



UNIVERSIDAD
DE LA REPÚBLICA
URUGUAY



*Monografía de egreso
Licenciatura en Ciencia Política*

Objeción de conciencia al aborto en Uruguay, ¿un problema de implementación de políticas públicas?

Camila Giannechini

Tutora: Niki Johnson

Tribunal:

Cecilia Rocha (ICP-FCS-Udelar) y Marcela Schenck (ICP-FCS-Udelar)

Diciembre de 2022

Índice

Introducción	3
Planteamiento del problema	3
Antecedentes	4
Objetivos de investigación	6
Apartado Metodológico	7
CAPÍTULO 1: Marco Teórico	9
La implementación de las políticas públicas	9
<i>Enfoques de estudio de la fase de implementación de la políticas</i>	9
<i>¿Por qué fracasan las políticas?</i>	10
<i>Las políticas públicas de género</i>	11
<i>La brecha de implementación</i>	13
Discusión teórica sobre el estigma, el aborto y la objeción de conciencia	15
<i>La objeción de conciencia: origen y aplicación en el ámbito de la salud</i>	15
<i>Conciencias, aborto y estigmas</i>	16
<i>La estigmatización de las mujeres que abortan</i>	17
<i>La estigmatización de los prestadores de servicios de aborto</i>	19
<i>La objeción de conciencia a realizar abortos y los estigmas</i>	20
Diferentes modelos y estrategias de regulación de la objeción de conciencia	22
CAPÍTULO 2: Objeción de conciencia y aborto en Uruguay	25
La objeción de conciencia y objeción de ideario institucional en el marco normativo uruguayo	25
El fallo del Tribunal de lo Contencioso Administrativo ante la demanda de nulidad	26
Objetores de conciencia, ¿Dónde están, cuántos son?	28
Posicionamiento de actores clave sobre la Objeción de Conciencia en Uruguay.....	30
<i>Planteos desde el derecho</i>	30
<i>Discusión en el ámbito médico</i>	31

<i>Discusión parlamentaria</i>	33
<i>Posicionamiento de grupos feministas</i>	35
Discusión en torno a la legitimidad de la objeción de ideario institucional	37
CAPÍTULO 3: La objeción de conciencia como problema de implementación de políticas públicas de aborto	40
Regulación de la objeción de conciencia, ¿Qué camino tomó Uruguay?.....	40
La concentración territorial de los ginecólogos objetores y la estigmatización de los servicios de aborto	42
Cómo la regulación de la objeción de conciencia y la estigmatización de los servicios de aborto afecta la implementación de las políticas públicas de aborto	43
CAPÍTULO 4: Conclusiones finales.....	47
Bibliografía	49
Anexo 1	60
Anexo 2	65
Anexo 3	72
Anexo 4	75
Anexo 5	76

Introducción

Planteamiento del problema

La objeción de conciencia en el área de la salud es un fenómeno en aumento en el mundo, particularmente en lo que respecta a los servicios de salud sexual y reproductiva (Alegre, 2009; Chavkin et al., 2013; Clarke, 2017; Ramón et al., 2020), siendo los servicios de aborto una de las prácticas más objetadas por ginecólogos y obstetras (Dickens y Cook, 2000). Por ejemplo, en Italia, donde la objeción de conciencia al aborto se encuentra ampliamente extendida, el porcentaje de ginecólogos objetores ha aumentado del 62.8% al 71% en una década (Autorino et al., 2018; Bo et al., 2015).

En Uruguay la discusión sobre la objeción de conciencia sanitaria ha guardado especial relación con la despenalización del aborto. La objeción de conciencia es reconocida por la Ley N° 18987 y el Decreto N° 375/012 que reglamenta la interrupción voluntaria del embarazo (IVE) y su uso (o abuso) por parte de los ginecólogos ha sido identificada como una de las principales barreras para el acceso a los servicios de aborto (MYSU, 2017). Según la información difundida por el Ministerio de Salud Pública, el porcentaje de ginecólogos objetores de conciencia en Uruguay era del 30% al momento de la legalización del aborto (MYSU 2014a). Si bien el porcentaje no parecería ser problemático, la distribución territorial de los objetores de conciencia la convierte en una barrera importante para el acceso a los servicios de aborto. Se encuentran en el país ciudades con 100% de ginecólogos objetores de conciencia y departamentos con hasta un 80% de objetores, con casos particulares como el del departamento de Salto donde no se realizaron abortos hasta un año después de la reglamentación de la IVE (MYSU, 2014a; MYSU, 2014b; MYSU, 2015; MYSU, 2017).

Altos porcentajes de objeción de conciencia pueden afectar el funcionamiento de los servicios de aborto y vulnerar los derechos sexuales y reproductivos de las mujeres, ya sea incrementando las demoras, obligándolas a viajar fuera de sus regiones para ser atendidas o exponiéndolas a actos estigmatizantes y discriminatorios (Ariza Navarrete, 2019; Autorino et al., 2018; Bo et al., 2015; Chavkin et al., 2013; Dickens y Cook et al., 2000; Harris, 2014). Por esta razón es fundamental regular su práctica y diferentes países han abordado su regulación de diversas maneras (Alegre, 2009; Alegre, 2014; Ariza Navarrete, 2019; Fiala et al., 2016).

Lo que planteo en esta monografía es que: cuando las mujeres que abortan y los prestadores de servicio de aborto son estigmatizados y la objeción de conciencia no es adecuadamente regulada, esta se convierte en un problema de implementación de políticas públicas. En consecuencia, un tema de interés para la ciencia política.

Antecedentes

La literatura académica sobre aborto en Uruguay es vasta, el aborto puede ser estudiado desde muchos enfoques y disciplinas, desde todas las ramas de las ciencias sociales se encuentran aportes con respecto a esta temática. El enfoque interdisciplinario que se le ha dado al estudio del aborto en Uruguay y la extensa producción académica, permite tener una imagen bastante nítida de las condiciones en las que el aborto fue legalizado en el país.

En lo que respecta a la ciencia política se encuentra producción académica sobre el aborto en cuatro ejes principales: la opinión pública, los movimientos sociales (especialmente el movimiento feminista), la inserción del tema en la agenda pública y la discusión político-parlamentaria. Cabe señalar que los ejes planteados no son excluyentes; por ejemplo, Johnson et al. (2011), en un trabajo que busca indagar sobre las opiniones y actitudes de la sociedad civil ante la despenalización del aborto, se enfocan en dos ejes, la opinión pública medida a través de encuestas, y el estudio de los movimientos sociales.

Por otro lado, se pueden encontrar estudios de corte más cuantitativo, que se centran en la opinión pública con respecto a la despenalización del aborto (Bottinelli, 2010; Buquet, 2010; Selios, 2007). El texto de Selios (2007) recopila y analiza la información publicada por las empresas de opinión pública. El trabajo de Bottinelli (2010) aporta información sobre el posicionamiento de la población según variables relevantes como: la afiliación partidaria, la religiosidad, el nivel socioeconómico, el nivel educativo, entre otras. Mientras que el trabajo de Buquet (2010) aporta el análisis de la opinión de las elites.

En cuanto al debate político parlamentario, se encuentran textos enfocados específicamente en la discusión parlamentaria como el de Bidegain (2007), su análisis se centra en los fundamentos de los legisladores para argumentar su posición con respecto a la despenalización del aborto. Por otro lado, Johnson (2011) analiza las diferentes iniciativas legislativas presentadas en el periodo post-dictadura. Pero este texto no se centra únicamente en el tratamiento de la temática en el parlamento, también tiene en cuenta factores exógenos, que tienen consecuencias en cómo se desenvuelven, avanzan o no los proyectos en el parlamento.

Finalmente, el trabajo de Johnson et al. (2015) es el único de los relevados que se enmarca en la literatura sobre políticas públicas. Las autoras estudian en profundidad la inserción de aborto en la agenda pública, sus hitos y coyunturas, y los actores sociales y políticos que intervinieron en este proceso, así como sus discursos.

Aportes desde otras disciplinas de las ciencias sociales como los trabajos de Carril y López Gómez (2008) y Rostagnol et al. (2011) se centran en las experiencias vividas por las mujeres que recurrían al aborto clandestino para poder decidir. Se plantea la problemática del aborto desde la mirada de las mujeres, el sufrimiento psicológico que significaba vivir estos procesos en la ilegalidad, la angustia, la incertidumbre, etc. En estos textos se puede apreciar el cambio que significó la introducción del misoprostol al mercado uruguayo. El uso del misoprostol permitió a las mujeres participar activamente del proceso de aborto, la vivencia del aborto pasa a ser consciente y les permite mayor autonomía (Rostagnol et al., 2011). Desde luego, se pueden encontrar aportes desde el derecho sobre la temática, con un enfoque jurídico (Castro, 2013; Sarlo, 2011).

Por otro lado, se encuentran textos que se enfocan en los profesionales de la salud ante la práctica del aborto (López Gómez, 2016; López Gómez y Couto, 2017; Rostagnol, 2014), lo que permite tener un acercamiento al discurso médico con respecto a la temática. A su vez, en la *Revista Médica del Uruguay* se encuentran trabajos sobre la problemática del aborto (Adriasola, 2012; Briozzo, 2013; Lozano et al., 2007). Debe ser tenido en cuenta que las publicaciones en revistas médicas reflejan la opinión de ginecólogos que se encuentran comprometidos con la temática, pero eso no significa que reflejen la opinión de los médicos en general. Como quedaría en evidencia con los porcentajes de objetores de conciencia, la posición de los profesionales con respecto al aborto no es homogénea. Cabe señalar que, si bien el posicionamiento de médicos a favor de la despenalización del aborto fue un factor fundamental en el avance hacia una ley de interrupción voluntaria del embarazo, también limitó el problema a uno de salud pública y de reducción de daños, desdibujándose la lucha del movimiento feminista por el derecho al aborto como reconocimiento de la autonomía y libertad de las mujeres.

Las organizaciones feministas jugaron un rol fundamental en la producción de conocimiento con respecto a la problemática del aborto. Varios de los trabajos académicos mencionados anteriormente se produjeron bajo convenios con Mujer y Salud en Uruguay (MYSU) y Cotidiano Mujer, las dos organizaciones feministas con mayor trayectoria de lucha por la

legalización del aborto en el país. Además, los primeros libros sobre la temática en Uruguay fueron publicados por la organización feminista Cotidiano Mujer, como “*Yo aborto, tú abortas, todos callamos*” de 1989. Actualmente, los informes de MYSU (2014a, 2014b, 2015, 2016a, 2016b, 2016c, 2017) sobre la situación de los servicios de aborto legal en Uruguay son una fuente de información fundamental con respecto a la temática de esta monografía: la objeción de conciencia.

En cuanto a la producción académica sobre la objeción de conciencia al aborto en Uruguay, se encuentran trabajos al respecto principalmente en revistas de derecho (Aramberri, 2021; Asiain Pereira, 2013; Asiain Pereira, 2015; Asiain Pereira, 2016; Javier, 2013; Montano, 2016; Montano, 2017). Así como artículos de opinión en la *Revista Médica del Uruguay* (Adriasola, 2013; Cóppola, 2013; Cóppola, 2014; Mautone y Rodriguez, 2013) y publicaciones en revistas médicas internacionales (Cóppola et al., 2016).

Aunque el tema es brevemente tratado en parte de la literatura sobre aborto ya mencionada (Johnson et al., 2015; López Gómez, 2016; López Gómez y Couto, 2017; Rostagnol, 2014), los aportes académicos sobre este tema desde las ciencias sociales, y la ciencia política en particular, no son tan prolíferos como en el caso del aborto. Puede que esto se deba a que es un tema puesto en discusión recientemente en el país. Pero nuevamente, las organizaciones feministas se encuentran a la vanguardia, en el caso de Cotidiano Mujer a través de seminarios internacionales (Cotidiano Mujer, 2014; Cotidiano Mujer, 2017) y MYSU a través de los informes ya mencionados.

Objetivos de investigación

Esta monografía pretende aportar una mirada desde la ciencia política sobre la objeción de conciencia al aborto. Por un lado, reflexionar sobre el caso uruguayo a partir de relaciones ya planteadas en la literatura internacional: la relación entre aborto, estigma y objeción de conciencia y entre la regulación de la objeción de conciencia y el funcionamiento de los servicios de aborto. Pero, además, se propone relacionar estos conceptos con literatura específica del campo de la ciencia política: planteando la objeción de conciencia como un problema de implementación de políticas públicas.

