donde las leyes estatales y federales protegen la denegación de la atención sanitaria



Estados Unidos (EE.UU.) tiene un mosaico de normas a nivel federal y estatal que conceden acomodaciones y exenciones que permiten que tanto instituciones como individuos nieguen la atención de salud reproductiva, en particular en lo referente al aborto y los servicios relacionados. A nivel federal, éstas comenzaron en 1973, justo después de que la Corte Suprema del país dictara sentencia en el caso *Roe v. Wade*, afirmando que una mujer tenía el derecho constitucional a abortar. Estas acomodaciones y exenciones están legisladas en la Enmienda Church (1973), la Enmienda Coats (1996), y la Enmienda Weldon. Esta última, aprobada en 2004, está directamente conectada con las apropiaciones anuales que financian los Departamentos del Trabajo y de la Salud y Servicios Humanos.

Se han expedido también leyes estatales en todo EE.UU. y existen en casi 50 estados. En 45 estados, por ejemplo, hay leyes que permiten la denegación de servicios relacionados con el aborto, donde 43 permiten que también las instituciones –no solo los individuos– usen este argumento. Hay leyes en 18 estados que permiten la denegación de servicios de esterilización y 12 que permiten negar tratamientos anticonceptivos.⁶⁰

En enero de 2018, la Administración Trump propuso un nuevo proyecto de ley con la intención de expandir dramáticamente el derecho a denegar a los usuarios atención sanitaria reproductiva o de cualquier otra índole, y anunció la creación de una nueva División de Libertad de Conciencia y Religión dentro de la Oficina de Derechos Civiles (OCR) del Departamento de Salud y Servicios Humanos (HHS), a cargo de garantizar el cumplimiento.⁶¹ Estimaciones previas del gobierno indican que establecer mecanismos que se ajusten a esta nueva ley tendrá un costo de más de 300 millones de dólares⁶² para el sistema de salud. Priorizando las creencias personales de los proveedores sobre la salud y derecho de la población usuaria, es claro que la meta de la administración es permitir que se dispare la discriminación contra las mujeres, personas transgénero y cualquier otro que requiera atención sanitaria.

Las políticas ya existentes sobre denegación de servicios médicos, que esta administración busca expandir con su propuesta, ya de por sí afectan a muchas personas, en un sistema dominado por proveedores privados de salud. Al día de hoy, una de cada seis camas de hospital se encuentra en hospitales católicos de EE.UU. pertenecientes o afiliados al sistema de salud de esta religión. Estos establecimientos de salud se gestionan por políticas basadas en ideologías y “Directivas éticas y religiosas,” expedidas por la Conferencia de Obispos Católicos de EE.UU. (USCCB) y no por profesionales médicos. Las directivas prohíben un gran rango de servicios de salud reproductiva, que incluyen los anticonceptivos, esterilización, muchos tratamientos de infertilidad, y el aborto incluso cuando la vida o salud de la mujer se ve amenazada por el embarazo. En consecuencia, se impide a los proveedores de estos hospitales que presten atención sanitaria adecuada a su población usuaria, poniendo en riesgo su salud y sus vidas. Además, estas normas institucionales entran en conflicto con los derechos de los usuarios a tomar decisiones médicas de acuerdo a sus creencias personales o religiosas, y pueden exacerbar desigualdades ya existentes en el acceso a la atención médica.⁶³ Un informe de 2018 revela que las mujeres de color tienen más tendencia a atenderse en hospitales católicos y, por tanto, en muchos estados dependen de una manera desproporcionada de servicios de salud reproductiva restringidos por motivos religiosos. Este resultado es alarmante, puesto que las mujeres de color también se enfrentan a otras disparidades en salud que aumentan su necesidad de atención integral en salud reproductiva.⁶⁴

Gracias a las experiencias compartidas, la información de otros países y los conocimientos técnicos en derecho internacional, regional y nacional de las personas participantes, las discusiones del seminario internacional permitieron pensar en nuevas formas de usar la ley, los sistemas legales y las cortes para continuar protegiendo y expandiendo el derecho a la interrupción, desafiando el uso de reivindicaciones de conciencia como excusa para denegar servicios de aborto.

Teniendo en cuenta que los contextos son diferentes y que un solo método no funciona para todos, el grupo de participantes discutió diferentes recomendaciones para abordar el uso de la “objeción de conciencia” mediante leyes y políticas. Señalaron que la mayoría de los intentos de regular la denegación de servicios basándose en reivindicaciones de conciencia producen resultados confusos y deficientes a la hora de garantizar el acceso a servicios de interrupción. Reconocieron que los objetores al tema han convertido la “objeción de conciencia” en una moneda de cambio, insistiendo en que ésta se incluya en la ley a nivel nacional y subnacional para así utilizarla como medio para restringir el acceso.

Aunque el grupo no llegó a un acuerdo, la mayoría de participantes recomendó que, dada la dificultad para hacer cumplir las regulaciones, las leyes y políticas deberían evitar menciones a la “objeción de conciencia.” Para los países donde las leyes de aborto están bajo revisión, los activistas y aliados interesados deberían hacer visibles las consecuencias de la denegación de servicios, para asegurar que no se utilice el término “objeción de conciencia” e impedir que se establezcan excepciones que conlleven la negación de servicios basándose en creencias personales. Donde ya existan legislaciones, deberían adoptarse provisiones para los proveedores actuales, a la vez que se prepara a la siguiente generación para que piense de manera distinta sobre el balance entre las creencias personales y obligaciones profesionales y éticas. Al mismo tiempo, los activistas deben exigir la rendición de cuentas de los gobiernos en cuanto a la prestación de servicios de salud reproductiva de alta calidad y ampliamente disponibles, mediante la aplicación efectiva de las regulaciones ya existentes para reivindicaciones de conciencia.



Jorge Basso, Ministro de Salud de Uruguay, habla con reporteros en el seminario de la objeción de conciencia, agosto de 2017 © IWHC



Recomendaciones para la Defensa y Desarrollo de Leyes y Políticas:

- Utilizar los mecanismos internacionales y regionales de derechos humanos.** Quienes trabajan en esta área pueden ayudar a dar forma a la aplicación de las leyes internacionales interactuando con los órganos de supervisión de los tratados mediante informes sombra o cartas, que den visibilidad al uso de la llamada “objeción de conciencia” y las implicaciones que tiene sobre los derechos y la salud de las mujeres. Las agencias internacionales como la OMS y las organizaciones profesionales como la FIGO pueden también influir en la legislación internacional y, por ende, en los Estados, documentando las consecuencias de la denegación de servicios y desarrollando estándares claros sobre las obligaciones de los profesionales de la salud y de las instancias gubernamentales. Los activistas deberían trabajar también a nivel nacional, incluyendo el tema de “objeción de conciencia” en los informes oficiales del gobierno a entidades y procesos internacionales y regionales, tales como el Examen Periódico Universal del Consejo de Derechos Humanos. Con este fin, deberían continuar la búsqueda y creación de espacios, tales como este evento, para identificar oportunidades, generar estrategias para interactuar con los órganos internacionales y regionales, y utilizar los procesos de informes de país. En algunos casos, esto requiere capacidades y formación para los activistas, y también más información sobre cómo utilizar estas oportunidades estratégicas. Para este fin, sería de gran ayuda documentar todas las leyes y jurisprudencia internacionales y nacionales existentes, para mapear las estructuras que tienen la posibilidad de emitir dictámenes y recomendaciones que puedan influenciar las acciones de los gobiernos y traducir esta información en múltiples idiomas.
- Incidir en el desarrollo de las políticas y leyes nacionales.** Como se menciona antes, la mayoría de participantes concluyó que las leyes de aborto no deberían incluir la “objeción de conciencia,” ni permitir excepciones a los especialistas en salud reproductiva, como los ginecólogos obstetras y matronas, para denegar servicios basándose en creencias personales. La ley debería ser clara en que los proveedores de salud están obligados a respetar sus deberes profesionales, ante situaciones de embarazos no deseados.
- Hacer responsables a los gobiernos de aplicar las regulaciones.** En los casos donde ya existe ley que permite la denegación de servicios, los gobiernos deberían limitarla estrictamente y regular el uso de reivindicaciones de conciencia. Las autoridades relevantes deben dar a conocer de manera amplia estas regulaciones al sector salud y legal, así como a la sociedad civil. También necesitan establecer mecanismos para aplicar y hacer un seguimiento del cumplimiento de las regulaciones y sancionar su abuso y uso indebido. Al mismo tiempo, los activistas deberían hacer responsables a los gobiernos de asegurar que los profesionales de la salud que denieguen atención sanitaria no impidan el acceso al aborto. En escenarios particulares, el litigio puede ser una herramienta efectiva. En otros casos, el énfasis debería centrarse en abogar por cambiar la ley, fortalecer las regulaciones y asegurar el cumplimiento.

IV. Perspectivas del sector salud

Perspectivas éticas

En el corazón de la profesión sanitaria está la promesa del profesional de que el bienestar del usuario es lo primero.⁶⁵ Las reivindicaciones de “objeción de conciencia” para denegar servicios de aborto violan esta promesa de no perjudicar y de atender a la población usuaria. Las decisiones de los “objetores de conciencia” se basan en convicciones personales en vez de juicios profesionales. Considerar tales decisiones entra en conflicto directo con la justificación misma de la existencia de esta profesión.

Especialistas en bioética, proveedores, activistas y otras personas convocadas al seminario acordaron que la denegación de servicios de aborto basada en reivindicaciones de conciencia viola directamente las obligaciones de los prestadores a servir el bien público y priorizar la salud de la población usuaria y, de hecho, causa daños. No es ético permitir que las creencias personales y de idiosincrasia minen el derecho propio del usuario a solicitar atención sanitaria esencial. Esto, en última instancia, mina los derechos de las personas que requieren el servicio.⁶⁶ Además refuerza la existente desigualdad de poder entre el profesional de salud y la población usuaria, ya identificada por el feminismo, desde tiempo atrás, como un obstáculo significativo para llevar a cabo los derechos sexuales y reproductivos. Las personas usuarias son la parte “débil” en esta situación. El que los proveedores prioricen sus creencias personales sobre las necesidades y derechos de aquellos a los que supuestamente deben servir, les otorga aún más poder, a menudo exacerbando también la desigualdad de género.