El objetivo general de este trabajo es analizar el impacto que tienen la actual regulación de la objeción de conciencia y la estigmatización de los servicios de aborto en Uruguay sobre la implementación de la Ley de Interrupción Voluntaria del Embarazo (IVE). Para ello, me propongo los siguientes objetivos específicos. En primer lugar, describir la situación actual de

Uruguay con respecto a la objeción de conciencia: cómo se encuentra plasmada en la Ley N° 18.987 y el Decreto N° 375/012, qué cambios significó el fallo del Tribunal de lo Contencioso Administrativo (TCA) ante la demanda de nulidad presentada por un grupo de ginecólogos, y cuál es el porcentaje y la distribución territorial de los objetores de conciencia. En segundo lugar, realizar un relevamiento de la discusión sobre la objeción de conciencia en Uruguay y los discursos de diferentes actores relevantes (médicos, juristas, legisladores/as y activistas feministas). En tercer lugar, analizar el camino que ha decidido tomar Uruguay a la hora de regular la objeción de conciencia y la posible relación entre estigmatización del aborto y objeción de conciencia en el país. Por último, reflexionar sobre cómo la objeción de conciencia constituye un problema de implementación de la IVE.

Esta monografía es un estudio de alcance exploratorio, donde busco describir el fenómeno de la objeción de conciencia al aborto, especificando cuáles son sus características particulares en Uruguay y la problemática que genera a la hora de implementar las políticas de aborto (Hernández et al., 2010). El estudio deja preguntas abiertas para futuras líneas de investigación con respecto a la temática, como la posible relación entre la estigmatización del aborto y la concentración de ginecólogos objetores de conciencia en algunas ciudades del interior de Uruguay, o la incidencia del modelo regulatorio de la objeción de conciencia que se ha adoptado en el porcentaje de objetores.

Apartado Metodológico

En cuanto a los recursos utilizados en esta monografía, son principalmente fuentes secundarias que permiten identificar diferentes discursos de actores claves: la producción académica escrita con respecto al tema; los informes de MYSU; los *Diarios de Sesión* de ambas cámaras parlamentarias; las versiones taquigráficas de las comisiones parlamentarias cuando se trató el proyecto de ley de interrupción voluntaria del embarazo; y la prensa escrita. Si bien la utilización de fuentes primarias, como entrevistas con médicos objetores, sería un material fundamental para poder establecer una relación entre la estigmatización de los servicios de aborto y el uso (o abuso) de la objeción de conciencia, esto no está dentro del alcance de esta monografía, y acceder a dichos profesionales no sería tarea fácil.

En cuanto a la prensa escrita, seleccioné tres diarios: *La Diaria*, *El Observador* y *El País*. A partir de un relevamiento inicial, identifiqué esos tres diarios como los que más han publicado sobre la temática y el espectro de opiniones es adecuadamente abarcado por ellos. Los periodos relevados fueron: de octubre de 2012 a julio de 2013, octubre y noviembre de 2014 y agosto y

septiembre de 2015. El primer periodo de discusión álgida de la objeción de conciencia fueron los meses post-despenalización del aborto, más adelante en los dos siguientes periodos seleccionados, el tema volvió al ojo público debido a la demanda de nulidad por parte de ginecólogos y el fallo del TCA al respecto.

A continuación, en el primer capítulo estableceré un marco teórico, dedicando el primer apartado a la literatura sobre implementación de políticas públicas y particularmente políticas de género. Luego, haré una revisión de la bibliografía sobre la objeción de conciencia en el mundo, para exponer por qué es necesario regular la objeción de conciencia y qué modelos regulatorios y estrategias han sido utilizadas. Además, desarrollaré cómo se relacionan a nivel conceptual el aborto, el estigma y la objeción de conciencia.

El segundo capítulo será principalmente descriptivo, siendo su propósito describir en qué situación se encuentra la objeción de conciencia en Uruguay en términos formales (cómo fue reconocida la objeción de conciencia en la Ley N° 18987 y el Decreto N° 375/012, qué cambios significó el fallo del TCA ante la demanda de nulidad) y en términos prácticos (cuántos son y cómo se distribuyen territorialmente los objetores de conciencia). En el segundo apartado de este capítulo me centraré en la discusión sobre la objeción de conciencia al aborto en Uruguay.

En el tercer capítulo, a partir de la información relevada y el marco teórico planteado, reflexionaré sobre la estigmatización de los servicios de aborto en Uruguay, cómo se ha regulado la objeción de conciencia en el país y cómo estos dos factores han hecho de la objeción de conciencia una barrera para la implementación de las políticas públicas de salud sexual y reproductiva, de las que los servicios de aborto son parte fundamental. Por último, presentaré las conclusiones y reflexiones finales.

CAPÍTULO 1: Marco Teórico

La implementación de las políticas públicas

La objeción de conciencia al aborto es un tema de interés para la ciencia política cuando su uso provoca problemas de implementación de las políticas públicas de salud sexual y reproductiva. Estos problemas de implementación afectan de forma desproporcionada a un grupo particular, las mujeres, y su capacidad para decidir sobre su cuerpo, la maternidad y su futuro.

La fase de implementación de las políticas públicas es el momento en que se ponen en práctica las decisiones políticas, es cuando “acaba la política y empieza la administración”, pero a pesar de ser una fase fundamental no constituyó un campo de estudio hasta los años setenta (Harguindeguy, 2015, p. 79). Hasta ese momento se daba por sentado que la administración implementaba las políticas de acuerdo a las intenciones de quienes las formulaban (Pülzl y Treib, 2007, p. 89). Sin embargo, cuando las políticas empezaron a no colmar las expectativas de sus hacedores, surgió el interés por identificar los factores responsables del éxito o fracaso de las mismas, así como de sus desviaciones con respecto a las intenciones originales (Pülzl y Treib, 2007; Signé, 2017).

Enfoques de estudio de la fase de implementación de las políticas

Suele clasificarse a los enfoques utilizados para estudiar la fase de implementación en dos categorías, los enfoques descendentes y ascendentes (*top-down* y *bottom-up*), aunque se han desarrollado teorías híbridas, que buscan sintetizar ambos enfoques (Harguindeguy, 2013; Pülzl y Treib, 2007; Signé, 2017). Los enfoques descendentes enfatizan la importancia del diseño y control del proceso de implementación por parte de los hacedores de políticas, mientras que los enfoques ascendentes ven a los “burócratas de campo” como los principales actores en la ejecución de las políticas (Pülzl y Treib, 2007).

En consecuencia, los primeros prestan especial atención a los procedimientos burocráticos (la cadena de mando), ven a la fase de implementación como apolítica y dan por hecho que los hacedores de política tienen total control sobre el entorno en el que se implementará la política (Pülzl y Treib, 2007; Signé, 2017). Por el contrario, los segundos ven al proceso de implementación como intrínsecamente político, las políticas son formadas y reformadas incluso en la fase de implementación, por lo tanto, la autonomía y discrecionalidad de quienes

implementan las políticas pasa a ser un factor fundamental (Harguindéguy, 2013; Pülzl y Treib, 2007; Signé, 2017).

Las teorías híbridas buscaron combinar elementos de ambos enfoques para superar así sus debilidades (Pülzl y Treib, 2007). Se plantea desde estas teorías que, si bien se debe comenzar por considerar los instrumentos y recursos disponibles a la hora de implementar las políticas (lo que concuerda con los enfoques ascendentes), a su vez se debe tener en cuenta la “estructura de incentivos de los implementadores” (como lo hacían las teorías descendentes) (Pülzl y Treib, 2007, p. 95).

Además, en las teorías híbridas se toma en cuenta otros factores, como el tipo de política a implementar; por ejemplo, las políticas que tienen ganadores y perdedores claros tienen un nivel de conflicto mayor que puede afectar el proceso de implementación. Por otro lado, se comienza a tomar en consideración “la red de actores domésticos”: factores como la cantidad de jugadores con poder de veto, actores críticos en la cadena de implementación y la posición que toman los grupos de interés son variables que afectan la implementación de las políticas públicas (Pülzl y Treib, 2007).

¿Por qué fracasan las políticas?

Signé (2017) destaca cuatro factores que pueden causar el fracaso de las políticas públicas: los recursos disponibles, los implementadores en la primera línea, la ambigüedad y el conflicto. Según el autor, que una política cuente con los fondos y recursos suficientes para su implementación, es una precondition para el éxito de la misma, si bien no lo garantiza.

En cuanto a la ambigüedad en los objetivos de las políticas, hay cierto consenso en que esto es inevitable, ya que éstas deben responder a los intereses de diferentes grupos. Sin embargo, mientras algunos autores consideran que la precisión de los objetivos puede intensificar el conflicto entre grupos, por lo que la ambigüedad terminaría siendo beneficiosa, otros la ven como un problema, porque da lugar a que los implementadores interpreten las políticas a su conveniencia (Signé, 2017, p. 17-18).

Por otro lado, la discrecionalidad e influencia que tengan los “burócratas de campo” a la hora de implementar una política pública, puede repercutir en el resultado de la implementación. Este factor interactúa con los dos anteriores, según Signé (2017, p. 19) los burócratas “no solo hacen lo que quieres [...] hacen lo que pueden”, es decir la limitación de fondos y recursos puede hacer que los implementadores en la primera línea opten por “deformar” las políticas

con el fin de poder brindar el servicio con los recursos disponibles. Además, altos niveles de discrecionalidad, pueden sumar ambigüedad a la política, debido a que “los trabajadores en la primera línea son más propensos a tomar decisiones discrecionales que favorezcan su propia visión y creencias” (Signé, 2017, p. 20).

Por último, el conflicto existe cuando diferentes organizaciones o grupos consideran una política relevante para sus intereses, pero tienen diferentes visiones al respecto (Signé, 2017, p. 21). Los grupos organizados pueden ayudar o dificultar el proceso de implementación. Por ejemplo, mientras los grupos religiosos pro-vida buscan entorpecer la implementación de las políticas que regulan el aborto (Harguindéguy, 2013), los grupos feministas, como Cotidiano Mujer y MYSU en Uruguay, no solo tuvieron un rol fundamental en el impulso de las leyes sobre aborto, también tienen un papel importante en el seguimiento y evaluación de estas políticas.

Entonces, según Signé, la implementación será puramente administrativa, como se plantea en las teorías descendentes, solo cuando el nivel de ambigüedad y conflicto sea bajo, pero este es el escenario menos probable. Cuando los niveles de conflicto y ambigüedad son altos, el éxito o fracaso de la política va a depender de “la fuerza de la coalición”, en el caso que solo los niveles de conflicto sean altos “el poder es el principal determinante” (Signé, 2017, p. 14). En ese caso actores críticos y con poder de veto, pueden cambiar el rumbo de las políticas y el grado de discrecionalidad de los “burócratas de campo” puede ser decisivo.

Las políticas públicas de género

En cuanto a las políticas de género, Engeli y Mazur (2018) señalan que girar el foco de atención hacia la fase de implementación puede ayudar a comprender las condiciones bajo las cuales las políticas contribuyen efectivamente a mejorar la equidad de género. Las autoras señalan tres componentes claves de la fase de implementación de las políticas de género: la combinación de instrumentos de implementación para la puesta en marcha de las políticas, el proceso de empoderamiento de políticas inclusivas, la transformación de las jerarquías de género como resultado final.

Engeli y Mazur (2018) identifican cuatro tipos de instrumentos. Primero, los instrumentos de autoridad, por ejemplo prohibir un comportamiento, como la discriminación basada en género, y segundo, los instrumentos de incentivo que pueden alentar a un grupo a cambiar su comportamiento en busca de un beneficio o para evitar un perjuicio. Tercero, los instrumentos de capacidad y aprendizaje son la herramienta que “proveen los recursos, el conocimiento y las

habilidades para catalizar y coordinar la acción de los actores políticos”; y finalmente están los instrumentos simbólicos, que suelen ser más bien “herramientas comunicativas” (Engeli y Mazur, 2018, p. 115-116).

La combinación de herramientas utilizadas pueden explicar las diferencias que se advierten entre países al implementar políticas sobre la misma temática. Las autoras ponen como ejemplo las políticas de aborto en los países europeos y como las diferentes regulaciones de la objeción de conciencia en países como Italia y Francia han llevado a resultados diferentes con respecto a la efectiva liberalización del aborto, con porcentajes de objeción de conciencia mucho más altos y problemáticos en Italia (Engeli y Mazur, 2018, p. 116). Se atribuye los mejores resultados en Francia a ciertas reglas que ayudan a limitar el daño que podría generar la objeción de conciencia, exigiendo por ejemplo, que los ginecólogos revelen su calidad de objetores en la primera consulta, así como la obligación de los hospitales públicos de prestar servicios de aborto, es decir contar con el personal no objetor necesario.