El grupo de participantes abordó este razonamiento y consideró los costos de considerar a los “objetores” en el ámbito de la salud, generando un conflicto entre el derecho a recibir asistencia profesional y las reivindicaciones de conciencia del proveedor de salud. Como resultado, las personas suelen experimentar inconvenientes significativos y, con frecuencia, les resulta imposible acceder a la atención que desean. La prestación de servicios se vuelve impredecible y maneja estándares ineficientes. Además, considerar a aquellos que deniegan el tratamiento causa trastornos en el sistema de salud. Puede crear ineficiencias muy costosas y distribución desigual del trabajo, sobrecargando a quienes honran y defienden sus obligaciones profesionales y distorsionando la disponibilidad de recursos – ya de por sí limitados – en los sistemas de salud.⁶⁷

Participantes en el seminario reconocieron que es típico que los usuarios acaben soportando la carga de la denegación de servicios. Sin embargo, los proveedores de salud que deniegan el tratamiento rara vez se enfrentan a las consecuencias de sus acciones en un sector en el que entraron voluntariamente y en el que ellos monopolizan la atención. Esto es una distinción clave de la “objeción de conciencia” asociada al servicio militar obligatorio. Los objetores militares tienen que fundamentar sus razones y sufrir un riguroso proceso de revisión. A menudo, tienen que prestar un servicio alternativo, no combativo, pagar una multa o afrontar castigos severos de estigma y discriminación que los relacionan con ser un “prófugo” de prisión e incluso la ejecución.⁶⁸ Cuando los proveedores deniegan la prestación de servicios de aborto, son las mujeres las que pagan el precio, enfrentándose a costos adicionales, un mayor estigma y, algunas veces, a la muerte.⁶⁹

Requerir que los proveedores de salud cumplan con las competencias y obligaciones principales de su línea de trabajo no implica una discriminación no justificada, no supone limitaciones injustas en cuanto a la igualdad de oportunidades, ni reduce la diversidad en el sector. Las limitaciones en la igualdad de

oportunidades surgen en muchos contextos y por diversas razones. Por ejemplo, la ceguera puede hacer que un individuo no se considere apto para convertirse en piloto, y el temblor en una mano hace que la odontología sea una opción inapropiada. Estas limitaciones están sujetas a los requerimientos de la profesión y no le niegan a nadie el derecho a defender sus creencias personales, religiosas o morales, siempre y cuando no se usen para denegar los derechos de otros.⁷⁰

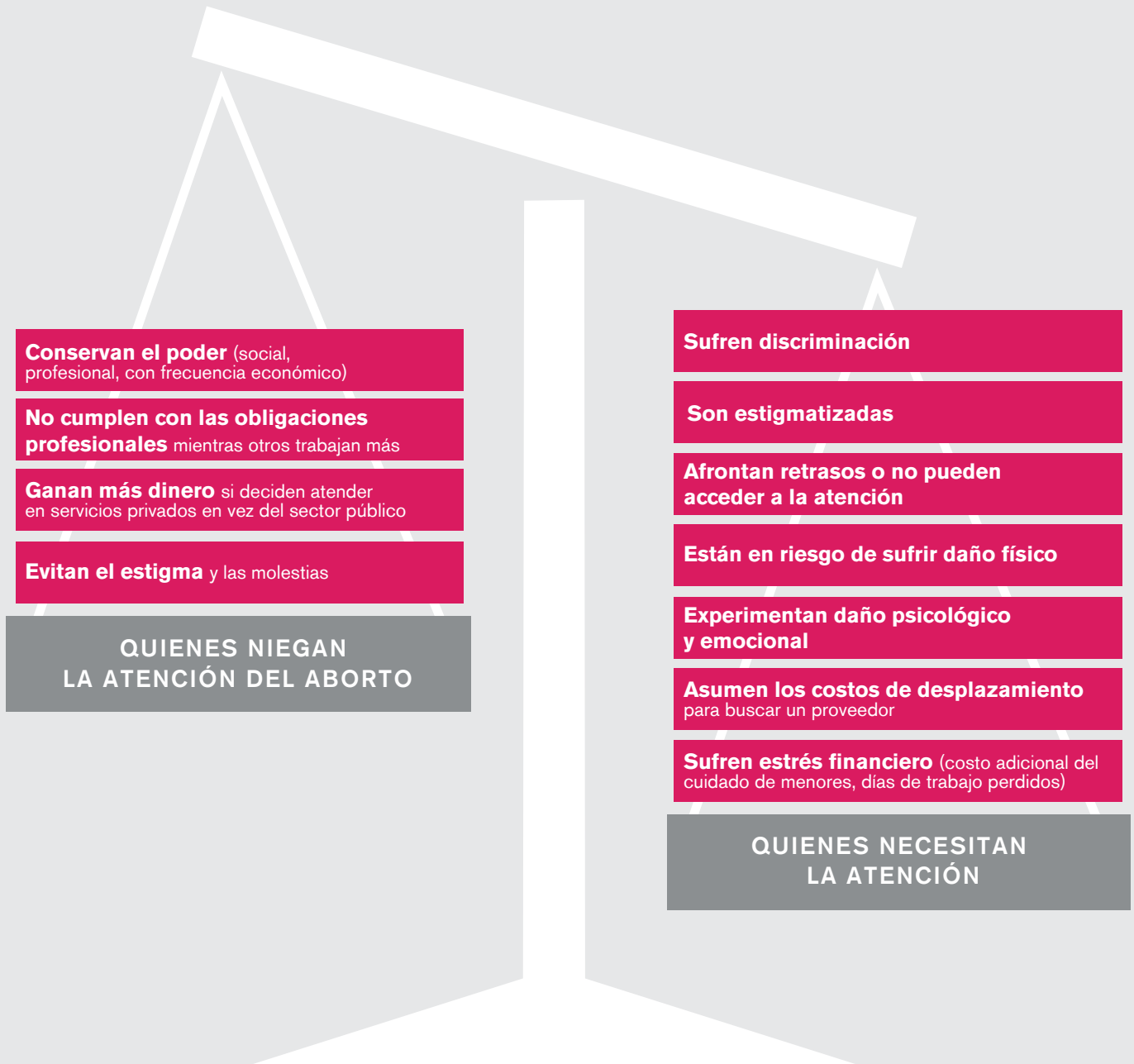
En Suecia, Finlandia e Islandia, esta perspectiva ética se ha usado para dar forma a la práctica de la ley de atención sanitaria. Estos tres países no permiten que los proveedores de salud pública denieguen la prestación de un servicio médico legal por razones relacionadas con creencias personales, cuando este servicio es parte de sus deberes profesionales. Teniendo en cuenta que el procedimiento de interrupción es un deber de los ginecólogos obstetras y las matronas en Suecia, los empleadores lo enumeran como un requisito laboral, y pueden decidir no emplear a un profesional contrario al aborto. La formación obligatoria sobre los servicios de aborto para estas especialidades refuerza este enfoque.⁷¹

El grupo compartió reflexiones obtenidas a partir de sus propias experiencias, enriqueciendo las discusiones sobre la ética profesional y las obligaciones de los proveedores. Un prestador de Sudáfrica indicó: “Los trabajadores sanitarios deberían servir a sus usuarios... No hay justificación alguna para que los trabajadores de la salud denieguen el aborto.” Este mismo proveedor describió el complicado ambiente médico que ha presenciado de primera mano, y la manera en que la “objeción de conciencia” interactúa con otras barreras existentes en el entorno –por ejemplo, las capacidades limitadas para ofrecer un servicio de interrupción, debido a la inadecuada formación de los proveedores, las débiles infraestructuras de los sistemas de salud, y el estigma hacia los proveedores del aborto y las mujeres que lo solicitan.⁷²

PERSONAL DE ENFERMERÍA EN SUDÁFRICA

Sam es una enfermera que presta servicios de aborto en un hospital público en Cabo del Este, en Sudáfrica. Lleva haciéndolo durante cuatro años, y es la única que presta este servicio en la clínica de mujeres del hospital donde trabaja. No obstante, Sam no se siente completamente cómoda con la interrupción. Cuando los jefes le preguntan, ella sigue estando de acuerdo en involucrarse con los servicios de aborto porque se da cuenta de que muchas mujeres morirían como resultado de procedimientos inseguros. Sabe que si no se involucra, las mujeres seguirán muriendo. Como otras enfermeras y otros proveedores que prestan servicios de aborto, ella se siente aislada y abandonada. Sam recuerda que, cuando ella comenzó en la clínica de mujeres, el departamento de la salud organizaba sesiones donde los proveedores de servicios de aborto de diferentes hospitales se reunían y discutían sus experiencias. Sam desearía tener nuevamente estas sesiones o algo similar, para que tanto ella como otros en su misma situación tuvieran algún respaldo. En algún momento, Sam se retirará de los servicios de aborto, a consecuencia del agotamiento. ¿Quién la reemplazará?

¿Quién cubre los costos de negar el acceso a los servicios de aborto?



¿Cuáles son los costos y quién los asume?

El grupo habló sobre proveedores en sus comunidades que trabajan tanto en el sector público como privado. En algunos casos, los profesionales deniegan la prestación de servicios reivindicando la “objeción de conciencia” durante sus turnos en un centro público, pero ofrecen servicios de aborto en sus centros privados. Esta duplicidad tiene varias causas e implicaciones. La primera, cuando las políticas permiten las reivindicaciones de “objeción de conciencia,” los proveedores a menudo abusan de estas adaptaciones “objetando” en algunos casos pero no en otros.⁷³ En segundo lugar, esto ilustra según algunos, la dificultad y la falta de utilidad, según algunos, de intentar regular la objeción a la atención sanitaria basándose en la conciencia. Y tercero, esto indica que hay incentivos y trabas, más allá de la fe o reivindicaciones de conciencia, que conllevan a estos comportamientos por parte de los proveedores.

Un análisis de la “objeción de conciencia” al aborto, desde una perspectiva económica, muestra que ésta se traduce en una distribución desigual e ineficiente de recursos. Los proveedores de salud representan un monopolio porque ellos ofrecen un servicio requerido, especializado y específico. En este contexto, el estigma que va unido a la práctica de un aborto opera como una traba para los proveedores en dos sentidos: se manifiesta como una traba material porque los proveedores perciben que ese estigma causa que la población usuaria y otros proveedores de salud los rechacen, impidiéndoles brindar servicios más lucrativos y “aceptables”; y, se manifiesta también socialmente debido a la discriminación, el aislamiento, y la falta de respeto por parte de sus colegas y comunidades en general. En otras palabras, los proveedores tienen incentivos para negarse a tratar, reivindicando la “objeción de conciencia,” para poder mantener su reputación, alienarse en el status quo y evitar el estigma e inconveniente de prestar servicios de interrupción. Al mismo tiempo, para algunos profesionales, ofrecer la prestación del aborto exclusivamente en el sector privado abre una oportunidad de ganar un ingreso extra fuera del sector público. En este escenario, los proveedores que usan las reivindicaciones de conciencia para denegar servicios pueden verlo como una decisión racional que les favorece como individuos tanto material como socialmente. Dado que los proveedores de salud reproductiva tienen concedido un monopolio por parte del Estado, el cálculo del costo exagera la desigualdad de poder entre proveedores y población usuaria.⁷⁴ Los prestadores toman una decisión que les beneficia de múltiples maneras, mientras que las usuarias incurren en costos significativos, con riesgos a su salud y bienestar y la posibilidad de tener que buscar otro proveedor dispuesto a practicar el procedimiento.⁷⁵

Las estrategias para alterar esta situación deberían incluir alguna consecuencia para quienes deniegan los servicios de aborto, y ofrecer beneficios a aquellos que los presten. El grupo discutió propuestas similares a las medidas requeridas a los objetores de conciencia del servicio militar, tales como someterse a un proceso de revisión para justificar su reivindicación, y cumplir con otro servicio alternativo. También deliberaron, pero sin acuerdo, sobre la estrategia de crear un registro público de “objetores.” Se dialogó sobre cómo este planteamiento podría ser un paso hacia la responsabilidad y transparencia. Al mismo tiempo, en contextos donde el aborto está altamente estigmatizado, un registro público de “objetores” podría hacer a aquellos que no se registren más vulnerables ya que se revelarían sus identidades. También podría ofrecer un incentivo para registrarse como una manera de desasociarse del aborto. Medidas integrales que aseguren a las mujeres un acceso a servicios de aborto legal deben acompañar esfuerzos tales como el registro público, que por sí solos no resultan suficientes. Las estrategias que se concentren en reducir los incentivos y desincentivos y priorizar los derechos de la población usuaria deberían requerir la participación y liderazgo del sector salud y de quienes formulan políticas públicas.