Por otro lado, al igual que Signé, las autoras plantean que se debe tener en cuenta tanto la red de actores involucrados en la implementación de la política, como los recursos, ya que “la implementación es una batalla por poder” (Engeli y Mazur, 2018, p. 116). Diferentes grupos intentarán “maximizar su influencia” ya sea para respaldar la política, pujando por una implementación a la altura de las intenciones originales, o intentando enlentecer o incluso bloquear la implementación. Ejemplo de esto es el accionar de los grupos feministas y grupos próvida ante las políticas de regulación del aborto.

Pero los grupos de interés tendrán más posibilidades de influir en el proceso de implementación si tienen los recursos para hacerlo, por ejemplo, los grupos que cuentan con “posiciones institucionales o profesionales de prestigio y poder” tendrán más capacidad de influencia (Engeli y Mazur, 2018, p. 118). Según Engeli y Mazur (2018) la literatura ha demostrado que los grupos que reivindican la equidad de género, como los grupos feministas, cuentan con menos recursos que actores “políticamente establecidos” como los sindicatos o las asociaciones médicas. Por ello el empoderamiento de políticas inclusivas implica no solo la incorporación de los reclamos, aspiraciones y soluciones planteadas por los grupos involucrados en la temática, sino también su integración en el proceso de implementación de la política (Engeli y Mazur, 2018, p. 117).

El último componente que las autoras mencionan refiere a cuan exitosa es una política a la hora de eliminar las jerarquías de género (Engeli y Mazur, 2018, p. 120). Proponen así, una

clasificación en cuatro posibles resultados: un resultado neutro, que sucede comúnmente cuando no se invierten los suficientes recursos en una política; resultados contraproducentes, políticas que tienen el efecto contrario al pretendido originalmente, se señala el ejemplo de políticas que buscan reducir las desigualdades de género apoyando a las madres solteras, pero como resultado constriñen a las mujeres a un rol de madres y cuidadoras; por otro lado, las políticas que resultan en acomodar o compensar las relaciones tradicionales de género en vez de transformarlas; finalmente, el resultado más deseado y ambicioso es la transformación en las normas y jerarquías de género.

Waylen (2014) comparte con las autoras la idea de que los actores que respaldan políticas de género suelen tener un poder más limitado que otros actores. A su vez, los cambios que dichos grupos exigen enfrentan opositores con considerable poder de veto. Según Waylen (2014, p. 217), la forma que el cambio toma depende en parte de las posibilidades de veto que poseen los defensores del status quo. Por ejemplo, lo que la autora llama un cambio institucional de “desplazamiento”, donde se remplazan las viejas reglas por nuevas, no es comúnmente una estrategia de cambio en lo que respecta a cuestiones de género, ya que depende de la ausencia de actores con poder de veto. Como ya vimos, los grupos que persiguen cambios en las jerarquías de género, no suelen tener el poder suficiente para enfrentar a sus oponentes, quienes en muchos casos sí cuentan con este poder de veto.

La brecha de implementación

Según Waylen (2014, p. 221), para las estrategias de cambio en los roles y jerarquías de género, es fundamental lograr minimizar “el grado en que las instituciones informales subvierten, distorsionan o bloquean el cambio de reglas formales”. El estudio de las instituciones informales puede ayudar a entender “la brecha que algunas veces existe entre los cambios institucionales formales y sus resultados” (Waylen, 2014, p. 212).

Esta brecha a la que refiere Waylen (2014, p. 216) puede desarrollarse por diferentes razones, por ejemplo, las diferencias entre el diseño institucional y su implementación en el territorio, el hecho de que los diseñadores no tienen total control sobre la forma en que será implementado. Además, ya que “las instituciones son usualmente resultado de compromisos políticos”, la ambigüedad es inevitable, los contextos de cambio también pueden abrir las puertas a “reinterpretaciones de las reglas” (Waylen, 2014, p. 216).

Grindle (2009), utiliza un concepto similar, al plantear que cuando situaciones no previstas correctamente obstaculizan la implementación de las políticas públicas surge una “brecha de

implementación”. Así como un cambio institucional formal puede verse distorsionado en la práctica debido a instituciones informales no tenidas en cuenta, las políticas públicas que surgen en un sentido legal y formal, pueden no ser efectivamente ejecutadas por diversas razones.

Como ya vimos, la cantidad y el alcance de los problemas de implementación que serán enfrentados tienen que ver con las características de las políticas que se llevan a cabo (Grindle, 2009). Las políticas que dependen de la coordinación de diversos actores, son más problemáticas, porque “por cada eslabón de la cadena al que corresponda un punto de decisión por algún actor, las probabilidades de que algo salga mal aumentan” (Grindle, 2009, p. 36). Más aún si alguno de dichos actores tiene poder de veto. Otra característica que hace a las políticas más pasibles de sufrir brechas de implementación es que tengan ganadores y perdedores claramente identificables, ya que estos últimos tienen “grandes incentivos para resistir el cambio”, mientras que los ganadores pueden “no estar bien organizados para forzar el cambio” (Grindle, 2009, p. 37).

Otro problema que encuentra Grindle es que “los actores típicamente involucrados en el proceso de formación de políticas con frecuencia son reemplazados por un grupo diferente cuando las políticas están siendo implementadas” (Grindle, 2009, p. 38). Como señalan Engeli y Mazur (2018) el éxito de las políticas de género depende, en parte, de la inclusión de los grupos de interés que pujan por estos cambios durante todo el proceso de implementación y no solo de tener en cuenta sus reclamos y sugerencias a la hora de diseñar las políticas.

Según Grindle (2009, p. 40), es poco probable que los problemas que provocan las brechas de implementación no existan; teniendo en cuenta lo complejo de la realidad social sería imposible predecirlos todos. Sin embargo, según la autora, sí sería posible (y deseable) buscar formas de anticiparse a los problemas más predecibles e intentar reducir su impacto.

Lo complejo de la realidad social hace que los problemas de implementación que enfrentan las políticas de aborto dependan de diferentes factores: la correcta aplicación de estas políticas puede verse afectada tanto por instituciones formales como informales. Por lo que, como plantea Waylen (2014), tener en cuenta las instituciones informales a la hora de estudiar la implementación de políticas de aborto puede ayudar a entender la brecha de implementación que surge una vez que se logra cambiar las instituciones formales, por ejemplo, una vez que se aprueban leyes que despenalizan o legalizan el aborto.

Discusión teórica sobre el estigma, el aborto y la objeción de conciencia

La objeción de conciencia: origen y aplicación en el ámbito de la salud

La objeción de conciencia se ha definido como la negativa de una persona a participar en actividades que considera contrarias a convicciones éticas, morales, filosóficas o religiosas muy profundas (Chavkin et al., 2013; Chavkin et al., 2017). También puede considerarse un derecho (Alegre, 2009) o un instrumento jurídico que permite el incumplimiento de un deber legal (Ariza Navarrete, 2019). Si bien puede ser reclamado como un derecho humano básico (Autorino et al., 2018), no hay consenso al respecto. Diniz plantea que “la objeción de conciencia es una manifestación de la libertad de conciencia, esta última sí un derecho fundamental”, pero que sería equivocado superponer la libertad de conciencia con las prácticas sociales justificadas por la conciencia (2014, p. 32-33).

Además, la forma en la que hoy en día se utiliza la objeción de conciencia difiere de su propósito original (Ramón et al., 2020). Tradicionalmente, la objeción de conciencia se relacionaba con el servicio militar o la negativa a realizar ritos religiosos o civiles, por ejemplo, negarse a reverenciar símbolos patrios (Ariza y Ramón, 2018; Ariza Navarrete, 2019; Alegre, 2014; Chavkin et al., 2013). Sin embargo, a partir de la década del setenta la objeción de conciencia en el ámbito de la salud se ha ido expandiendo, principalmente en lo que respecta a la salud sexual y reproductiva (Ramón et al., 2020; Ariza Navarrete, 2019). Esto coincide con la primera ola de legalización del aborto en Europa y EE.UU entre 1970 y 1980 (Ariza y Ramón, 2018) y con el cambio de paradigma, en el ámbito de la salud, de un modelo paternalista a uno que prioriza la autonomía del paciente (Ariza y Ramón, 2018; Clarke, 2017).

La objeción de conciencia sanitaria difiere en varios puntos de lo que Alegre llama “objeción de conciencia tradicional” y estas diferencias son fundamentales para entender por qué la primera debe ser regulada. Primero, la objeción de conciencia tradicional no representa riesgos para derechos ajenos, “es inofensiva” (Alegre, 2014), a diferencia de la objeción de conciencia sanitaria, donde la autonomía de las pacientes puede ser afectada (Alegre, 2009; Ariza Navarrete, 2019; Ariza y Ramón, 2018). Segundo, si un joven objeta conciencia con respecto al servicio militar, es porque la participación en éste es forzada, pero los profesionales de la salud eligen voluntariamente su carrera y especialidad (Alegre, 2009; Ariza y Ramón, 2018).

Esto último es fundamental, la objeción de conciencia asociada a la protección de una minoría marginada y oprimida debe gozar legítimamente de protección, pero éste no parece ser el caso de los profesionales de la salud (Alegre, 2014). Según Ramón et al. (2020, p. 274) la objeción

de conciencia relacionada con los servicios de aborto, más que un mecanismo de protección de las minorías marginadas, es utilizada por sectores privilegiados de la sociedad para resistir cambios sociales y legales. Los profesionales de la salud no solo eligen libremente su profesión, si no que tienen el monopolio de ésta (Alegre, 2009; Ariza y Ramón, 2018), los profesionales ocupan un rol privilegiado y por lo tanto “no puede limitar sus obligaciones con la misma facilidad que quien no lo hace” (Alegre, 2009, p. 11). En efecto, el aborto es un acto médico y su práctica es monopolizada por ginecólogos y obstetras, por lo que el ejercicio de la objeción de conciencia en este ámbito debe ser regulado para mitigar efectos adversos (Ariza Navarrete, 2019; Diniz, 2014).

Conciencia, aborto y estigmas

Harris plantea que “no es posible entender el asunto de la conciencia y el aborto sin entender el tema de los estigmas y el aborto” (2014, p. 23). La mala práctica de la objeción de conciencia basada en los estigmas puede tener su origen en dos estigmatizaciones diferentes, pero que se relacionan. Por un lado, los prestadores de salud pueden objetar conciencia basados en la estigmatización de las mujeres que deciden abortar. Por otro lado, la estigmatización de los médicos que realizan abortos puede resultar en que estos decidan “escondarse” detrás de la objeción de conciencia para evitar consecuencias negativas o discriminatorias. Por lo tanto, para entender cómo se relaciona la objeción de conciencia con los estigmas es necesario reflexionar sobre la estigmatización de las mujeres que deciden abortar y la estigmatización de los prestadores de servicios de aborto.

Goffman (2006, p. 12) define al estigma como un atributo que hace a una persona diferente a los de su “categoría” o “especie”, convirtiéndola en una compañía menos deseable o incluso peligrosa. Es decir, un estigma desacredita a una persona y la vuelve inferior a los ojos de los “normales” (personas que no poseen ese estigma). Pero, la estigmatización de una persona no tiene que ver solo con que posee un atributo indeseable, sino que dicho atributo no es congruente con lo que se espera de esa persona, con el estereotipo de esa especie de individuo. Por lo que Goffman señala que un estigma es “una clase especial de relación entre atributo y estereotipo” (2006, p. 13).

En un trabajo de 2001, Link y Phelan respondieron a las críticas que juzgaban al concepto de estigma como “vagamente definido y centrado en el individuo”, conceptualizando el estigma de una forma más elaborada. Los autores definieron el estigma como una conjunción de

diferentes elementos, entre los que se encuentra la relación entre atributo y estereotipo, pero se agregan otros.

El primer componente que los autores señalan es el “etiquetado”, al igual que lo plantea Goffman hay una identificación de la persona, que posee un atributo estigmatizante, como diferente. Según los autores esta persona es etiquetada y en segunda instancia “las creencias de la cultura dominante vinculan a la persona etiquetada con características indeseables-estereotipos negativos” (Link y Phelan, 2001, p. 367).

Sin embargo, según los autores, para identificar un estigma no basta con examinar esta relación entre atributo y estereotipo. Además de etiquetar a las personas y estereotiparlas negativamente, debe haber una separación entre “nosotros” y “ellos” (o lo que Goffman llama los “normales” y los “desacreditados”), una pérdida de status y discriminación. Además, todos estos elementos deben ocurrir al mismo tiempo en una situación de poder que lo habilite (Link y Phelan, 2001, p. 377). Para Link y Phelan el poder es un factor fundamental, el estigma depende del poder. De hecho, grupos que no poseen poder económico, político o social pueden crear etiquetas y estereotipar a grupos más poderosos, pero sin el factor del poder este primer grupo no tiene la capacidad de causar consecuencias discriminatorias al segundo, lo que es un componente definitorio del estigma según estos autores (Link y Phelan, 2001, p. 376).

Al analizar el componente de la discriminación, no se centran únicamente en una perspectiva individual como el trabajo de Goffman, se agrega el concepto de discriminación institucional. Por tanto, la explicación de por qué una persona A realiza actos discriminatorios hacia una persona B no es suficiente para entender el estigma, hay una acumulación de prácticas institucionales que son capaces de generar desventajas a una minoría sin que se registre una discriminación de persona a persona (Link y Phelan, 2001, p. 372).

La conceptualización que hacen Link y Phelan es mucho más útil a la hora de analizar el estigma desde una perspectiva de la ciencia política, donde las instituciones y el poder importan.

La estigmatización de las mujeres que abortan

Como ya fue desarrollado, las personas estigmatizadas poseen un atributo negativo, que además, no condice con lo que se espera de ese individuo. En el caso de las mujeres que deciden abortar, su decisión no condice con el ideal de mujer (Kumur et al., 2009; Serna et al., 2019). Cuando las mujeres abortan transgreden normas sociales, desafían el orden moral y rompen

con el constructo social de femineidad (Kumur et al., 2009; Szulik y Zamberlin, 2020; López Gómez, 2016).

La maternidad es “el eje sobre el que gira el modelo más tradicional de femineidad” (Carril y López Gómez, 2008, p. 38), por lo que cuando las mujeres expresan el no deseo de ser madres a través de la práctica del aborto pervierten esa “ley natural” de que toda mujer, por el simple hecho de serlo, desea ser madre. Esto último es lo que Kumar et al. llaman “la inevitabilidad de la maternidad”, pero esta no es la única “construcción arquetípica de la femineidad” que transgreden las mujeres cuando abortan, también rompen con la idea de la procreación como único fin de la sexualidad femenina (2009, p. 4).

El constructo mujer-madre penetra el sistema de salud, allí predomina una lógica materno-infantil (López Gómez, 2016). Por lo tanto, las mujeres que abortan no conciben con el estereotipo que muchas veces los prestadores de salud asocian con la “identidad femenina”, cuyo “destino natural” sería la maternidad (López Gómez, 2016, p. 150). Así, el haber tenido una experiencia de aborto es un “atributo indeseable”, las mujeres en esta situación son etiquetadas como desnaturalizadas, irresponsables, promiscuas, amorales, entre otros descalificativos (López Gómez, 2016; Serna et al., 2020).

López Gómez (2016) encuentra que en el discurso médico hay una clasificación de las mujeres que abortan y en base a esta categorización los médicos justifican o no la decisión de las mujeres. Cuando el aborto es ajeno a la decisión de la mujer, la aceptación del aborto por parte de los profesionales es claramente mayor. Además, los profesionales tienden a expresar más empatía cuando las mujeres “son percibidas como frágiles desprovistas de afecto, sin protección de su pareja, sin apoyo de una familia” (López Gómez, 2016, p. 158). Estas mujeres también son etiquetadas, pero ya no como desnaturalizadas, sino como “deficitarias en su racionalidad” y por tanto como personas incapaces de tomar decisiones.

Por otro lado, Kumar et al. (2009) desarrollan lo que llaman la paradoja de la prevalencia (*prevalence paradox*), que refiere a la construcción social del aborto como una desviación a pesar de ser un evento recurrente en la vida de las mujeres. Diferentes estudios relatan la sorpresa de las mujeres que recurren al aborto clandestino, al encontrar “salas llenas de mujeres esperando para ser atendidas”, o al descubrir “historias de aborto de personas allegadas que desconocían hasta entonces” (Carril y López Gómez, 2008; Szulik y Zamberlin, 2020). El aborto es percibido como una práctica menos habitual de lo que realmente es, más aún cuando prevalecen contextos de ilegalidad. Las mujeres prefieren mantener en secreto sus experiencias

de aborto por miedo a la estigmatización, pero esto refuerza aún más la idea de que el aborto es algo poco común, una desviación de la norma, generándose así un círculo vicioso (Kumar et al. 2009, p. 5).

La estigmatización de los prestadores de servicios de aborto

Al igual que las mujeres que abortan, los prestadores de servicios de aborto son etiquetados de forma negativa, estos son acusados de realizar un “trabajo sucio”, por lo tanto son “trabajadores sucios” (Harris et al., 2011, Vivas et al., 2016). Como señalan Link y Phelan (2001), cuando hay un estigma hay un esfuerzo por separar y distinguir entre “nosotros” y “ellos”, y los estigmatizados pasan a “ser” su etiqueta. Desde esta lógica, los profesionales que prestan servicios de aborto son llamados “aborteros” o incluso “asesinos” (Kumar et al., 2009, López Gómez, 2016; Vivas et al., 2016)

Al igual que atravesar un aborto voluntario no condice con el ideal de mujer, realizar abortos no condice con el ideal profesional (López Gómez 2016, p. 45). Los médicos pueden no querer ser relacionados con las prácticas de los “aborteros”, entre otras razones, por el miedo a la pérdida de su status profesional, incluso cuando moralmente el aborto no les confiere una contradicción.

Además de la pérdida de status, los profesionales que realizan abortos sufren otras consecuencias que derivan de la estigmatización: la marginalización, el estrés psicológico, la sobrecarga laboral (Vivas et al., 2016, Harris et al., 2012, Martin et al., 2018). Diferentes autoras han encontrado círculos viciosos con respecto al aborto y los estigmas, estos círculos viciosos tienen consecuencias graves para las mujeres, pero también afectan la calidad de vida de los profesionales que realizan abortos (Harris et al., 2013; Kumar, et al., 2009; Sweewald et al., 2019).

Harris et al. (2013) desarrollan la idea de un círculo vicioso que llaman la paradoja de la legitimidad (*legitimacy paradox*), es similar al razonamiento de Kumar et al. (2009) y la paradoja de la prevalencia, pero en este caso se centran en la estigmatización de los profesionales que realizan abortos. La paradoja que deriva de la estigmatización de los proveedores de servicios de aborto y su consecuente silencio es que aunque muchos médicos que realizan abortos están altamente calificados para hacerlo, continúan siendo estereotipados como ilegítimos o poco calificados (Harris et al., 2013, p. 14).

De acuerdo con la idea de “la amenaza del estereotipo” (*stereotype threat*) de Steele y Aronson (1995), que toman luego los autores Link y Phelan (2001), los estereotipos se vuelven una amenaza porque las personas estigmatizadas saben que están siendo juzgadas de acuerdo a esos estereotipos y pueden confirmar ese estereotipo a través de su comportamiento. Esto le sucede a los prestadores de servicios de aborto; las complicaciones derivadas del aborto son vividas como peores que en otros campos de la medicina porque “amenazan el status legal del aborto” y “conllevan una sensación de castigo” (Harris et al., 2013, p. 13). Esto provoca la sensación de una amenaza constante para los médicos que realizan abortos, ya que sienten que no hay lugar para el error, lo que puede afectar sus niveles de estrés y calidad de vida.

La objeción de conciencia a realizar abortos y los estigmas

Como ya vimos en los apartados anteriores, la estigmatización del aborto afecta a las mujeres que deciden terminar un embarazo y a los profesionales que respaldan los derechos sexuales y reproductivos de éstas. Pero hay otras consecuencias derivadas del estigma, éste puede afectar la cuantía de los recursos humanos disponibles, haciendo que los profesionales se mantengan al margen de los servicios de aborto, utilizando la objeción de conciencia de forma abusiva (Harris et al., 2011; Hanschmidt et al., 2016; Martin et al., 2018; Vivas et al., 2016).

Si las consecuencias negativas de tener un trabajo estigmatizado como el de realizar abortos son tantas (pérdida de status profesional y pérdidas económicas, ya que otras prácticas dentro de la ginecología tienen mayor rédito económico y profesional, sufrir discriminación cuando trabajan en un ambiente hostil a los servicios de aborto, entre otras), Harris se pregunta “¿por qué querría alguien practicar un aborto o referir a alguien para que se lo hagan si existe una forma clara de negarse a hacerlo?” (2014, p. 28). Como plantea Goffman, en el caso de que sea posible, la persona estigmatizada “intentará corregir directamente lo que considera el fundamento objetivo de su deficiencia” (2006, p. 19). Por lo tanto, ante la posibilidad de enfrentarse a una estigmatización y si el profesional no cuenta con fuertes convicciones con respecto a los derechos sexuales y reproductivos de las mujeres y con respecto a las consecuencias morales de negar servicios de aborto, es posible que prefieran esconderse detrás de la objeción de conciencia (Harris, 2014).

Debe tenerse en cuenta que, a pesar de las consecuencias negativas de la estigmatización, la mayoría de los profesionales que proveen servicios de aborto se sienten orgullosos de su trabajo, sienten que están haciendo un aporte a la sociedad. (Hanschmidt et al., 2016). Tienen un sustento moral para hacerlo, su conciencia les interpela a actuar en defensa de la libertad de

las mujeres que deciden abortar, “entienden el aborto como una práctica para salvar vidas”, “realizan abortos por razones de conciencia” (Harris, 2014). Pero, si bien el estigma del aborto “parece ser menos prominente en regiones con leyes de aborto más liberales que en escenarios más restrictivos” (Hanschmidt et al., 2016) es casi un fenómeno global (Seewald et al., 2019). Harris señala que en su propia carrera ha visto “que la negativa a ayudar proviene de lugares de declarada hostilidad, de juicios o del deseo de castigar a las mujeres. Y estos lugares no son la conciencia” (2014, p. 28). Como resultado de los estigmas que recaen sobre las mujeres que abortan, es esperable que, incluso una vez que el marco legal del aborto cambia, algunos ginecólogos decidan acogerse en la objeción de conciencia. Como plantean Link y Phelan (2001), el estigma es un problema persistente, precisamente porque, si ya no es posible hacer uso de un mecanismo (la ilegalidad del aborto), otro puede ser creado (la objeción de conciencia).

No es tan fácil saber cuándo la negativa a la asistencia se debe a los estigmas o a la verdadera conciencia, pero valdría la pena buscar maneras de identificar la diferencia, ya que, como dice Harris (2014), los estigmas no merecen protección institucional, sino todo lo contrario, se debe trabajar para erradicarlos. Principalmente porque un elemento de la estigmatización es la discriminación (Link y Phelan, 2001), por lo que la objeción de conciencia, si es mal utilizada, deriva en un acto discriminatorio. Como la objeción de conciencia se da principalmente en torno a prácticas de salud sexual y reproductiva, afecta a un colectivo subordinado: las mujeres. Además, debe ser tenido en cuenta que las mujeres pobres y de áreas rurales se ven aún más afectadas en sus derechos sexuales y reproductivos por el abuso de la objeción de conciencia (Alegre, 2009; Ariza Navarrete, 2019; Ariza y Ramon, 2018; Autorino et al., 2018), produciéndose así una doble discriminación y acentuándose las desigualdades.

El abuso de la objeción de conciencia aumenta las barreras de acceso a servicios de aborto (Bo et al., 2015; Ramón et al., 2020). Cuando un profesional de la salud se niega a participar en ciertas prácticas está reduciendo la oferta de servicios (Ariza Navarrete, 2019), y esto a su vez afecta a las usuarias de diversas maneras. Por ejemplo, Bo et al. (2015) encontraron que en Italia el crecimiento de los ginecólogos objetores de conciencia y la consecuente sobrecarga de los médicos que prestan servicios de aborto, podría estar afectando los tiempos de espera de las mujeres. Así mismo, Autorino et al. (2018, p. 30) encuentran que “la mayor prevalencia de la objeción de conciencia se asocia con mayor tiempo de espera”. Esto es una consecuencia grave del abuso de la objeción de conciencia, ya que los abortos tardíos son más riesgosos que los abortos tempranos (Harris, 2014, p. 26). Por otro lado, este número desproporcionado de

objetores de conciencia en los servicios de salud italianos resulta en que algunas mujeres deban viajar fuera de sus regiones para acceder a los servicios de aborto, lo que puede ser un problema especialmente para mujeres de estratos socioeconómicos bajos (Bo et al., 2015). De hecho, según Fiala y Arthur (2017, p. 300), en Suiza el 25 % de los abortos realizados en la región fronteriza de Tessin son a pacientes italianas.