Recomendaciones para aclarar los costos y consecuencias de las acciones de los proveedores de salud:

- Reformular y cambiar los términos usados.** Reformular el debate para aclarar y enfatizar que la “objección de conciencia” es un nombre poco apropiado, que se ha tomado de una práctica ética usada por personas llamadas al servicio militar obligatorio. En el ámbito de la salud, se subvierten las obligaciones y estándares profesionales de las personas que se unieron a esta profesión voluntariamente. Aunque el grupo no llegó a ningún acuerdo sobre qué terminología usar, se consideraron términos como “denegar la prestación de servicios,” “negación de servicios,” y “desobediencia deshonestas,” que ya se habían sugerido previamente.⁷⁶
- Reivindicar el concepto de conciencia.** No ceder el término “conciencia” a aquellos que dan privilegio a la creencia personal sobre la conducta profesional y el derecho al acceso y a la prestación de servicios. Es necesario hacer visibles las consecuencias graves que trae sobre la normativa del aborto el incluir reivindicaciones de conciencia. Enfatizar el “compromiso de conciencia” y la conducta profesional de aquellos que sí priorizan los derechos de la población usuaria.⁷⁷ Resaltar que la conducta profesional y el juicio profesional requieren la prestación de servicios de aborto como un aspecto esencial de la salud de las mujeres.⁷⁸
- Cuantificar los costos en los que incurren los sistemas de salud debido a las reivindicaciones de “objección de conciencia” al aborto.** Gestionar estas reivindicaciones de conciencia puede ser muy costoso y crear ineficiencias en la distribución de recursos escasos en el ámbito de la salud. Cuantificar esos costos llenaría un vacío para entender las consecuencias de negar el servicio de aborto a partir de reivindicaciones de conciencia.

Dado que los proveedores de salud reproductiva tienen concedido un monopolio por parte del Estado, el cálculo del costo exacerba la desigualdad de poder entre proveedores y población usuaria. Los prestadores toman una decisión que les beneficia de múltiples maneras, mientras que las usuarias incurren en costos significativos, con riesgos a su salud y bienestar.

Formación y apoyo a los proveedores

La omnipresencia de la “objeción de conciencia” al aborto no solo afecta a las mujeres que solicitan este servicio, sino también a los profesionales de la salud que eligen prestarlo. Aquellos que conscientemente atienden a la mujer que solicita un aborto suelen enfrentar el estigma y la discriminación de sus colegas, exacerbando otros obstáculos que complican su labor.

Los proveedores de salud presentes en el seminario subrayaron la importancia de una formación integral y el apoyo a aquellos que trabajan en los servicios de aborto. Destacaron las demandas de su labor y la carga física, mental y emocional que supone su trabajo, especialmente para aquellos que ejercen en contextos legalmente restrictivos o donde el aborto está muy estigmatizado.

El grupo también reconoció que los proveedores se encuentran en distintos puntos respecto al reconocimiento del aborto como un derecho humano. Enfatizaron la necesidad de trabajar inicialmente en acciones con las que los proveedores se sientan cómodos, y brindar formación continuada y apoyo para prevenir estrés, agotamiento, estigma y trauma, y lograr que gradualmente se conviertan en garantes del derecho al aborto.

Otros profesionales de los servicios sociales y de salud, como personal de gestión, consejería o trabajo social, se pueden beneficiar también de este tipo de educación y apoyo para ganar conocimiento y confianza en la derivación de mujeres a servicios de aborto, según sea necesario. Evaluaciones de los programas de formación y asistencia técnica a estos profesionales han mostrado que estos pueden ser muy efectivos para aumentar su conocimiento, capacidades, intención de dar respuesta a las necesidades de la mujer y voluntad para derivarlas al aborto.⁷⁹

Para mantener este grupo de proveedores a favor de la libre elección, es esencial establecer una base sólida de capacidades, sustentada en la ética y los derechos humanos. Las organizaciones profesionales pueden jugar un papel líder marcando las expectativas y definiendo los estándares. La educación médica, que incluye la formación previa al servicio y durante éste, puede estructurarse para prestar apoyo psicológico y profesional continuado al personal de salud, y puede abogar dentro del ámbito de la salud reproductiva por aquellos que prestan servicios de aborto.

Aquellos que conscientemente atienden a la mujer que solicita un aborto suelen enfrentar el estigma y la discriminación de sus colegas, exacerbando otros obstáculos que complican su labor. Los proveedores de salud presentes en el seminario subrayaron la importancia de una formación integral y el apoyo a aquellos que trabajan en los servicios de aborto.

EDUCACIÓN EN SALUD REPRODUCTIVA EN ESTADOS UNIDOS: PROGRAMA DE RESIDENCIA RYAN Y LA BECA DE PLANIFICACIÓN FAMILIAR

EDUCACIÓN MÉDICA SOBRE EL ABORTO EN LOS CONTEXTOS DONDE SE PERMITE LA OBJECCIÓN

A principios de los 90, más de 20 años después de la legalización del aborto en EE.UU, sólo el 12% de los programas de residencia de obstetricia y ginecología tenían integrada la formación rutinaria sobre el aborto. Para responder a esto, el Consejo de Acreditación para la Educación Médica de Posgrado expidió una orden requiriendo que los programas de residencia de ginecobstetricia ofrecieran formación sobre el aborto, permitiendo que los residentes con objeción de conciencia moral y religiosa pudieran abstenerse de participar. Todos los residentes deben tener formación y experiencia en el tratamiento de las complicaciones relacionadas con el aborto y en la prestación de todos los métodos anticonceptivos.

En 1999, se fundó el “Programa de residencia Kenneth J. Ryan en aborto y planificación familiar” en la Universidad de California, San Francisco (UCSF), con el objetivo de ayudar a los departamentos de obstetricia y ginecología a integrar la formación en aborto a través de una rotación con “opción de exclusión” que animaba a los residentes a aclarar sus valores. Se expandió a 90 programas en EE.UU., incluso en los estados conservadores del sur.

Se espera que todos los residentes, incluso los que optan por excluirse, participen en los ejercicios de clarificación de valores y en un continuo de capacitación que incluye: acompañar a una mujer durante un aborto, observar un aborto, participar en algunos aspectos del aborto, practicar una interrupción y proveer anticonceptivos postaborto. Tras esta formación inicial, los residentes que continúen su objeción a practicar determinados procedimientos basándose en sus creencias, prestarán de igual manera una variedad de servicios relacionados que incluyen el asesoramiento, el cuidado postoperatorio, y la gestión de las complicaciones del aborto.

Datos provenientes de una encuesta de análisis de los primeros 10 años del programa Ryan mostraron que los residentes, incluso aquellos que solo participaron parcialmente, aumentaron significativamente su conocimiento en todos los métodos de tratamiento de aborto en el primer y segundo trimestre y en anticonceptivos. Casi la mitad de los residentes que se habían mostrado indecisos, estaban más dispuestos a incluir el aborto en su práctica. 97% de los directores del programa de residencia informaron que esa formación mejoró la competencia de los residentes en tratamientos de interrupción y anticonceptivos.⁸⁰

DESARROLLO PROFESIONAL DE LÍDERES Y APOYO A PROVEEDORES: LA BECA DE PLANIFICACIÓN FAMILIAR

La beca de planificación familiar, que también se originó en la UCSF, está dedicada al desarrollo profesional de líderes en salud reproductiva. En los dos años que lleva el programa, los becarios trabajan con los líderes en el sector para perfeccionar las habilidades clínicas y de investigación, mejorar la evidencia científica, mejorar las capacidades de incidencia y aprender sobre salud reproductiva en un contexto global. Haciendo parte de un grupo de pares expertos, tienen la oportunidad de presentar investigaciones, establecer un programa de residencia Ryan para integrar aún más la educación médica y conectarse con líderes nacionales e internacionales.

Notablemente, la beca enfatiza el apoyo psicosocial mediante talleres que abordan las dimensiones emocionales del trabajo, cómo afrontar el estigma, temas de seguridad y protección, trabajo con colegas opositores, diálogo sobre esta labor con su familia y amigos, reconocimiento del valor del feto, reconciliación de las perspectivas religiosas de la mujer y el proveedor, y gestión de las respuestas emocionales ante complicaciones serias. Se anima a los becarios actuales y previos y sus directores a participar de manera continuada en un foro para discutir los aspectos psicológicos asociados a la práctica y enseñanza sobre el aborto.

En contextos donde la ley ha cambiado recientemente, logrando ampliaciones en causales – por ejemplo, Uruguay en 2012 y Chile en 2017 – habrá ajustes próximos del sector salud, para adaptarse al avance legislativo. El grupo reconoció que cualquier profesión requiere que sus miembros se ajusten y adapten para actualizarse con los desarrollos de su sector, incluyendo los cambios en la ley. Reconocieron que, en estos contextos de cambio, se hace necesario un período de transición para marcar el inicio de cambios significativos en políticas y prácticas. Los programas antes descritos pueden ayudar a preparar a los proveedores para la transición, y pueden también apoyar a proveedores líderes para que tomen la iniciativa de ofrecer los servicios de interrupción.

El grupo discutió que no deberían existir adaptaciones para las reivindicaciones de “objeción de conciencia” en las leyes y políticas de la salud. (Véase la sección III para acceder a recomendaciones sobre políticas públicas). También formularon recomendaciones y estrategias para el sector de la salud.



Un miembro de la Coalición de Justicia Sexual y Reproductiva en Sudáfrica demuestra el método del aborto quirúrgico en un panel sobre aborto seguro, septiembre de 2017 © SRJC



Recomendaciones para la formación y el apoyo a los proveedores de salud:

- **Educar a los proveedores actuales y potenciales.** Integrar los derechos y salud reproductiva en la educación y formación de las profesiones sanitarias, creando pautas obligatorias de entrenamiento. Esto incluye asegurar que todo aquel que entra en el sector de la salud conoce las consecuencias del aborto ilegal y legal en la salud pública, todos los métodos anticonceptivos y la atención integral del aborto, reservando el conocimiento técnico más profundo para aquellos que se especialicen en salud reproductiva. Además implica enfocarse en educación sobre bioética y derechos humanos, incluyendo la clarificación de valores sobre el aborto, y la definición de profesionalismo, en la etapa preparatoria para el ejercicio laboral, empezando incluso en la universidad.
- **Aumentar las capacidades profesionales y el compromiso.** Animar y apoyar a los proveedores de salud a perseguir un desarrollo profesional continuo, para profundizar en su conocimiento y capacidad de brindar servicios de aborto, aprender sobre ética y derechos humanos, y aclarar sus valores. Ayudar a aquellos proveedores que son ambivalentes a acercarse de manera gradual al entendimiento del aborto como derecho humano. Las organizaciones profesionales y asociaciones de médicos, facultades de medicina y enfermería, agencias del gobierno, y organizaciones no gubernamentales, pueden colaborar, para asegurar que el servicio de aborto se vea como un derecho humano y una obligación profesional para todos aquellos vinculados a la salud reproductiva.
- **Motivar a aquellos que prestan atención sanitaria.** Crear e institucionalizar sistemas accesibles de redes de apoyo para que los proveedores combatan el estigma, el aislamiento, el estrés, y el agotamiento, y para permitirles que sostengan su práctica. Desarrollar maneras de reconocer y celebrar el trabajo duro y apasionado de los proveedores mediante premios a los líderes en el sector, días comunitarios y de solidaridad internacional, y dando apoyo para la asistencia, conexión y presentación en reuniones regionales y globales de alto nivel. Las organizaciones profesionales vinculadas a la salud y las asociaciones de médicos pueden actuar como líderes para motivar, recargar y generar avances en el sector.
- **Hablar con aquellos que reivindican la “objeción de conciencia” y hacerles responsables por su obligación profesional.** En situaciones donde la “objeción de conciencia” ya está estipulada, crear programas de educación para que los proveedores aprendan todo sobre los aspectos clínicos, psicosociales y de salud pública del aborto. Para aquellos que continúan objetando, crear otras obligaciones, por ejemplo, requiriéndoles que justifiquen su postura y presten servicios alternativos. De manera similar, deberían asumir la responsabilidad sobre las cargas causadas por su denegación de prestación de servicios a su población usuaria, a sus compañeros, y al sistema de salud ofreciendo información adecuada y oportuna y derivaciones de las mujeres, y cumpliendo con otros deberes, para aliviar las responsabilidades de sus colegas no objetores.
- **Fomentar el liderazgo.** Motivar a los proveedores que se sientan en capacidad de tomar un rol de incidencia dentro de sus instituciones y comunidades profesionales y ante quienes formulan políticas públicas. Se les debería apoyar para que hablen de su trabajo y de las mujeres que atienden, de la evidencia sobre aborto seguro, y la carga y consecuencias de la “objeción de conciencia” para las mujeres y otros prestadores.

V. El papel de la sociedad civil

El grupo acordó que quienes defienden los derechos de la mujer tienen un papel muy importante para cuestionar el uso de la “objeción de conciencia” como excusa para denegar la atención sanitaria. De hecho, los movimientos feministas han sido la clave para lograr el progresivo cambio social y político, según una investigación reciente y como registra la historia. Los colectivos trabajando en los derechos de las mujeres articulan las necesidades de los grupos marginados, presionan a los formuladores de políticas públicas, llevan los acuerdos globales al nivel local e influyen en la opinión pública.⁸¹

Tal como se discute en la sección III, desde el activismo se puede influenciar el desarrollo de nuevas leyes y políticas. Los siguientes ejemplos sirven para ilustrar que la defensa asociada a reivindicaciones de conciencia en el ámbito de la salud requiere una preparación cuidadosa, tener relaciones con tomadores de decisión dispuestos a liderar el tema y un entendimiento del momento político.

LECCIONES APRENDIDAS EN EL TRABAJO CON FORMULADORES DE POLÍTICAS PÚBLICAS

Un representante del Foro Parlamentario Europeo sobre Población y Desarrollo (EPF) compartió las lecciones aprendidas de trabajar con los parlamentarios. En 2008, el EPF intentó introducir recomendaciones para contrarrestar las reivindicaciones no restringidas de “objeción de conciencia” al aborto en esta región, en el marco de la Asamblea Parlamentaria del Consejo de Europa. Como respuesta, el relator parlamentario se convirtió en el blanco de la oposición antiderechos, que se había movilizó muy rápidamente para contrarrestar las recomendaciones propuestas. Por otro lado, los parlamentarios de Escandinavia y Francia que apoyaban estas recomendaciones estuvieron ausentes durante la votación final. El relator, acorralado, se arriesgó y convocó a votación. Las recomendaciones propuestas para restringir el uso de la “objeción de conciencia” no fueron aprobadas por un pequeño margen de diferencia. Con esta experiencia, el EPF quiere ilustrar los riesgos de poner en debate la “objeción de conciencia” sin una astuta maniobra política en los casos donde no exista una fuerte mayoría que vote a favor de la cuestión y donde haya una oposición capaz de movilizarse. Aunque destacan la importancia de trabajar con parlamentarios, se enfatiza la importancia de construir alianzas entre todos los partidos políticos para asegurar la continuidad y el apoyo global, la necesidad de entender ampliamente el contexto político y la importancia de implementar la estrategia en el momento oportuno.

Aunque este ejemplo es tomado de la experiencia con un órgano formulador de políticas, los activistas a nivel nacional también necesitan evaluar las oportunidades políticas y los riesgos. Si es factible, deberían presionar para que no se permita la “objeción de conciencia” al aborto ni a cualquier otra atención sanitaria en las leyes y políticas. Si la ley permite exenciones basándose en la conciencia, los activistas deberían reclamar limitaciones más estrictas del uso de las mismas y deberían demandar que aquellos que denieguen la prestación de servicios compartan parte de los costos de las consecuencias. Quienes hacen incidencia deberían hacer que los gobiernos rindan cuentas sobre la implementación de las regulaciones para las reivindicaciones de conciencia y asegurar el acceso al aborto sin obstrucciones causadas por la denegación del servicio. Las personas activistas pueden ayudar a dar forma a la aplicación de la ley internacional sobre esta cuestión colaborando con los órganos de supervisión de los tratados, planteando interrogantes sobre el uso de las reivindicaciones de conciencia y sus consecuencias sobre los derechos y la salud de las mujeres. Finalmente, el grupo convocado acordó que sería útil documentar y disseminar la información de las leyes internacionales y regionales existentes y relevantes de derechos humanos, así como de las leyes nacionales y las regulaciones. (Véase la sección III para recomendaciones detalladas sobre la defensa y promoción en las leyes y políticas).



En la Marcha por el Aborto Seguro en Bruselas el 28 de septiembre de 2017, Día Internacional del Aborto Seguro © IWHC

La justicia reproductiva es un marco de organización útil para desarrollar una respuesta estratégica sobre los efectos negativos de las reivindicaciones de conciencia de los proveedores de salud. Expresión acuñada por una organización de mujeres de color en EE.UU.,⁸² la justicia reproductiva se define como el derecho humano a mantener la autonomía física personal, tener hijos, no tener hijos y educar a los hijos en comunidades seguras y sostenibles.

Sudáfrica, por ejemplo, tiene una Constitución que es celebrada por su marco basado en los derechos y la salud sexual y reproductiva. No obstante, el ejercicio de estos derechos aún se vive de manera desigual. Con el fin de garantizar la rendición de cuentas, activistas y defensores usan la justicia reproductiva para destacar las barreras que se interconectan con los derechos humanos. Apoyando este compromiso, el Ministerio de Desarrollo Social reconoció que el concepto de justicia reproductiva será logrado “cuando todas las personas tengan el poder económico, social y político y los recursos para tomar decisiones saludables sobre su género, cuerpos y sexualidades.” En 2014, el ministro declaró que “el derecho de la mujer a tener un aborto debería estar perfectamente colocado y discutido como parte de los derechos humanos y de los medios para la transformación de la sociedad, pues permite la completa emancipación de las mujeres.”⁸³

El uso de una perspectiva de justicia reproductiva requiere examinar y deconstruir los sistemas de poder, abordando las opresiones que se cruzan, enfocándose en los más vulnerables, y trabajando conjuntamente en una gama de cuestiones e identidades. Esto permite un análisis que no solo revela el desbalance de poder inherente en una situación en la cual las creencias personales de los más privilegiados triunfan sobre los derechos y necesidades de quienes tienen menos privilegios y accesos, sino que también da visibilidad a las personas más afectadas por esta desigualdad. También señala la importancia de la creación de alianzas. Las denegaciones a prestar atención sanitaria basándose en las reivindicaciones de conciencia van más allá del aborto y aplican a otros aspectos de la salud sexual y reproductiva, que incluyen los anticonceptivos, la esterilización, los tratamientos de infertilidad, y la atención sanitaria a personas lesbianas, gays, bisexuales, transgénero y queer (LGTBQ). Quienes defienden el acceso al servicio de aborto pueden crear alianzas con otros grupos que también han sido afectados por una denegación de tratamiento basándose en la conciencia y pueden también revelar cómo estas reivindicaciones a menudo perjudican a las personas viviendo en situaciones de mayor vulnerabilidad.

Desde el activismo se puede también crear alianzas con organizaciones que comparten preocupaciones sobre los efectos de las reivindicaciones de conciencia, como por ejemplo los grupos de derechos humanos y derechos de usuarios. Al igual que en otras luchas por la justicia reproductiva, quienes defienden los derechos en materia de acceso al aborto pueden pensar en cómo generar apoyo de otras organizaciones tales como las de sindicatos, asociaciones de estudiantes universitarios, y de abogados.⁸⁴ En sus esfuerzos por crear un poder colectivo, los activistas deberían tener en cuenta las estrategias deliberadas de la derecha de explotar las tensiones existentes entre los grupos, con la intención de romper estas alianzas. Por ejemplo, ellos tienen el fin de crear discordia entre la gente religiosa sobre la cuestión del aborto, o enfrentar a los grupos de los derechos de los discapacitados y a quienes trabajan por el

La justicia reproductiva es un marco de organización útil para desarrollar una respuesta estratégica sobre los efectos negativos de las reivindicaciones de conciencia de los proveedores de salud. [...] El uso de una perspectiva de justicia reproductiva requiere examinar y deconstruir los sistemas de poder, abordando las opresiones que se cruzan, enfocándose en los más vulnerables, y trabajando conjuntamente en una gama de cuestiones e identidades.

acceso al aborto. Reconociendo como la derecha busca exacerbar las diferencias, desde el activismo se puede desarrollar estrategias contra estas tácticas y unirse en contra como una oposición conjunta. Los espacios estratégicos, como esta reunión, son oportunidades esenciales para crear alianzas con todos los sectores y cuestiones y desarrollar mejores estrategias de colaboración.