Como ya vimos, la estigmatización y sobrecarga de los profesionales que realizan abortos puede llevar a reducir aún más la cantidad de profesionales que están dispuestos a participar en servicios de aborto, volviéndose un círculo vicioso. Por lo que la regulación de la objeción de conciencia y la protección y legitimación de los médicos que realizan abortos a conciencia (Harris, 2014) es fundamental para garantizar la implementación de políticas públicas de salud sexual y reproductiva, especialmente los servicios de aborto.

Como plantean Link y Phelan (2001), si se quiere modificar los estigmas y sus consecuencias negativas, se debe atacar las causas fundamentales del estigma. Ya sea cambiando la creencias y actitudes de los grupos poderosos con respecto a los estigmatizados, por ejemplo, legitimando a los prestadores de servicio de aborto y a las mujeres como ciudadanas capaces de tomar sus propias decisiones. O por otro lado, limitando el poder de estos grupos para imponer su visión a través de la regulación de la objeción de conciencia (Link y Phelan, 2001, p. 381; Harris, 2014).

Diferentes modelos y estrategias de regulación de la objeción de conciencia

Debido a la vulneración de derechos de terceros que resulta de la utilización indiscriminada de la objeción de conciencia en el ámbito de la salud, se han desarrollado diferentes posturas con respecto a su legitimidad y en diferentes países se ha decidido regularla de diferentes maneras (Ariza Navarrete, 2019). Ariza Navarrete (2019) divide estas posturas en tres: la admisibilidad protegida, la inadmisibilidad y la aceptación condicionada. Por otro lado, Alegre (2009, 2014) plantea que se puede distinguir tres enfoques o estrategias frente a la objeción de conciencia: la permisiva o libertarista, la conciliadora o de derivación y la estrategia de la igualdad.

La postura de la inadmisibilidad considera que la objeción de conciencia en el ámbito de la salud no puede ser admitida bajo ninguna circunstancia (Ariza Navarrete, 2019). Quienes defienden esta postura argumentan que el ejercicio de la objeción de conciencia en el ámbito de la salud es poco ético, ya que permite a profesionales en una posición de poder abandonar

sus obligaciones profesionales y a sus pacientes (Fiala y Arthur, 2014; Fiala et al., 2016). Según Fiala y Arthur (2014, p. 9), el abuso sistémico de la objeción de conciencia es inevitable mientras esta siga siendo tolerada en el ámbito de la salud sexual y reproductiva. Sin embargo, solo unos pocos países no permiten la objeción de conciencia, entre ellos Suecia, Islandia y Finlandia. Estos países son tomados como ejemplo por Fiala et al. (2016) por poner por delante el respeto a los derechos de las mujeres y dar un paso hacia la erradicación del estigma del aborto, rechazando la objeción de conciencia en el ámbito de la salud.

Opuesta a la postura de la inadmisibilidad se encuentra la admisibilidad protegida, desde esta posición la objeción de conciencia es vista como un derecho fundamental, por tanto, no puede ser negada, solo limitada en casos excepcionales (Ariza Navarrete, 2019). Esta postura es altamente permisiva para con los objetores y por tanto puede llegar a restringir seriamente los derechos sexuales y reproductivos de las mujeres. Esta postura se asimila a lo que Alegre (2009; 2014) llama el enfoque liberal, donde el profesional puede negarse a cumplir sus deberes, incluso a derivar a la paciente a un profesional no objetor y no debe dar ninguna explicación para ello. Este enfoque se encuadra en un paradigma del mercado, donde la mujer debe seguir buscando hasta encontrar un profesional que sí preste ese servicio. Según el autor este enfoque no es compatible con el contexto de la salud sexual y reproductiva, en cuanto ignora la relación de poder entre paciente y profesional, así como la relevancia de los servicios de salud como un derecho básico.

Entre estas dos posturas se encuentra una intermedia, la posición de aceptación condicionada o regulación (Ariza Navarrete, 2019). Dentro de esta posición se pueden encontrar matices, pero en general lo que se busca desde esta perspectiva es “conciliar la tensión [...] entre las libertades de conciencia y de culto y los derechos humanos de las y los pacientes” (Ariza Navarrete, 2019, p. 209). La autora, a través del relevamiento de diferentes regulaciones encuentra que estas comúnmente disponen: quiénes están habilitados para ejercer la objeción de conciencia (legitimación); cómo debe ser expresada (explicitación); qué razones son aceptables (motivación); las formalidades exigidas (presentación formal); cómo se evalúan las motivaciones para la aceptación de la objeción de conciencia (validación); el plazo para la presentación de la objeción de conciencia; y los mecanismos de gestión para la neutralización de riesgos para las pacientes (2019, p. 211-212).

La estrategia de derivación y la de la igualdad que desarrolla Alegre se pueden ubicar ambas dentro de esta posición intermedia de regulación, pero con diferentes matices, la segunda más

preocupada por proteger los derechos y la autonomía de las pacientes. La estrategia de la derivación, como su nombre lo indica, obliga al profesional a derivar al paciente a otro servicio. Este enfoque sigue siendo igualmente insuficiente, ya que presupone que el acceso está siempre garantizado, algo erróneo, sobre todo si pensamos en el contexto latinoamericano, y subestima la asimetría de poder en la relación médico-paciente (Alegre, 2009; Alegre, 2014).

Por estas insuficiencias en el enfoque de la derivación, Alegre (2009) propone un paradigma “más ambicioso” que llama el paradigma de la igualdad, donde la derivación forma parte, pero no es el único límite a la objeción de conciencia. En este paradigma se prioriza el acceso de las pacientes a los servicios, por lo que la disponibilidad de servicios accesibles es una variable a tener en cuenta. Con el fin de no afectar los servicios, debe haber un registro de objetores y, además, los objetores deben fundamentar su posición. Asimismo, el autor plantea que el Estado debería exigir que quienes deseen ocupar puestos en el sistema de salud pública estén dispuestos a realizar todas las tareas que el cargo exige, ya que “el Estado no puede objetar, ni incumplir sus propias normas” (Alegre, 2009, p. 23). Igualmente cuestiona la objeción de conciencia institucional, dado que “la objeción de conciencia está ligada de manera indisoluble a una mente, a una persona” (Alegre, 2009, p. 24).

Así, las reglamentaciones con respecto a la objeción de conciencia pueden variar en función de que derechos priorizan defender –el derecho del acceso a la salud por parte de las mujeres o el derecho de los profesionales que objetan conciencia– y qué mecanismos eligen para hacerlo (Chavkin et al., 2013).

CAPÍTULO 2: Objeción de conciencia y aborto en Uruguay

La objeción de conciencia y la objeción de ideario institucional en el marco normativo uruguayo

La Ley N° 18.987 de interrupción voluntaria del embarazo (ver el anexo A), reconoce el derecho a la objeción de conciencia en su artículo 11 y la objeción de ideario en su artículo 10:

Los médicos ginecólogos y el personal de salud que tengan objeciones de conciencia para intervenir en los procedimientos a que hacen referencia el inciso quinto del artículo 3° y el artículo 6° de la presente ley, deberán hacerlo saber a las autoridades de las instituciones a las que pertenecen [...] La objeción de conciencia como su revocación, realizada ante una institución, determinará idéntica decisión respecto a todas las instituciones públicas o privadas en las que el profesional preste servicios [...] Lo dispuesto en el presente artículo, no es aplicable al caso previsto en el literal A) del artículo 6° de esta ley. (Ley N° 18987, 2012, artículo 11)

Las instituciones referidas en el inciso anterior, que tengan objeciones de ideario, preexistentes a la vigencia de esta ley, con respecto a los procedimientos de interrupción voluntaria del embarazo que se regulan en los artículos anteriores, podrán acordar con el Ministerio de Salud Pública, dentro del marco normativo que regula el Sistema Nacional Integrado de Salud, la forma en que sus usuarias accederán a tales procedimientos. (Ley N° 18.987, 2012, artículo 10)

En cuanto a la objeción de conciencia, la ley establece ciertas restricciones para evitar abusos. Por ejemplo, que los médicos no sean objetores en el sistema público y realicen abortos en el privado. También se niega la objeción de conciencia en el caso que “la gravidez implique un grave riesgo para la salud de la mujer”.

El Decreto N°375/012 detalla el camino de acción a la hora de implementar la IVE (ver anexo 2), especificando cómo deben actuar los equipos interdisciplinarios, las limitaciones de la objeción de conciencia y la objeción de ideario institucional. Por ejemplo, si bien la ley no especifica qué profesionales pueden recurrir a la objeción de conciencia, el Decreto N°375/012 establece que “solo podrán objetar de conciencia el personal médico y técnico que deba intervenir directamente en una interrupción de embarazo”. Por lo que solo los médicos ginecólogos, quienes están habilitados a realizar abortos, podrían hacer uso de la objeción de conciencia.

Por otro lado, un punto a destacar es que el artículo 20 de dicho decreto dice que “todas las instituciones del Sistema Nacional Integrado de Salud tendrán la obligación de cumplir con lo preceptuado en la presente ley”. Por lo que se podría inferir que todas las instituciones tienen

la obligación de contar con ginecólogos no objetores, sin embargo, como veremos en el siguiente apartado, este no es el caso.

En el decreto se toma otros recaudos ante posibles abusos de la objeción de conciencia: en su artículo 29, se deja en claro que los ginecólogos objetores de conciencia tienen la obligación de derivar a las pacientes que solicitan un aborto. Además, ordena que las objeciones de conciencia deben ser por escrito. Esto podría explicar la resistencia de un grupo de ginecólogos objetores de conciencia frente a este decreto y la demanda de nulidad que presentaron ante el Tribunal de lo Contencioso Administrativo (TCA), que analizaré en el siguiente apartado.

Por otro lado, en el artículo 28 del Decreto N° 375/012 se establece que “Solo podrán objetar de conciencia las personas físicas, no existiendo tal derecho para las personas jurídicas”. Sin embargo, la Ley N° 18.987 sí ampara la objeción de conciencia institucional, aunque de forma excepcional y bajo otra denominación “objeción de ideario”. La objeción de ideario debe ser preexistente a la ley, por lo que en Uruguay solo dos instituciones se ampararon en esta objeción: El Círculo Católico y el Hospital Evangélico (*El Observador*, 23/12/2012).

El fallo del Tribunal de lo Contencioso Administrativo ante la demanda de nulidad

En julio de 2013, ocho meses después de la reglamentación de la Ley N° 18.987 a través del Decreto N° 375/012 (ver anexo 2), un grupo de ginecólogos promovió una demanda de nulidad contra dicho decreto, alegando que éste restringía de forma ilegítima el ejercicio del derecho a la objeción de conciencia (Decreto de Sentencia No. 586, p. 1). Los médicos ginecólogos que participaron en esta demanda consideraron que los artículos 7, 8, 12, 13 (b), 16, 28, 29, 30, 31, 32 y 35 del decreto restringían el derecho a la objeción de conciencia, al limitarla solo a los actos de ejecución del aborto y por tanto a los médicos y el personal técnico. Además, dado que el decreto refiere al “riesgo para la salud bio-sico-social de la mujer” y no “grave riesgo para la salud”, como establecía la ley, los profesionales objetores consideraron que esto aumentaba las restricciones al ejercicio de la objeción de conciencia (Decreto de Sentencia No. 586, p. 2).

El TCA decidió amparar la demanda parcialmente, anulando, por Sentencia N° 586/015, el inciso 2° del artículo 7°, los incisos 1°, 2° y 3° del artículo 8°, el último inciso del artículo 12°, el inciso 2° del literal b) del artículo 13°, el artículo 16°, el inciso 1° del artículo 28° y el inciso 1° del artículo 29° (ver anexo 3). Debido a dicha sentencia, se encomendó al Ministerio de

Salud Pública “el dictado de la normativa necesaria, para regular aquellos aspectos del procedimiento previsto en la Ley N° 18.987 de 22 de octubre de 2012, requeridos para su correcta aplicación” (Decreto N° 101/016, artículo 1°).

El Ministerio de Salud Pública aprobó en 2017 la versión actualizada del *Manual de Procedimientos para el Manejo Sanitario de la Interrupción Voluntaria del Embarazo (IVE) según Ley 18.987*, donde se especifica la normativa adecuada para el cumplimiento de la sentencia del TCA.