Finalmente, las personas activistas que usan una visión de justicia reproductiva pueden dar forma a la narrativa sobre el papel de las reivindicaciones de conciencia en el acceso y prestación de servicios de aborto. Pueden dar visibilidad a las consecuencias sobre la vida de las mujeres y sobre los grupos más afectados. Rescatar el concepto de conciencia de aquellos que son antiderechos es esencial para proteger el derecho a que los profesionales de la salud presten el servicio de aborto, para afirmar el aborto como derecho humano, y para asegurar que el ámbito legal y de la salud hagan que este derecho sea una realidad para las mujeres.



La negativa a brindar servicios usando argumentos de conciencia va más allá del aborto, abarcando otros aspectos de la atención en salud sexual y reproductiva.



Recomendación para el activismo de la sociedad civil:

Además de las estrategias para el ámbito legal y de la salud (véanse las recomendaciones en las secciones III y IV), quienes defienden los derechos deberían:

- **Mostrar cómo la denegación de servicios exagera otras desigualdades.** Destacar los efectos de la denegación de servicios, en particular sobre la población más marginada, y proponer la limitación y eventual eliminación de la opción de los proveedores de salud a oponerse. Usar el marco de la justicia reproductiva para guiar la labor organizada y la incidencia, permite enfocarse en los más vulnerables, examinar y buscar deconstruir las desigualdades de poder, y revelar las causas transversales de discriminación y desigualdad.

- **Crear alianzas con todos los movimientos para compartir los conocimientos y desarrollar estrategias para combatir el uso de las reivindicaciones de conciencia para denegar servicios.** Quienes defienden los derechos de las mujeres deberían crear alianzas con otros movimientos y comunidades afectadas para combatir los efectos de la denegación de atención sanitaria.

Quienes defienden el acceso al servicio de aborto pueden crear alianzas con otros grupos que también han sido afectados por una denegación de tratamiento basándose en la conciencia y pueden también revelar cómo estas reivindicaciones a menudo perjudican a las personas viviendo en situaciones de mayor vulnerabilidad.

VI. Sumario de recomendaciones



Documentar y poner en evidencia el alcance y consecuencias

- **Recopilar más datos sobre la prevalencia y consecuencias de las reivindicaciones de conciencia referentes al aborto.** Desde el activismo y la investigación debe continuarse con el desarrollo de metodologías para medir la prevalencia en diferentes contextos, especialmente en los países con significativas brechas en disponibilidad de datos. Deben conectarse los estudios de prevalencia con estudios de impacto para determinar las consecuencias de la denegación de los servicios de aborto por reivindicaciones de conciencia.
 - **Las investigaciones y análisis deben enfocarse en aquellos que están más afectados para poder entender las consecuencias del uso de las reivindicaciones de conciencia.** Los métodos de investigación, recopilación de datos y análisis deberían enfocarse en las experiencias de aquellas a las que se negó el acceso al aborto (y otros servicios), especialmente en aquellas que son más vulnerables a los efectos perjudiciales.
-



La incidencia y desarrollo de leyes y políticas:

- **Utilizar los mecanismos legales internacionales y regionales de derechos humanos.** Quienes defienden los derechos pueden ayudar a dar forma a la aplicación y desarrollo de la ley internacional, colaborando con los órganos de seguimiento de los tratados, planteando interrogantes sobre el uso de las llamadas “objeciones de conciencia” y sus implicaciones en los derechos y salud de las mujeres. Las agencias internacionales y organizaciones profesionales pueden también influir en los estándares internacionales de derechos humanos documentando las consecuencias de la denegación de atención sanitaria y desarrollando estándares claros de las obligaciones de los profesionales de la salud. A nivel nacional, quienes hacen activismo deberían trabajar en incluir esta cuestión en los informes gubernamentales e informes sombra entregados como parte de los procesos a entidades internacionales y regionales.

- **Moldear el desarrollo de las leyes y políticas nacionales.** La mayoría de las personas participantes llegaron a la conclusión de que las leyes de aborto no deberían incluir las reivindicaciones de conciencia, y no deberían permitir excepciones para que especialistas en salud reproductiva – por ejemplo, ginecobstetras y matronas – puedan denegar la prestación de servicios basándose en creencias personales.
-
- **Responsabilizar al gobierno de la aplicación y cumplimiento de las regulaciones.** Allí donde la ley ya permite las reivindicaciones de conciencia para denegar servicios, los gobiernos deberían limitar y regular estrictamente su uso, por ejemplo, requiriendo notificaciones por escrito, una derivación a otro proveedor de la salud, y la prestación de servicios en casos de emergencia o cuando no haya otro prestador disponible. Las reivindicaciones de conciencia no se deberían permitir nunca a nivel de instituciones ni tampoco individuos que no estén directamente relacionados con los procedimientos de interrupción. Los gobiernos deben hacer que estas regulaciones se conozcan ampliamente, establecer mecanismos para aplicarlas y hacer un seguimiento de su cumplimiento, y además sancionar su abuso y uso indebido. Las personas involucradas en el activismo deben hacer a los gobiernos responsables de fortalecer y aplicar las regulaciones y asegurar que todas las personas tengan acceso a los servicios sin ningún impedimento.



Aclarar los costos y consecuencias de las acciones de los proveedores de salud:

- **Reformular y cambiar los términos usados.** Reformular el debate para aclarar y enfatizar que el término “objeción de conciencia” es un nombre poco apropiado que derroca la ética, las obligaciones, y los estándares de la profesión de la salud.
-
- **Reivindicar el concepto de conciencia.** No ceder el término “conciencia” a aquellos que dan privilegio a la creencia personal sobre la conducta profesional y el derecho al acceso y a la prestación de atención sanitaria. Hacer visible que las reivindicaciones de conciencia producen, en el contexto de la prestación de servicios de aborto, consecuencias perjudiciales. Enfatizar el “compromiso de conciencia” y la conducta profesional de los proveedores que priorizan los derechos a la atención de salud de la población usuaria de los servicios.
-
- **Cuantificar los costos en los que incurren los sistemas de salud debido a las reivindicaciones de “objeción de conciencia” al aborto.** Gestionar estas reivindicaciones de conciencia puede ser muy costoso y puede crear ineficiencias en la distribución de recursos escasos en el ámbito de la salud. Cuantificar esos costos llenaría un vacío para entender las consecuencias de la denegación del servicio de aborto basándose en reivindicaciones de conciencia.



La formación y el apoyo a los proveedores de la salud:

- **Educar a los proveedores actuales y potenciales.** Integrar los derechos y salud reproductiva en la educación y formación de las profesiones sanitarias mediante la creación de mínimos obligatorios de capacitación. Enfocarse en educación sobre bioética y derechos humanos, incluyendo la clarificación de valores sobre el aborto, en la etapa preparatoria para el ejercicio laboral, empezando incluso en la universidad.
- **Aumentar las capacidades profesionales y el compromiso.** Animar y apoyar a los proveedores de salud a perseguir un continuo desarrollo profesional, para profundizar en su conocimiento y capacidades en servicios de aborto, para aprender sobre ética y derechos humanos, y para aclarar sus valores. Organizaciones profesionales y asociaciones de médicos, facultades de medicina y enfermería, agencias del gobierno, y organizaciones no gubernamentales, pueden colaborar con esto.
- **Motivar a aquellos que prestan atención sanitaria.** Crear e institucionalizar sistemas accesibles de redes de apoyo para que los proveedores combatan el estigma, el aislamiento, el estrés, y el agotamiento. Desarrollar maneras de reconocer y celebrar el trabajo duro y apasionado de los proveedores. Las organizaciones profesionales vinculadas a la salud y asociaciones de médicos pueden actuar como líderes para motivar, recargar y generar avances en el sector.
- **Convocar a aquellos que reivindican la “objeción de conciencia” y hacerles responsables por su obligación profesional.** En situaciones donde la “objeción de conciencia” ya está codificada, crear programas de educación para que los proveedores aprendan sobre todos los aspectos del aborto. Para aquellos que continúen objetando, crear otras obligaciones, por ejemplo, requiriéndoles que justifiquen su postura y presten servicios alternativos. Además, deberían asumir la responsabilidad sobre las cargas causadas por su negativa a ofrecer servicios.
- **Fomentar el liderazgo.** Motivar a los proveedores que se sientan en capacidad de tomar un rol de incidencia dentro de sus instituciones y comunidades profesionales y ante quienes formulan políticas públicas. Se les debería apoyar para que hablen de su trabajo y de las mujeres que atienden, de la evidencia sobre aborto seguro, y la carga y consecuencias de la “objeción de conciencia” para las mujeres y otros prestadores.



El activismo desde la sociedad civil:

- **Mostrar cómo la denegación de servicios exagera otras desigualdades.** Mostrar los efectos de la denegación de servicios a aquellos que los necesitan. Usar el marco de la justicia reproductiva para enfocarse en los más vulnerables, deconstruir las desigualdades de poder, y revelar las causas transversales de discriminación y desigualdad.
- **Crear alianzas con todos los movimientos para compartir los conocimientos y desarrollar estrategias para combatir el uso de las reivindicaciones de conciencia para denegar servicios.** Los activistas de los derechos de las mujeres deberían crear alianzas con otros movimientos y comunidades afectadas, con el fin de combatir los efectos de la denegación de atención sanitaria.

Endnotes

- 1 Susan Wood et al., "Reform of Abortion Law in Uruguay: Context, Process and Lessons Learned," *Reproductive Health Matters* 24, no. 48 (December 8, 2016): 102–10, <https://doi.org/10.1016/j.rhm.2016.11.006>; Sonia Correa and Mario Pecheny, *Abortus Interruptus: Política y Reforma Legal Del Aborto En Uruguay* (Montevideo, Uruguay: MYSU, 2016), <http://www.mysu.org.uy/wp-content/uploads/2016/11/abortus-interruptus.pdf>; MYSU, Los servicios de salud sexual y reproductiva y aborto legal, https://issuu.com/mujerysaludenuruguay/docs/informe_observatorio_2017_10de19_we
- 2 Argentina, Austria, Bélgica, Bolivia, Brasil, Canadá, Chile, Colombia, Croacia, Ghana, Guatemala, Kenia, México, Noruega, Portugal, Sudáfrica, España, Suiza, Uruguay, EE.UU., Zimbabue.
- 3 Katherine Mayall and Johanna B. Fine, "Abortion Worldwide: 20 Years of Reform" (Center for Reproductive Rights, 2014), https://www.reproductiverights.org/sites/crr.civicaactions.net/files/documents/20Years_Reform_Report.pdf.
- 4 Rana E. Barar, "Best Practice for Abortion Policies: Listen to Women's Stories," *ResearchGate* (blog), September 8, 2015, <https://www.researchgate.net/blog/post/best-practice-for-abortion-policies-listen-to-womens-stories>; M. Antonia Biggs, Ushma D. Upadhyay, and Charles E. McCulloch, "Women's Mental Health and Wellbeing 5 Years After Receiving or Being Denied an Abortion: A Prospective, Longitudinal Cohort Study," *JAMA Psychiatry* 74, no. 2 (December 14, 2016): 169–78; Diana Greene Foster, "Introduction to the Turnaway Study" (Advancing New Standards in Reproductive Health, February 2018), https://www.ansrh.org/sites/default/files/publications/files/turnaway-intro_2-20-2018.pdf.
- 5 United Nations Office of the High Commissioner on Human Rights, "Conscientious Objection to Military Service" (United Nations, 2012), http://www.ohchr.org/Documents/Publications/ConscientiousObjection_en.pdf.
- 6 Nejaime D., Siegel R., Conscience Wars in Transnational Perspective: Religious Liberty, Third-Party Harm, and Pluralism. In: Mancini S., Rosenfeld M. (eds) *The Conscience Wars: Rethinking the Balance Between Religion, Identity, and Equality*. Cambridge: Cambridge University Press, 2018 [in press].
- 7 Judith Bueno de Mesquita and Louise Finer, "Conscientious Objection: Protecting Sexual and Reproductive Health and Rights" (University of Essex, 2008), <http://repository.essex.ac.uk/9715/1/conscientious-objection-protecting-sexual-reproductive-health-rights.pdf>.
- 8 "Universal Declaration of Human Rights" (United Nations General Assembly, December 10, 1948), <http://www.un.org/en/universal-declaration-human-rights/>.
- 9 "International Covenant on Civil and Political Rights" (United Nations General Assembly, December 16, 1966), <http://www.ohchr.org/en/professionalinterest/pages/ccpr.aspx>.
- 10 Catholics for Choice, "In Good Conscience—Respecting the Beliefs of Healthcare Providers and the Needs of Patients" (Catholics for Choice, 2010), <http://www.catholicsforchoice.org/wp-content/uploads/2014/01/InGoodConscience2010.pdf>.
- 11 Bueno de Mesquita and Finer, "Conscientious Objection: Protecting Sexual and Reproductive Health and Rights"
- 12 Anibal Faúndes, Graciana Alves Duarte, and Maria José Duarte Osís, "Conscientious Objection or Fear of Social Stigma and Unawareness of Ethical Obligations," *International Journal of Gynecology and Obstetrics* 123 (2013): S57–59; FIGO Committee for the Study of Ethical Aspects of Human Reproduction and Women's Health, "Ethical Issues in Obstetrics and Gynecology" (International Federation of Gynecology and Obstetrics, 2015), <https://www.figo.org/sites/default/files/uploads/wg-publications/ethics/FIGO%20Ethical%20Issues%202015.pdf4893.pdf>.
- 13 Brooke R. Johnson, Jr. et al., "Conscientious Objection to Provision of Legal Abortion Care," *International Journal of Gynecology and Obstetrics* 123 (2013): S60–62; Department of Reproductive Health and Research, "Safe Abortion: Technical and Policy Guidance for Health Systems" (World Health Organization, 2012), http://www.who.int/reproductivehealth/publications/unsafe_abortion/9789241548434/en/.
- 14 World Health Organization and United Nations Department of Economic and Social Affairs, "Global Abortion Policies Database" (World Health Organization and the United Nations, 2017), <https://srhr.org/abortion-policies/>.
- 15 Christian Fiala et al., "Yes We Can! Successful Examples of Disallowing 'Conscientious Objection' in Reproductive Health Care," *The European Journal of Contraception & Reproductive Health Care* 21, no. 3 (2016): 201–6.
- 16 Wendy Chavkin, Liddy Leitman, and Kate Polin, "Conscientious Objection and Refusal to Provide Reproductive Healthcare: A White Paper Examining Prevalence, Health Consequences, and Policy Responses" (Global Doctors for Choice, 2014).
- 17 Chavkin, Leitman, and Polin.
- 18 John Koku Awoonor-Williams et al., "Prevalence of Conscientious Objection to Legal Abortion among Clinicians in Northern Ghana," *International Journal of Gynecology and Obstetrics* 140, no. 1 (January 2018): 31–36, <https://doi.org/10.1002/ijgo.12328>.
- 19 Una lista de experiencias reales de mujeres que han sufrido las consecuencias de la objeción de conciencia puede encontrarse, en inglés, en <http://www.conscientious-objection.info/category/victims-of-co/>
- 20 Debora Diniz, Alberto Madeiro, and Cristião Rosas, "Conscientious Objection, Barriers, and Abortion in the Case of Rape: A Study among Physicians in Brazil," *Reproductive Health Matters* 22, no. 43 (2014): 141–48.
- 21 Cristina Huete, "The Doctors' Right to Object Nearly Cost Me My Life," *El País*, November 9, 2016, https://elpais.com/elpais/2016/11/09/inenglish/1478684798_963851.html.
- 22 *Ratification of 18 International Human Rights Treaties* (Office of the United Nations High Commissioner for Human Rights, n.d.).
- 23 "Human Rights Standards," The Storehouse for Abortion Law and Policy (Ipas, n.d.), <http://www.ipas.org/en/The-Storehouse-for-Abortion-Law-and-Policy/Conscientious-objection/Human-rights-standards.aspx>.
- 24 Human Rights Committee, "Concluding Observations on the Sixth Periodic Report of Italy" (International Covenant on Civil and Political Rights, May 1, 2017), http://tbinternet.ohchr.org/_layouts/treatybodyexternal/Download.aspx?symbolno=CCPR/C/ITA/CO/6&Lang=En.
- 25 Committee on Economic, Social and Cultural Rights, "General Comment No. 22 on the Right to Sexual and Reproductive Health" (United Nations Economic and Social Council, 2016), http://tbinternet.ohchr.org/_layouts/treatybodyexternal/Download.aspx?symbolno=E%2FC.12%2fGC%2f22&Lang=en.
- 26 The Committee on the Elimination of Discrimination against Women, "General Recommendation No. 24: Article 12 of the Convention (Women and Health)," 1999, http://tbinternet.ohchr.org/Treaties/CEDAW/Shared%20Documents/1_Global/INT_CEDAW_GEC_4738_E.pdf.
- 27 Committee against Torture, "Concluding Observations on the Combined Fifth and Sixth Periodic Reports of Poland" (Convention against Torture and Other Cruel, Inhuman or Degrading Treatment or Punishment, December 23, 2013), http://tbinternet.ohchr.org/_layouts/treatybodyexternal/Download.aspx?symbolno=CAT/C/POL/CO/5-6&Lang=En.
- 28 Committee against Torture, "Concluding Observations on the Second Periodic Report of the Plurinational State of Bolivia as Approved by the Committee at Its Fiftieth Session" (Convention against Torture and Other Cruel, Inhuman or Degrading Treatment or Punishment, June 14, 2013), http://tbinternet.ohchr.org/_layouts/treatybodyexternal/Download.aspx?symbolno=CAT/C/BOL/CO/2&Lang=En.
- 29 Committee on the Rights of the Child, "General Comment No. 15 (2013) on the Right of the Child to the Enjoyment of the Highest Attainable Standard of Health (Art. 24)" (Convention on the Rights of the Child, n.d.), <http://www.refworld.org/docid/51ef9e134.html>.
- 30 Anand Grover, "Interim Report of the Special Rapporteur on the Right of Everyone to the Enjoyment of the Highest Attainable Standard of Physical and Mental Health" (United Nations General Assembly, August 3, 2011), http://www.un.org/ga/search/view_doc.asp?symbol=A/66/254.
- 31 Center for Reproductive Rights, "Conscientious Objection and Reproductive Rights - International Human Rights Standards" (Center for Reproductive Rights, July 2013), https://www.reproductiverights.org/sites/crr.civicaactions.net/files/documents/_Conscientious_FS_Intro_English_FINAL.pdf.
- 32 CASE OF R.R. v. POLAND, No. 27617/04 (European Court of Human Rights May 26, 2011).
- 33 CASE OF P. AND S. v. POLAND, No. 57375/08 (European Court of Human Rights October 30, 2012).
- 34 Council of Europe, "European Convention on Human Rights," 1950, https://www.echr.coe.int/Documents/Convention_ENG.pdf.
- 35 CASE OF R.R. v. POLAND; CASE OF P. AND S. v. POLAND.
- 36 FIGO, "Resolution on 'Conscientious Objection'" (FIGO, 2006), <https://www.figo.org/sites/default/files/uploads/OurWork/2006%20Resolution%20on%20Conscientious%20Objection.pdf>.
- 37 CASE OF R.R. v. POLAND; FIGO Committee for the Study of Ethical Aspects of Human Reproduction and Women's Health, "Ethical Issues in Obstetrics and Gynecology."
- 38 Christina Zampas, "Legal and Ethical Standards for Protecting Women's Human Rights and the Practice of Conscientious Objection in Reproductive Healthcare Settings," *International Journal of Gynecology and Obstetrics* 123 (December 2013): S63–65, [https://doi.org/10.1016/S0020-7292\(13\)60005-3](https://doi.org/10.1016/S0020-7292(13)60005-3).
- 39 PICHON and SAJOUX v. FRANCE, No. 49853/99 (European Court of Human Rights October 2, 2001).
- 40 Federation of Catholic Families in Europe (FAFCE) v. Sweden, No. 99/2013 (European Committee of Social Rights March 17, 2015).
- 41 International Planned Parenthood Federation – European Network (IPPF EN) v. Italy, No. 87/2012 (European Committee of Social Rights September 10, 2013).
- 42 Confederazione Generale Italiana del Lavoro (CGIL) v. Italy, No. 91/2013 (European Committee of Social Rights October 12, 2015).