Los artículos impugnados que hacen referencia al ejercicio de la objeción de conciencia y que fueron anulados por el TCA son los siguientes:

	Artículo impugnado	Demanda	Nueva Normativa*
Artículo 16°	Se entiende por grave riesgo para la salud de la mujer embarazada o para la vida, toda circunstancia que implique, a criterio del médico tratante, riesgo para la salud bio- sico social o vida de la mujer.-	“Se impugna el artículo 16 del Decreto, por entenderse que al eliminarse el concepto de gravedad, por un concepto mucho más amplio, aumenta el elenco de casos en los que no puede esgrimirse la objeción de conciencia”.	“Se entiende por grave riesgo para la salud de la mujer embarazada, toda circunstancia que, a criterio del médico o de los médicos actuantes, implique un grave riesgo de complicaciones graves de la salud o riesgo de muerte de la mujer.” (p. 23)
Artículo 28° inciso 1°	La objeción de conciencia solo es válida para abstenerse de intervenir en los procedimientos previstos por el inciso 5° del artículo 3° de la Ley 18.987 y no para abstenerse de actuar conforme a los incisos 1° a 4° del artículo 3° de la ley.	“se advierte que el reglamentador se apartó de la solución legal al omitir incluir, entre la hipótesis de objeción, las previstas en los literales B) y C) del artículo 6°” (Cuando se verifique un proceso patológico, que provoque malformaciones incompatibles con la vida extrauterina, cuando fuera producto de una violación acreditada con la constancia de la denuncia judicial, dentro de las catorce semanas de gestación) “el segundo problema que plantea [...] dice relación con la limitación (“sólo”) que estatuye en cuanto al alcance de la objeción de conciencia.”	“El objetor de conciencia puede abstenerse de participar en los siguientes casos: a) primera, segunda y tercera consulta (IVE 1, 2 y 3); b) cuando se verifique un proceso patológico que provoque malformaciones incompatibles con la vida extrauterina; c) cuando el embarazo fuera producto de una violación acreditada con constancia de denuncia judicial, dentro de las catorce semanas de gestación. No se podrá declarar objeción de conciencia cuando la interrupción del embarazo resulte de un grave riesgo para la salud o vida de la mujer. Asimismo, no se pueden objetar los actos posteriores a la realización de la interrupción del embarazo” (p. 30)
Artículo 29° inciso 1°	Solo podrán objetar de conciencia el personal médico y técnico que deba intervenir directamente en una interrupción de embarazo de acuerdo al inciso quinto del artículo tercero y el artículo seis literales B y C de la ley 18.987.	“la parte actora, cuestiona lo dispuesto por el artículo 29, en cuanto limita el elenco de sujetos que pueden ejercer el derecho a la objeción de conciencia y en cuanto a las acciones necesarias para la concreción del acto abortivo”	“Según el actual marco normativo, sólo podrán ser objetores en cualquiera de las tres etapas (IVE 1, 2 o 3) los doctores en medicina. El personal técnico, administrativo, operativo y demás personal de la salud sólo podrá objetar de conciencia cuando deba intervenir directamente en el acto médico, entendiéndose por tal el IVE 3.” (p. 31)

* MSP “Manual de Procedimientos para el Manejo Sanitario de la Interrupción Voluntaria del Embarazo (IVE) según Ley 18.987”. 2a Ed. corregida. 2016

El tribunal anuló el artículo 16 por considerar que limitaba el ejercicio de la objeción de conciencia, debido a que “la interpretación del Decreto vendría a exceptuar de la posibilidad de objetar a un número más amplio que el dispuesto legalmente, cuando se verifiquen circunstancias que -sin poner en riesgo grave la salud de la mujer comporten un riesgo (no grave), para su salud bio-sico social” (Decreto de Sentencia No. 586, p. 19). También anuló el inciso 1° del artículo 28 ° e inciso 1° del artículo 29 °, por considerar que limitan la objeción de conciencia al personal médico y técnico que deba intervenir directamente en una interrupción voluntaria de embarazo, siendo que “el texto legal no efectúa distinción alguna entre acciones directas e indirectas” (Decreto de Sentencia No. 586, p. 21 - 22).

Finalmente, se desestimó la demanda con respecto a los artículos 30, 31, 32 y 35 (ver anexo 3). Es de destacar que el tribunal no consideró que la presentación en forma escrita de la objeción de conciencia limitara este derecho, como sí lo hicieron los médicos impugnantes. Sin embargo, en el informe de MYSU (2017) se señala que uno de los cambios más significativos que se dio en respuesta al fallo del TCA fue el de la confidencialidad de los nombres de profesionales objetores, lo que imposibilitó el acceso a la nómina de los ginecólogos objetores de conciencia, información valiosa para identificar la situación en los diferentes departamentos con respecto al acceso a los servicios de aborto.

Objetores de conciencia, ¿Dónde están, cuántos son?

En Uruguay el Observatorio Nacional en Género y Salud Sexual y Reproductiva, creado por MYSU en 2007, es la principal fuente de información con respecto a diferentes aspectos de la salud sexual y reproductiva, entre ellos la accesibilidad a los servicios de aborto. El observatorio genera información cuantitativa y cualitativa sobre los servicios de salud sexual y reproductiva, da seguimiento al cumplimiento de normativas, identifica tanto avances como barreras para la implementación de políticas y elabora informes (MYSU, 2017).

Estos informes son una fuente fundamental a la hora de analizar la incidencia de la objeción de conciencia en el acceso a los servicios de aborto, ya que recogen y reúnen información que permite conocer mejor la situación uruguaya con respecto a este tema. Desde la promulgación de la IVE en 2012, MYSU ha monitoreado la implementación y funcionamiento de las prestaciones de servicios de aborto y ha encontrado que el uso abusivo del recurso de la

objeción de conciencia de los médicos ginecólogos es el principal problema detectado en la implementación de la ley (MYSU, 2017, p. 45).

Los datos puestos a disposición por el observatorio nos permiten tener una idea de los porcentajes de objetores de conciencia en Uruguay y cómo se distribuyen territorialmente (ver anexo 4). Desde 2013 hasta 2017 MYSU estudió en profundidad el funcionamiento de los servicios de salud sexual y reproductiva en 10 de los 19 departamentos de Uruguay: Cerro Largo, Florida, Maldonado, Montevideo, Paysandú, Río Negro, Rivera, Rocha Salto y Soriano. Encontrando que las mayores dificultades para la implantación de la IVE se han dado en el litoral del país: Paysandú, Río Negro, Salto y Soriano (MYSU, 2017).

Debido al fallo del TCA, a partir de 2016 MYSU no tuvo acceso a las cifras de objetores de conciencia por departamento. Igualmente, en los informes se analiza la situación de los diferentes centros de salud y de dicho análisis se pudo deducir la situación de los departamentos. Se estima que el porcentaje de objetores de conciencia en Uruguay es del 40%; cuatro de los departamentos monitoreados tienen altos niveles de objeción de conciencia, con más de un 60% de objetores, dos de ellos se encuentran entre un 30% y un 60% de objetores y cuatro departamentos están por debajo del 30% de objetores (MYSU, 2017).

En octubre de 2021 MYSU publicó *Objeción de conciencia en cifras, datos de Uruguay al 2021* donde se deja en evidencia la carencia de información con respecto a las cifras de objetores de conciencia. No se cuenta con datos oficiales sobre objeción de conciencia para el 31% de los servicios de aborto legal (MYSU, 2021). Los datos que brindó el Ministerio de Salud Pública, a raíz de la solicitud de información pública por parte de MYSU, da cuenta que no se tiene información de una cantidad significativa de servicios (ver Anexo 5).

Según estos datos, en tres ciudades del país: Colonia, Melo y Mercedes, los hospitales públicos (ASSE) no cuentan con ginecólogos que brinden servicios de aborto, es decir el 100% de sus ginecólogos son objetores. Además, el Ministerio de Salud Pública no tiene datos sobre la cantidad de objetores de conciencia en los hospitales de ASSE de ocho ciudades más del interior del país. Esta carencia de información oficial hace difícil saber con mayor exactitud cuál es la situación actual de los servicios de aborto en Uruguay.

Posiciones de actores clave sobre la objeción de conciencia en Uruguay

En Uruguay el debate público y la discusión académica con respecto a la objeción de conciencia estuvo fuertemente ligada a la legalización del aborto (Javier, 2013; Coppola, 2013). De hecho, según Coppola et al. (2016), previo a la legalización del aborto no era habitual el uso de la objeción de conciencia ante casos de interrupción de embarazo no punibles.

Planteos desde el derecho

Por un lado, los aportes realizados desde el derecho con respecto a la objeción de conciencia, se han centrado en la defensa de ésta como un derecho, pero sin problematizar las consecuencias de su abuso. En los textos publicados en revistas de Derecho con respecto al tema, poco se habla de la posible vulneración de los derechos sexuales y reproductivos de las mujeres cuando la objeción de conciencia es mal utilizada (Aramberri, 2021; Asiain Pereira, 2013; Asiain Pereira, 2015; Asiain Pereira, 2016; Javier, 2013; Montano, 2016; Montano, 2017).

En el campo del derecho, autores como Carmen Asiaín (2015, p. 155) se refieren a la objeción de conciencia como un derecho fundamental, y otros como Javier M. Juvenal (2013, p. 38) plantean que en realidad el derecho a la objeción de conciencia deriva de un principio fundamental, el de la libertad de conciencia. En este sentido, en el seminario regional sobre la temática, realizado por Cotidiano Mujer, Debora Diniz (2014, p. 32) plantea que, si bien la objeción de conciencia es una manifestación de la libertad de conciencia (ésta sí un derecho fundamental), es un error superponer esta última a la manifestación pública de las creencias.

Martínez-Torron (Decreto de Sentencia No. 586, p. 6, citado por Asiaín 2015, p. 161) afirma que “la tutela del ordenamiento jurídico a la libertad de conciencia no está condicionada por cuáles sean los valores éticos presentes en cada conciencia individual, de igual manera que el Estado no condiciona la protección de la libertad de expresión a cuáles sean las ideas defendidas por cada ciudadano”. Sin embargo, Diniz (2014) señala que el Estado sí puede regular –y muchas veces regula– la forma en que es aceptable o no expresar públicamente creencias privadas, aunque no pueda regular lo que efectivamente las personas piensan, si puede regular lo que es aceptable en la esfera pública. Como la autora ejemplifica, los discursos de odio están prohibidos en muchos países, y si no es así, al menos lo están los actos de odio o discriminatorios. De igual manera, el Estado puede regular la objeción de conciencia, con el fin de evitar que los llamados “pseudobjectores” (Coppola et al., 2013) vulneren los derechos de las mujeres, cometiendo actos discriminatorios.

Discusión en el ámbito médico

A diferencia de la literatura en el área del derecho, en las publicaciones en revistas médicas hay consenso con respecto a que el derecho a la objeción de conciencia no es un derecho absoluto y que puede colisionar con el derecho a la asistencia médica (Adriasola, 2013; Mautone y Rodríguez, 2013; Coppola, 2013; Coppola et al., 2016). No obstante, se puede encontrar diferentes posiciones con respecto a quién es el responsable de garantizar la asistencia. Por ejemplo, Coppola (2013, p. 45) plantea que es responsabilidad del objetor garantizar la derivación, por otro lado Adriasola (2013, p. 47) señala que “la responsabilidad última de que la usuaria tenga acceso a la prestación es de la institución”.

Esto lleva a otras discusiones que se han dado en el país a raíz del uso de la objeción de conciencia ante la despenalización del aborto. Según Adriasola (2013, p. 51) existe una corriente de pensamiento que afirma que, cuando se le exige al objetor derivar a la paciente, en los hechos se elimina la objeción de conciencia. Ese es en parte el planteamiento del grupo de ginecólogos que recurrieron al TCA. Así lo expresa a la prensa Justo Alonso, catedrático grado cinco, que criticó la ley de aborto, cuestionando que se obligara a los médicos a asesorar “el medico puede tener todo el derecho de decir: ‘no, yo a esto no me dedico, vaya a ver a otro’” (*El País*, 12/02/2013).

Sin embargo, la obligación a derivar está contenida en los códigos de ética de la Federación Internacional de Ginecología y Obstetricia (FIGO), de la Federación Médica del Interior (FEMI) y del Sindicato Médico del Uruguay (SMU). Esta obligación también está contenida en el Código de Ética aprobado en plebiscito por el Colegio Médico del Uruguay (Adriasola, 2013, p. 51). Por esta razón, Coppola (2013) señala la contradicción de que médicos que fueron presidentes y directores de la SGU o forman parte de la FLASOG y FIGO firmaran la demanda de nulidad ante el TCA.

Otro punto de desencuentro entre las opiniones planteadas por médicos ginecólogos fue el derecho a influir en la decisión de las pacientes. Coppola (2014, p. 271) plantea que dicha discusión “parecía desde el punto de vista ético una discusión ya saldada”, ya que el respeto a la autonomía de las pacientes es un principio ético primordial. Sin embargo, en la demanda ante el TCA los ginecólogos sostuvieron que el no permitirles expresar su opinión ante las pacientes era una limitación a su objeción de conciencia, también declararon a la prensa que “con el decreto estábamos amordazados” (*El Observador*, 22/08/2015). Pero, debe recordarse que, como expone Juvenal (2013, p. 37), “La objeción de conciencia hace referencia a un no-

hacer, a una no acción”, por lo tanto el planteo de los ginecólogos no tendría fundamentos. Además, Coppola (2014, p. 271) señala (irónicamente) que los impugnantes reclaman “el derecho de influenciar ‘libremente’ en la conciencia de la mujer” en nombre de la protección de sus conciencias.

Además, hubo médicos ginecólogos que consideraron que el no estar de acuerdo con la formulación o instrumentación de la ley era una razón legítima para objetar conciencia. Así lo declararon a la prensa Justo Alonso y Washington Lauría, ambos ginecólogos jefes de cátedra. Mientras Alonso declaró que “su rechazo no responde a motivos religiosos sino a cuestiones vinculadas con la instrumentación”, Lauría, además de estar en contra por cuestiones personales, lo está por “el contenido del decreto, que en su opinión ‘tiene múltiples fallas’” (*El Observador*, 10/12/2012, *El Observador* 12/12/2012). Asimismo, ambos consideran que el hecho de que los ginecólogos no hayan sido consultados con respecto a la reglamentación de la ley, influyó en su comportamiento (el uso de la objeción de conciencia) (*El Observador*, 18/12/12).

En cambio, Leonel Briozzo, el tercer jefe de cátedra de ginecología, opinó que la posición de los ginecólogos con respecto a la reglamentación e implementación de la ley “no tiene nada que ver con la objeción de conciencia” (*El País*, 23/12/2021). Como señala Coppola (2013, p. 44) “no está en cuestión el acuerdo o no de una ley o normativa, sino la defensa de la integridad moral individual”, por lo que la objeción de conciencia nunca puede tener como finalidad una estrategia de cambio político.

El hecho de que dos de los tres jefes de cátedra en Uruguay tuvieran esta posición en cuanto a la implementación de la IVE, suscitó dudas acerca de si Uruguay seguiría la recomendación de la Federación Latinoamericana de Sociedades de Obstetricia y Ginecología (FLASOG), que plantea que no es recomendable que los jefes de servicio sean objetores (*El Observador*, 22/10/2012). Si bien en Uruguay las consecuencias de dicho dilema fueron claras, no se tomaron medidas al respecto. Por ejemplo, el catedrático Alonso declaró que en la clínica que él dirige la mayoría de los profesionales presentarían objeción. Mientras que Lauría, titular de la cátedra del Hospital de Clínicas, dijo que “allí por lo menos el 80% de los ginecólogos objetaran el servicio” (*El País*, 15/12/2012). Este porcentaje está muy por encima del promedio de objetores en el país (30%), por lo que se podría inferir que la posición de los jefes objetores influye en la posición del resto de los ginecólogos del servicio, razón por la que no es recomendable que ocupen estos cargos.

En Uruguay fue resaltado por varios ginecólogos la importancia de tener como profesionales “compromiso de conciencia” (Coppola et al., 2013). Según Coppola et al., existen en el país cuatro grupos de médicos. Por un lado, quienes tienen compromiso de conciencia y por lo tanto o prestan servicios de aborto a conciencia o, siendo objetores, no obstaculizan la ley, respetan los derechos y la autonomía de las pacientes y derivan correctamente. Por otro lado, se encuentran los médicos que no tienen compromiso de conciencia, y que se pueden dividir en dos grupos: quienes tienen una objeción sincera, pero anteponen sus creencias a los derechos de las mujeres; y quienes objetan por conveniencia, los llamados “pseudobjectores” (Coppola et al., 2013, p. 18). Estos últimos dos grupos son quienes hacen de la objeción de conciencia un problema para la implementación de las políticas de salud sexual y reproductiva.

Por la mala utilización que hacen estos dos últimos grupos de la objeción de conciencia es fundamental que ésta sea regulada. Una de las formas de regularla es la fundamentación por escrito, cuestión que generó polémica en Uruguay. Alonso se mostró enérgicamente en contra de la justificación de la objeción de conciencia, declarando que “es un hecho inaudito que no se da en ningún lugar del mundo” (*El Observador*, 04/01/2013; *El País*, 10/01/2013). Por el contrario, Briozzo defendió públicamente el uso de la fundamentación de la objeción de conciencia, como un método para controlar su abuso (*El Observador*, 04/01/2013). Además, Coppola (2014) señaló que la fundamentación por escrito lejos de ser algo que “no se da en ningún lugar del mundo”, es una recomendación internacional, aunque se aplica de diferentes maneras según el país.

Discusión parlamentaria

Durante el proceso de tratamiento parlamentario del proyecto de ley de despenalización de la IVE, la discusión sobre la objeción de conciencia a los servicios de aborto se dio mayormente en las comisiones parlamentarias. Uno de los temas de mayor controversia fue la discusión con respecto a la pertinencia de admitir la objeción de ideario, que es en cierta forma una objeción de conciencia institucional, lo que cuenta con poca legitimidad en la bibliografía sobre la temática.

Al respecto, varios actores que participaron en las comisiones, como el entonces Subsecretario del Ministerio de Salud Pública, Leonel Briozzo, el entonces Director del Instituto de Filosofía del Derecho de la UdelaR, Dr. Oscar Salvo, la profesora Alejandra López Gómez invitada por el Instituto de Psicología de la Salud de la UdelaR y el Asesor Jurídico, Dr. Fernando Rovira, concordaron en lo problemático de admitir una objeción de conciencia institucional, ya que las

instituciones carecen de conciencia, siendo los trabajadores de la salud quienes tienen derecho a proteger sus conciencias. Pero el diputado Gerardo Amarilla opinó de diferente manera, planteando que si bien una institución no tiene conciencia “hay conciencia de ciudadanos que se asocian a determinadas instituciones porque tienen ciertos idearios y principios” (Comisión Especial con la finalidad de tratar los proyectos vinculados a la interrupción voluntaria del embarazo (Comisión IVE), Versión Taquigráfica N° 1247 de 2012).

Sin embargo, como plantea (Frances Kissling, 2003), el comportamiento de, por ejemplo, los hombres y mujeres católicas difiere considerablemente con respecto a los lineamientos de la iglesia, esto es evidente con respecto al uso de la anticoncepción. Kissling además cuestiona qué intereses realmente defienden los obispos y sacerdotes cuando reclaman que no se legisle con respecto al aborto, ya que muchas de las mujeres que recurren a los abortos clandestinos en países latinoamericanos son católicas. Como plantea Lonel Briozzo “los servicios de salud sexual y reproductiva integrales, incluyendo la interrupción voluntaria del embarazo, son eventos que pueden transcurrir en la peripecia vital de cualquier mujer a lo largo de toda su vida” (Comisión IVE, Versión Taquigráfica N° 1231 de 2012).

Al respecto Alejandra López Gómez señaló que las instituciones no deberían ser eximidas de cumplir una ley que se aplica en todo el territorio nacional y que deberían encontrarse los mecanismos para que todas las instituciones brinden los servicios de aborto a sus usuarias (Comisión IVE, Versión Taquigráfica N° 1231 de 2012). Además, Fernando Rovira señaló que “no se puede imponer un ideario institucional a la conciencia de los trabajadores” (Comisión IVE, Versión Taquigráfica N° 1231 de 2012); es decir, la razón de ser de la objeción de conciencia es resguardar la integridad moral de los individuos, con la objeción de ideario institucional se le permite a una institución avasallar esa integridad moral individual.

Ante este planteo, el diputado Amarilla consideró que la negativa por parte de una institución a realizar abortos “no estaría violentando la conciencia de los médicos” (Comisión IVE, Versión Taquigráfica N° 1231 de 2012). Esta afirmación desconoce lo que plantea Harris (2014, p. 23): “la conciencia se materializa cuando alguien presta servicios de aborto y no solo cuando se niega a prestarlos”. Este discurso se repitió en la Cámara de Representantes cuando el diputado Javier García alegó que la existencia de la objeción de conciencia significa que el aborto es en sí un acto en contra de principios éticos (Diario de Sesión n° 52, Cámara de Representantes, p. 51). De esta manera niega dos cuestiones que Harris (2009, p. 25 y 26)

plantea con claridad: la primera que “los prestadores también tienen un sustento moral para hacer su trabajo”; y la segunda que “la objeción de conciencia siempre tiene consecuencias”.

Por otro lado, en algunas intervenciones en el parlamento se puede vislumbrar la mala interpretación del derecho a la objeción de conciencia. Por ejemplo, legisladores que se posicionaban en contra de la legalización del aborto plantearon su apoyo a los artículos sobre objeción de conciencia “ante la inevitabilidad de que este proyecto de ley se apruebe” (Sesión Extraordinaria n° 61, Cámara de Senadores, p. 159; Sesión Extraordinaria n° 52, Cámara de Representantes). Según Leonel Briozzo, esta confusión se vio reflejada en la implementación de la ley “al comenzar la implementación nos dimos cuenta de que había una confusión increíblemente generalizada con respecto a la objeción de conciencia, a la desobediencia civil, y a otro tipo de falsas objeciones de conciencia” (Comisión de Salud Pública y Asistencia Social, Versión Taquigráfica N° 1601 de 2013). Es posible que, ante la legalización del aborto, los actores en contra de este derecho, hayan visto en la objeción de conciencia una herramienta para pelear en la arena de la administración una batalla que se perdió en la arena política.

Posicionamiento de grupos feministas

Luego de la aprobación de la ley, se vio gran confusión con respecto a los alcances y el uso de la objeción de conciencia. Por ejemplo, algunos ginecólogos declaraban que no habían sido formados para acompañar a mujeres en situación de aborto o que otras tareas relacionadas a su labor tienen un rédito económico que la IVE no (*La Diaria*, 24/09/2015). Ante estas declaraciones, Liliana Abracinskas, directora de MYSU, consideró oportuno que los médicos fundamenten su objeción frente a un tribunal, ya que estas razones no justifican el uso de la objeción de conciencia.

Además, el fallo del TCA fue cuestionado por organizaciones feministas, ginecólogos a favor de aplicar la ley con compromiso de conciencia y la organización Iniciativas Sanitarias, una asociación civil constituida por un grupo de profesionales vinculados a la salud, que “diseñó una estrategia sanitaria con la intención de disminuir la mortalidad materna por aborto provocado en condiciones de riesgo” cuando aún no se aprobaba una ley que despenalizara el aborto (Rodríguez et al, 2006). Esta última organizó un “panel de alto nivel” acerca de la temática y mostró su preocupación con respecto a que los ginecólogos interpongan sus creencias a las pacientes y creen barreras para el acceso a los servicios de aborto (*La Diaria*, 31/10/2014). Coppola (2014, p. 271) señaló que el fallo de la TCA “puede ser jurídicamente admisible, pero es éticamente reprochable”, siendo dos los principales efectos negativos del

fallo: permite que los ginecólogos no respeten la autonomía de la mujer y “admite como legal una eventual omisión de asistencia”. Abracinskas coincidió en esto último, señalando que el fallo “pone a los profesionales por encima de los derechos de las mujeres” (*El Observador*, 22/08/2015). Además, Mariana Malet, abogada de la Facultad de Derecho de la Udelar, señaló, en línea con lo que dice la literatura internacional, que la objeción de conciencia tradicional es muy diferente a la objeción de conciencia en el ámbito de la salud, donde los ginecólogos poseen el monopolio de los servicios (*La Diaria*, 24/09/2015).

En particular, las organizaciones feministas observaron con preocupación el accionar de los ginecólogos de Salto. El departamento estuvo en el centro de la discusión una vez aprobada la ley de aborto, debido a que el 100% de los ginecólogos radicados en el departamento objetaron conciencia. Se advirtió por parte de diferentes actores la acción corporativa que los ginecólogos podrían estar adoptaron en este departamento (*El Observador*, 23/12/12; *El País*, 14/12/12). Se afirma en una publicación de MYSU del 08/04/2014 que “en algunas entrevistas a los ginecólogos de Salto apareció la idea de que la objeción fue una decisión colectiva”¹. Esto también se deja entrever en declaraciones a la prensa, por ejemplo, una ginecóloga de Salto dice que: “se tendrá que derivar (a las pacientes), porque ningún ginecólogo en Salto hará abortos” (*El País*, 14/12/12). Estas acciones parecerían perseguir un fin político, el de bloquear la implementación de la ley. Mautone y Rodríguez (2013, p. 41) señalan que la objeción de conciencia no debe tener jamás como fin cambiar la norma, por lo tanto “no admite que los colectivos o asociaciones la invoquen”.