- 43 Lista de Estados miembro: http://www.oas.org/en/member_states/default.asp
- 44 Center for Reproductive Rights, "Conscientious Objection and Reproductive Rights - International Human Rights Standards."
- 45 Center for Reproductive Rights; Luisa Cabal, Monica Arango Olaya, and Valentina Montoya Robledo, "Striking a Balance: Conscientious Objection and Reproductive Health Care from the Colombian Perspective," *Health and Human Rights Journal* 16, no. 2 (2014): 1–13.
- 46 T-209/08 and Order 279/09 (Colombian Constitutional Court February 28, 2008).
- 47 CASE OF ARTAVIA MURILLO ET AL. ("IN VITRO FERTILIZATION") v. COSTA RICA (Inter-American Court of Human Rights November 28, 2012); Ipas, "Progress in the Protection of Women's Reproductive Rights in Latin America: The Case of Artavia Murillo et Al v. Costa Rica," n.d., http://www.womenslinkworldwide.org/files/gjo_analysis_caseArtaviaMurillo_en.pdf.
- 48 African Commission on Human and Peoples' Rights, "Protocol to the African Charter on Human and Peoples' Rights on the Rights of Women in Africa," July 11, 2003, http://www.achpr.org/files/instruments/general-comments-rights-women/achpr_instr_general_comment2_rights_of_women_in_africa_eng.pdf.
- 49 Lucy Asuagbor, "Status of Implementation of the Protocol to the African Charter on Human and Peoples' Rights on the Rights of Women in Africa," March 18, 2016, <http://www.peaceau.org/uploads/special-rapporteur-on-rights-of-women-in-africa-presentation-for-csw-implementation.pdf>.
- 50 The African Commission on Human and Peoples' Rights, "General Comment No. 2 on Article 14.1 (a), (b), (c) and (f) and Article 14.2 (a) and (c) of the Protocol to the African Charter on Human and Peoples' Rights on the Rights of Women in Africa," 2014, http://www.achpr.org/files/instruments/general-comments-rights-women/achpr_instr_general_comment2_rights_of_women_in_africa_eng.pdf.
- 51 Scott Long, "Anatomy of a Backlash: Sexuality and the 'Cultural' War on Human Rights" (New York: Human Rights Watch, 2006), <https://www.hrw.org/legacy/wr2k5/anatomy/anatomy.pdf>.
- 52 World Health Organization and United Nations Department of Economic and Social Affairs, "Global Abortion Policies Database."
- 53 Chavkin, Leitman, and Polin, "Conscientious Objection and Refusal to Provide Reproductive Healthcare: A White Paper Examining Prevalence, Health Consequences, and Policy Responses."
- 54 Karen A. Trueman and Makgoale Magwentshu, "Abortion in a Progressive Legal Environment: The Need for Vigilance in Protecting and Promoting Access to Safe Abortion Services in South Africa," *American Journal of Public Health* 103, no. 3 (March 2013): 397–99.
- 55 Jane Harries et al., "An Exploratory Study of What Happens to Women Who Are Denied Abortions in Cape Town, South Africa," *Reproductive Health* 12, no. 21 (2015): 1–6.
- 56 Carlos Herrera Vacaflor, "Chile: Constitutional Tribunal Upholds Constitutionality of New Abortion Law," *Reprohealthlaw* (blog), September 21, 2017, <https://reprohealthlaw.wordpress.com/2017/09/21/chile-constitutional-tribunal-upholds-constitutionality-of-new-abortion-law/>.
- 57 Consuelo Rehbein, "Estos Son Siete Los Centros de Salud Con Objeción de Conciencia Ante Casos de Aborto," *Publimetro*, March 19, 2018, <https://www.publimetro.cl/cl/noticias/2018/03/19/objecion-conciencia-aborto.html>.
- 58 Wendy Chavkin, Laurel Swerdlow, and Jocelyn Fifield, "Regulation of Conscientious Objection to Abortion: An International Comparative Multiple-Case Study," *Health and Human Rights Journal* 19, no. 1 (June 2017): 55–68.
- 59 Fiala et al., "Yes We Can! Successful Examples of Disallowing 'Conscientious Objection' in Reproductive Health Care."
- 60 Guttmacher Institute, "Refusing to Provide Health Services," State Laws and Policies, 2018, <https://www.guttmacher.org/state-policy/explore/refusing-provide-health-services>.
- 61 Department of Health and Human Services, "Protecting Statutory Conscience Rights in Health Care; Delegations of Authority," HHS-OCR-2018-0002 § (2018).
- 62 Ricardo Alonso-Zaldívar, "\$300M Health Care System Cost to Protect Religious Rights," *The Associated Press*, February 5, 2018, sec. Health, <https://www.apnews.com/1a1e49053509473b9c97578a0ee98636>.
- 63 Julia Kaye et al., "Health Care Denied: Patients and Physicians Speak Out About Catholic Hospitals and the Threat to Women's Health and Lives" (American Civil Liberties Union, 2016), https://www.aclu.org/sites/default/files/field_document/healthcaredenied.pdf.
- 64 Kira Shepherd et al., "Bearing Faith: The Limits of Catholic Health Care for Women of Color" (Public Rights/Private Conscience Project, Columbia Law School, 2018).
- 65 2nd General Assembly of the World Medical Association, "WMA Declaration of Geneva" (World Medical Association, September 1948), <https://www.wma.net/policies-post/wma-declaration-of-geneva/>.
- 66 Udo Schuklenk, "Conscientious Objection Accommodation in Medicine: Accommodation versus Professionalism and the Public Good," *British Medical Bulletin* 2018 doi: 10.1093/bmb/ldy007 : 1-10.
- 67 Udo Schuklenk and Ricardo Smalling, "Why Medical Professionals Have No Moral Claim to Conscientious Objection Accommodation in Liberal Democracies," *Journal of Medical Ethics* 43 (April 22, 2016): 234–40, <https://doi.org/10.1136/medethics-2016-103560>.
- 68 United Nations Office of the High Commissioner on Human Rights, "Conscientious Objection to Military Service."
- 69 Barar, "Best Practice for Abortion Policies: Listen to Women's Stories"; Biggs, Upadhyay, and McCulloch, "Women's Mental Health and Wellbeing 5 Years After Receiving or Being Denied an Abortion: A Prospective, Longitudinal Cohort Study;" Kaye et al., "Health Care Denied: Patients and Physicians Speak Out About Catholic Hospitals and the Threat to Women's Health and Lives;" Harries et al., "An Exploratory Study of What Happens to Women Who Are Denied Abortions in Cape Town, South Africa;" Diniz, Madeiro, and Rosas, "Conscientious Objection, Barriers, and Abortion in the Case of Rape: A Study among Physicians in Brazil;" E.G. Raymond and D.A. Grimes, "The Comparative Safety of Legal Induced Abortion and Childbirth in the United States.," *Obstetrics & Gynecology* 119, no. 6 (June 2012): 1271–72, <https://doi.org/10.1097/AOG.0b013e318258c833>.
- 70 Schuklenk and Smalling, "Why Medical Professionals Have No Moral Claim to Conscientious Objection Accommodation in Liberal Democracies."
- 71 Fiala et al., "Yes We Can! Successful Examples of Disallowing 'Conscientious Objection' in Reproductive Health Care."
- 72 Schuklenk and Smalling, "Why Medical Professionals Have No Moral Claim to Conscientious Objection Accommodation in Liberal Democracies."
- 73 Wood et al., "Reform of Abortion Law in Uruguay: Context, Process and Lessons Learned;" Correa and Pecheny, *Abortus Interruptus: Política y Reforma Legal Del Aborto En Uruguay*; Diniz, Madeiro, and Rosas, "Conscientious Objection, Barriers, and Abortion in the Case of Rape: A Study among Physicians in Brazil;" Lauren R. Fink et al., "The Fetus Is My Patient, Too: Attitudes Toward Abortion and Referral Among Physician Conscientious Objectors in Bogotá, Colombia," *International Perspectives on Sexual and Reproductive Health* 42, no. 2 (June 2016): 71–80, <https://doi.org/10.1363/42e1016>.
- 74 Schuklenk and Smalling, "Why Medical Professionals Have No Moral Claim to Conscientious Objection Accommodation in Liberal Democracies."
- 75 Foster, "Introduction to the Turnaway Study."
- 76 Christian Fiala and Joyce H. Arthur, "'Dishonourable Disobedience' – Why Refusal to Treat in Reproductive Healthcare Is Not Conscientious Objection," *Woman - Psychosomatic Gynaecology and Obstetrics* 1 (2014): 12–23, <http://dx.doi.org/10.1016/j.wom.2014.03.001>.
- 77 Bernard M. Dickens and Rebecca J. Cook, "Conscientious Commitment to Women's Health," *International Journal of Gynecology and Obstetrics* 113 (2011): 163–66, <https://doi.org/10.1016/j.ijgo.2011.02.002>.
- 78 Lisa H. Harris, "Recognizing Conscience in Abortion Provision," *The New England Journal of Medicine* 367, no. 11 (September 13, 2012): 981–83, <https://doi.org/10.1056/NEJMp1206253>.
- 79 Provide, "Results" (providecare.org, n.d.), <https://www.providecare.org/results/>.
- 80 Jody E. Steinauer et al., "The Benefits of Family Planning Training: A 10-Year Review of the Ryan Residency Training Program," *Contraception* 88 (2013): 275–80, <http://dx.doi.org/10.1016/j.contraception.2013.02.006>.
- 81 Mala Htun and S. Laurel Weldon, "The Civic Origins of Progressive Policy Change: Combating Violence against Women in Global Perspective, 1975–2005," *American Political Science Review* 106, no. 3 (August 2012): 548–69.
- 82 Un grupo de mujeres negras generó el concepto de "justicia reproductiva" en 1994, tras participar en la Conferencia Internacional de Población y Desarrollo, en Cairo. Estas mujeres se autodefinieron como Mujeres Afrodescendientes por la Justicia Reproductiva. Tres años después, en 1997, el colectivo SisterSong fue creado para movilizar un movimiento nacional y multiétnico por la justicia reproductiva. Para conocer más, véase <http://sistersong.net/>
- 83 Ipas, "South Africa's Minister of Social Development Calls for Reproductive Justice and Access to Safe Abortion," Ipas, July 17, 2014, <http://www.ipas.org/en/News/2014/July/South-Africa-s-Minister-of-Social-Development-calls-for-reproductive-justice-and-access-to-aspx>.
- 84 Wood et al., "Reform of Abortion Law in Uruguay: Context, Process and Lessons Learned."

Apéndice 1

AMÉRICA LATINA		
País	Nombre	Organización
Argentina	Soledad Deza	Católicas por el Derecho a Decidir –Argentina
Argentina	Martin Hevia	Universidad Torcuato Di Tella
Argentina	Ruth Zurbriggen	Activista feminista y docente
Argentina	Daniel Teppaz	Secretaría de Salud Pública, Rosario, Argentina
Bolivia	Gretzel Brozovich	IPAS Bolivia
Brasil	Vanessa Dios	ANIS – Instituto de Bioética, Derechos Humanos y Género
Brasil	Bia Galli	IPAS Brasil
Brasil	Paula Viana	Grupo Curumim
Chile	Adela Montero	Facultad Medicina de la Universidad de Chile
Chile	Dominique Truan Kaplan	Miles
Colombia	Cristina Rosero	Women's Link Worldwide
Colombia	Isaac de Leon Beltran	Director de investigación, Profamilia Colombia, IPPF/WHR
Guatemala	Rossana Cifuentes	Doctora feminista
México	Oriana López Uribe	Balance, Fondo Maria
México	Fernanda Díaz de León	IPAS Mexico
Uruguay	Lilián Abracinskias	MYSU (co-convocante)
Uruguay	Patricia Campos	MYSU (co-convocante)
Uruguay	Romina Napiloti	MYSU (co-convocante)
Uruguay	Alejandra Lopez	Facultad de Psicología de la Universidad de la República
Uruguay	Martín Couto	Instituto de Psicología de la Salud
Uruguay	Constanza Moreira	Senadora feminista del Frente Amplio
Uruguay	Hugo Rodriguez	Facultad de Medicina de la Universidad de la República
Uruguay	Alicia Castro	Tribunal
Uruguay	Leonel Briozzo	Facultad de Medicina, Universidad de la República

ÁFRICA SUB-SAHARIANA		
País	Nombre	Organización
Ghana	John Koku Awoonor-Williams	Global Doctors for Choice-Ghana and GDC Steering Committee
Ghana	Grace Gyimah Boateng	President, Curious Minds
Kenia	Monica Oguttu	Kisumu Medical & Education Trust (KMET), Executive Director
Kenia	Jade Maina	Trust for Indigenous Culture And Health (TICAH), Deputy Director
Sudáfrica	Eddie Mhlanga	Department of Health and Global Doctors for Choice
Sudáfrica	Tlaleng Mofokeng	Sexual and Reproductive Justice Coalition (SRJC)
Sudáfrica	Marion Stevens	SRJC and Women in Sexual and Reproductive Rights and Health (WISH) Associates
Sudáfrica	Jabulile Mavuso	Rhodes University
Sudáfrica / Zimbabue	Malvern Chiweshe	Rhodes University

EUROPA/NORTEAMÉRICA Y ONGS INTERNACIONALES		
País	Nombre	Organización
Austria	Christian Fiala	International Federation of Professional Abortion & Contraception Associates (FIAPAC)
Bélgica	Marina Davidashvili	Senior Policy Officer at European Parliamentary Forum on Population and Development
Canadá	Udo Schuklenk	Department of Philosophy, Queens University
Canadá/Suiza	Christina Zampas	Reproductive and Sexual Health Law Fellow, University of Toronto
Croacia	Jasna Karacic	President of the Croatian Association for the Promotion Patients' Rights
Croacia	Sanja Cesar	Center for Education, Counseling and Research (CESI)
Noruega	Charlotte Andersen	Senior Advisor on SRHR at Sex og Politikk (IPPF Norway)
Noruega	Tor-Hugne Olsen	Executive Director Sex og Politikk (IPPF Norway)
Polonia	Krystyna Kacpura	Executive Director of the Federation for Women and Family Planning
Polonia	Kamila Ferenc	Coordinator of the Federation For Women and Family Planning's Network of Lawyers
Portugal	Teresa Bombas	Portuguese Society of Contraception
España	Francisca Fernández Guillén	Lawyer
Suiza/Global	Ronnie Johnson	World Health Organization
Estados Unidos	Uta Landy	University of California, San Francisco: Bixby Center
Estados Unidos	Georgeanne Usova	Legislative counsel for the American Civil Liberties Union in Washington D.C.
Estados Unidos	Cynthia Romero	Director of Communications, Catholics for Choice
Estados Unidos	Susan Wood	Director of Program Learning & Evaluation, IWHC
Estados Unidos	Michelle Truong	Program Assistant for Learning, Monitoring & Evaluation, IWHC
Estados Unidos	Shena Cavallo	Program Officer for Strengthening International Partnerships, IWHC
Estados Unidos	Vanessa Rios	Program Officer for Learning, Monitoring & Evaluation, IWHC
Estados Unidos	Nina Besser	Senior Program Officer for U.S. Foreign Policy, IWHC
Estados Unidos	Gypsy Guillén Kaiser	Director of Communications, IWHC

Apéndice 2

DÍA 1 – 1 DE AGOSTO			
Time	Sesión	Descripción	A cargo de:
9:00 a 10:00	Sesión 1: Bienvenida, introducción y cometidos del encuentro.	9:00 – 9:25 Apertura y presentación de los objetivos del seminario internacional 9:25 – 9:55 Ronda de presentación de participantes: nombre, país, organización y una palabra que describa el significado más relevante sobre la objeción de conciencia. 9:55 - 10:00 Repaso de la agenda y preguntas para tener en mente en la jornada	Representantes de MYSU e IWHC Participantes
10:00 a 12:00	Sesión 2: Marco legal y de derechos humanos vinculado a la Objeción de conciencia	Marcos jurídicos internacionales y regionales vinculados a la OC y la provisión de servicios de salud 10:00 – 10:20 Marco internacional que ampara la objeción de conciencia 10:20 – 11:30 Mapeo de los marcos legales sobre OC basados en acuerdos de protección a los DDHH en cada región así como casos relevantes presentados ante las cortes regionales. América Latina y el Caribe y Europa 11:30 – 12:00 Debate	Moderador: Ronnie Johnson Cristina Rosero, Martín Hevia, Christina Zampas
12:00 a 13:30	Almuerzo en el hotel cubierto por el evento		
13:30 a 15:30	Sesión 3: Experiencias nacionales sobre leyes y políticas vinculadas a OC	¿Qué podemos aprender de las experiencias a nivel nacional en estrategias jurídicas o políticas para limitar la OC en el caso de aborto? 13:30 - 14:00 Parte 1: Noruega; Uruguay; Ghana 14:00 – 14:30 Preguntas y debate 14:30 – 15:00 Parte 2: Sudáfrica, Polonia y México 15:00 – 15:30 Preguntas y debate	Moderador: ASD Part 1: Charlotte Andersen, Alicia Castro John Koku Awoonor-Williams Part 2: Edgar Mhlanga, Krystyna Kacpura Fernanda Díaz de León
15:30 a 16:00	Pausa para café		
16:00 a 17:15	Discusión en grupos sobre marcos normativos, regulación e implementación	Preguntas disparadoras: 1) Si en su país estuviera en debate una nueva ley o política para legalizar el aborto ¿cómo abordaría la objeción de conciencia? 2) Si su país ya tiene una ley que habilita servicios de aborto ¿qué tipo de regulación sobre objeción de conciencia sería la más apropiada?	Participantes
17:15 a 17:45	Plenario	Presentación de síntesis de los grupos de trabajo	Representantes por grupo
17:45 a 18:00	Síntesis del día	Valoración del funcionamiento, recomendaciones para el día siguiente.	Coordina: IWHC /MYSU
Cena Libre			

DÍA 2 – 2 DE AGOSTO DE 2017			
9:00 a 12:00	Evento Público	Actividad abierta con la participación de autoridades nacionales, integrantes de organizaciones sociales, investigadores, técnicos y prensa de Uruguay. Sala de Conferencias del Hotel con traducción simultánea	
12:00 a 13:30	Almuerzo en el hotel cubierto por el evento		
13:30 a 16:00	Sesión 4: Desafíos para el sector salud en la implementación de servicios legales de aborto.	¿Obligación ética de los prestadores individuales y del Estado frente a quien necesita un aborto? Exposición motivadora sobre aspectos éticos de la atención en salud y el lugar de la objeción de conciencia en la práctica médica. Mesa de debate sobre obligaciones de la práctica médica y el rol de los profesionales en el ejercicio del derecho a la salud de las mujeres.	Moderador: ASD Udo Schuklenk, Tlaleng Mofokeng Isaac de León Beltrán, Hugo Rodríguez
16:00 a 16:30	Pausa para café		
16:30 a 18:00	Sesión 5: Formación profesional y entrenamiento de proveedores de servicios.	Buenas prácticas en el entrenamiento de proveedores de servicios y en la formación curricular de profesionales de la salud. Rol de las asociaciones profesionales y de los colegios médicos. Calidad de la atención en aborto y clarificación de valores.	Moderador: Leonel Briozzo Uta Landy, Christian Fiala, Daniel Teppaz
18:00 a 18:15	Síntesis del día	Valoración del funcionamiento, recomendaciones para el día siguiente.	Coordina: IWHC /MYSU
20:00	Cena y evento cultural fuera del hotel cubierto por el evento		

DÍA 3 – 3 DE AGOSTO DE 2017			
9:00 a 12:00 (con un corte café)	Sesión 6: El rol de la investigación en la generación de evidencias sobre el uso y mal uso de la OC y sus consecuencias en el derecho a la salud de las mujeres	El rol de la investigación en la generación de evidencias sobre el uso y mal uso de la OC y sus consecuencias en el derecho a la salud de las mujeres. El estigma sobre las mujeres que se realizan abortos, cómo cambiar la valoración social sobre la práctica. Las acciones desde las organizaciones defensoras de los derechos de las mujeres para el cambio social. Legalidad y legitimidad del aborto como dimensión de los derechos reproductivos, el rol de los decisores políticos y los medios.	Moderadora: Lilián Abracinskas Mesa redonda desde de actores
12:00 a 13:30	Almuerzo en el hotel cubierto por el evento		
13:30 a 13:45	Sesión 7: Definición de recomendaciones	Principales emergentes de los debates realizados en las distintas sesiones del seminario para nutrir el trabajo en grupos	Síntesis a cargo de IWHC/MYSU
13:45 a 14:45	Trabajo en grupos	1) Campo legal (promoción de normativas, regulaciones y uso del litigio estratégico) 2) Implementación de servicios y formación de profesionales no objetores 3) Ampliar el conocimiento sobre el impacto de la objeción de conciencia en el derecho a la salud de las mujeres 4) La incidencia política para el cambio cultural Audiencias a quienes dirigir las estrategias: Decisores políticos; donantes; organizaciones multilaterales; asociaciones médicas; investigadores; organizaciones sociales; entre otros.	Participantes
14:45 a 15:00	Pausa para café		
15:00 a 16:15	Plenario y síntesis de los acuerdos.	Presentación por grupos Acuerdo de estrategias/Próximos pasos Evaluación del encuentro	
16:15 a 16:30	Cierre y despedida		



En octubre de 2017, más de 70,000 mujeres de toda Argentina se reunieron para el Encuentro Nacional de Mujeres para movilizarse en una variedad de temas de mujeres y marchar por las calles. © IWHC



**UNA VOZ FIRME E INDEPENDIENTE
POR LOS DERECHOS DE LAS MUJERES Y LAS NIÑAS**

IWHC.org New York | San Francisco | Washington, DC