Desde los grupos feministas más institucionalizados, como MYSU o Cotidiano Mujer, ha persistido la preocupación con respecto a las barreras de acceso al aborto que puede generar el abuso de la objeción de conciencia. Mientras Cotidiano Mujer ha aportado a la discusión con Seminarios Internacionales sobre la temática, MYSU ha monitoreado la situación de los servicios de aborto y la accesibilidad. Es claro que el posicionamiento de los grupos feministas es el de preponderar el derecho de las mujeres a acceder de forma segura y eficiente a la salud sexual y reproductiva en todas sus formas, inclusive el aborto. Los altos niveles de objeción de conciencia dificultan este objetivo y las organizaciones son conscientes de ello.

¹ <https://mysu.org.uy/multimedia/mysu-en-medio/estudio-de-mysu-muestra-barreras-para-abortar-en-salto/>

Discusión en torno a la legitimidad de la objeción de ideario institucional

Como ya vimos, en la bibliografía sobre objeción de conciencia en el ámbito de la salud, es predominante la posición de que esta debe ser individual. Por un lado, se entiende que una institución no puede ejercer la objeción de conciencia, por el simple hecho de que no posee una (Alegre, 2009; Ariza Navarrete y Ramón, 2018; Chavkin et al., 2013; Dickens y Cook; 2000). Pero además, las consecuencias negativas del mal uso de la objeción de conciencia se agravan con la objeción de conciencia institucional (Cotidiano Mujer, 2017, p. 22). Sin embargo, en Uruguay se permitió que dos instituciones (el Hospital Evangélico y el Círculo Católico) se acogieran en la objeción de ideario institucional para no realizar abortos.

Quienes argumentan a favor de la objeción de conciencia institucional plantean que “la misión de una institución puede considerarse un equivalente de la conciencia individual de una persona natural” (Cotidiano Mujer, 2017, p. 20). Pero, como señala Adriasola (2013) los cuerpos legales artificiales no poseen una conciencia o “alma eterna” que pueda reclamar protección. Sin embargo, cuando una institución objeta la prestación de servicios de aborto, no permite a los profesionales que allí trabajan ejercer su profesión con compromiso de conciencia. Por ende, la objeción de ideario institucional limita paradójicamente el derecho a la libertad de conciencia de los médicos.

Es más, según declaró el gerente general del Hospital Evangélico “cerca de la mitad de los médicos y socios de la mutualista no son cristianos” (*El Observador*, 22/10/2012). Además, se debe tener en cuenta que no hay un discurso único en la comunidad religiosa, como lo demuestra la organización Católicas por el Derecho a Decidir. Por lo que es legítimo cuestionarse qué intereses defienden quienes abogan por la objeción de ideario institucional. Como plantea Kissling (2003, p. 25), “la gran mayoría de hombres y mujeres católicas están usando los métodos anticonceptivos que la Iglesia condena”, lo que deja en evidencia que la posición de líderes religiosos de estas instituciones en contra de los derechos sexuales y reproductivos no representa a los católicos en general.

Por lo dicho anteriormente es claro que la objeción de conciencia institucional significa una contradicción ética, “una contradicción a la naturaleza del derecho” (Cotidiano Mujer, 2017, p. 18), además de un problema a la hora de implementar las políticas de salud sexual y reproductiva. Sin embargo, reconocer la objeción de conciencia institucional “podría ser políticamente estratégico” en la medida en que existan suficientes instituciones para absorber los servicios de aborto (Cotidiano Mujer, 2017, p. 21). Conceder estas excepciones pudo haber

ahorrado dilataciones por enfrentamientos y negociaciones con las instituciones involucradas, que en el caso de Uruguay son solo dos. Sin embargo, debe tenerse en cuenta que el reconocimiento de la objeción de ideario institucional sienta un precedente peligroso en un continente donde la mayoría de los países no cuentan con el grado de secularización y laicidad del Uruguay y “reducir el número de instituciones y de prestadores representa un costo muy alto para las mujeres” (Cotidiano Mujer, 2017, p. 19).

Por otro lado, se debe tener en cuenta que la atención que reciben las mujeres en las instituciones que son abiertamente contrarias a los derechos sexuales y reproductivos podría no ser la adecuada. Esto queda en evidencia en una declaración a la prensa donde se afirma que en la policlínica que asesoraba sobre abortos en el Círculo Católico “se busca que esto (el asesoramiento sobre aborto) signifique una ‘oportunidad’ para hacerlas cambiar de opinión, de 16 casos recientes 15 decidieron tener al bebé” (*El País*, 7/10/2012). Estos datos exceden por mucho el porcentaje de mujeres que deciden continuar el embarazo una vez implementada la IVE, que es de un 6% a nivel nacional.² Lo anterior podría sugerir que, si dichas instituciones tuvieran a su cargo servicios de aborto, éstos no serían dirigidos de forma correcta y no se respetaría la autonomía de las pacientes. Por lo que, si bien no permitir la objeción de conciencia institucional es recomendable, esto debería ir acompañado de otras medidas, si lo que se busca es garantizar que los derechos de las pacientes no sean vulnerados.

La tercerización de los servicios de aborto por parte de las mutualistas que objetaron ideario institucional fue tema de discusión. Legisladores plantearon que al coordinar con el Ministerio de Salud Pública la derivación de las pacientes las instituciones estarían igualmente “por vía tercerizada, practicando algo que va en contra de su ideario.” (Diario de Sesión nº 52, Cámara de Representantes, p. 206-207). Mientras, un legislador planteó que al excepcionar a las instituciones de la prestación “probablemente tres meses más tarde diría que se le borran las mujeres y prefiere tercerizar el servicio o tratar de encontrar la forma de solucionar el problema” (Diario de Sesiones de la Cámara de Senadores, 61ª sesión extraordinaria, p. 118). Se debe señalar que la discusión se centró en los problemas prácticos que podrían surgir para las instituciones y no en la vulneración de los derechos de las pacientes, que podrían no acceder a los servicios en tiempo y forma, o ver vulnerado su derecho a la confidencialidad.

² MYSU, Aborto. <https://www.mysu.org.uy/web/que-hacemos/observatorio/datos-oficiales/indicador-de-salud-sexual-y-reproductiva/aborto/>

Este conflicto estuvo también presente en el debate público, el Círculo Católico tuvo la intención de “buscar alternativas” a la tercerización del servicio, ya que sus dirigentes señalaron que tercerizar la prestación sería como hacerlo ellos mismos (*El Observador* 6/12/2012). Ante el planteamiento de la mutualista de permitir a las mujeres que así lo desearan cambiarse de prestador como alternativa a la tercerización, el MSP fue firme con la posición de que los servicios debían ser tercerizados y el derecho de las mujeres debía ser respetado (*El Observador* 6/12/2012).

CAPÍTULO 3: La objeción de conciencia como problema de implementación de políticas públicas de aborto

Como se planteó en el apartado teórico, lo complejo de la realidad social hace que los problemas de implementación que enfrentan las políticas de aborto dependen de diferentes factores, tanto institucionales, como no institucionales. En esta monografía he priorizado dos: la estigmatización de los servicios de aborto y la regulación de la objeción de conciencia. El modelo regulatorio que un país decide adoptar con respecto a la objeción de conciencia al aborto tiene consecuencias prácticas a la hora de implementar las políticas y puede afectar la efectividad de las mismas.

Sin embargo, también es un hecho que bajo un mismo sistema regulatorio se pueden obtener diferentes resultados. El caso de Uruguay es ejemplo de ello, donde el número de objetores ha variado de un 30% a un 100%, según la región. Como consecuencia de ello, mientras en algunas regiones del país las mujeres no encuentran barreras importantes a la hora de acceder al aborto legal, en otros deben viajar largas distancias, sus derechos de confidencialidad son vulnerados y los tiempos dilatados (MYSU, 2014; MYSU, 2017). Esta concentración territorial de ginecólogos objetores, podría responder a la estigmatización de los servicios de aborto.

Regulación de la objeción de conciencia, ¿Qué camino tomó Uruguay?

Como fue expuesto en el apartado teórico, los autores Marcelo Alegre y Sonia Ariza han desarrollado los diferentes modelos regulatorios que se pueden aplicar con respecto a la objeción de conciencia. Mientras Ariza (2019) plantea los modelos de: la admisibilidad protegida, la inadmisibilidad y la aceptación condicionada, Alegre (2009; 2014) los denomina como estrategias: la permisiva o libertarista, la conciliadora o de derivación y la estrategia de la igualdad. En Uruguay diferentes actores han abogado por diferentes modelos regulatorios, y, como lo muestra la discusión plasmada en el capítulo anterior, estos modelos varían según los derechos que se buscan priorizar.

Las organizaciones feministas fueron las principales cuestionadoras del uso de la objeción de conciencia y a través de informes y seminarios han puesto de manifiesto las barreras que genera en el acceso a los servicios de aborto. Si bien en los dos seminarios regionales que Cotidiano Mujer organizó (2014; 2017) fueron tratados tanto los límites, como la legitimidad en sí, del

uso de la objeción de conciencia en el área de la salud, las posiciones a favor de un modelo de inadmisibilidad son marginales. En Uruguay, nunca estuvo sobre la mesa la posibilidad de negar el uso de la objeción de conciencia en la salud.

Pero tanto las organizaciones feministas, como la organización Iniciativas Sanitarias, han defendido un modelo que podría clasificarse dentro de “la estrategia de la igualdad” planteado por Alegre (2009). Como plantea el autor, esta estrategia de la igualdad tiene en cuenta ambas partes, el derecho de los objetores, pero también de quienes se ven afectados por la objeción, en este caso las mujeres, que tienen derecho a “no verse forzadas a someterse a los valores religiosos o morales de otra persona” (Alegre, 2009, p. 19). Tanto MYSU como Iniciativas Sanitarias han planteado que la regulación de la objeción de conciencia en Uruguay, particularmente luego del TCA, prioriza la conciencia de los ginecólogos sobre la conciencia de las pacientes (*El Observador*, 22/08/2015; *La Diaria*, 31/10/2014).

Otras dos características de “la estrategia de la igualdad” son que: “prioriza el acceso como pre-condición para el ejercicio de la objeción de conciencia” y señala la necesidad de tener un registro de objetores (Alegre, 2009, p. 22). Contrario a esto, los ginecólogos que presentaron la demanda de nulidad frente al TCA, abogaban por un modelo “libertarista” o de “admisibilidad protegida”. En este sentido se opusieron al registro de objetores y a cualquier limitación a su potestad de objetar conciencia. También, en las declaraciones realizadas en la prensa por médicos contrarios a la IVE, y que fueron previamente recogidas, se puede encontrar una defensa a este modelo. Por ejemplo, en palabras de Justo Alonso, catedrático grado cinco: “el médico puede tener todo el derecho de decir: ‘no, yo a esto no me dedico, vaya a ver a otro’” (*El País*, 12/02/2013), defendiendo por tanto un paradigma de libre mercado, donde la paciente tiene que seguir buscando un médico dispuesto a ofrecer la prestación (Alegre, 2014).

Efectivamente, el modelo regulatorio al que se llegó en Uruguay no corresponde a ninguno de estos enfoques mencionados, sino a un enfoque intermedio, que podría clasificarse dentro del enfoque de “derivación”. Como su nombre lo indica, se trata de conciliar el derecho a la objeción de conciencia de los profesionales y el derecho al acceso a los servicios de aborto de las pacientes, a través de la obligatoriedad de la derivación. Como señala Alegre (2014), la falencia de este modelo es que presupone que el acceso está garantizado y subestima la relación de poder médico-paciente. En Uruguay, se debe derivar a las pacientes que solicitan un aborto, pero este deber ha recaído, sobre todo, en las instituciones. En la práctica, los médicos pueden

negarse a prestar servicios de aborto inclusive cuando no hay un médico no objetor disponible en la institución, lo que ha derivado en consecuencias negativas para las usuarias.

La concentración territorial de los ginecólogos objetores y la estigmatización de los servicios de aborto

Harguindéguy (2013) advierte que las variables no institucionales son igual de importantes que las institucionales a la hora de implementar políticas públicas. Si bien en Uruguay el sistema de salud cuenta con la accesibilidad y la infraestructura suficiente para aplicar políticas de salud sexual y reproductiva, como plantea Grindle (2009, p. 37), “hasta las políticas bien diseñadas y bien intencionadas salen mal cuando se realizan esfuerzos para ejecutarlas en contextos económicos, políticos y sociales que son hostiles al cambio”. Un factor no institucional fundamental pudo haber sido pasado por alto a la hora de formular y reglamentar la IVE: la estigmatización de los servicios de aborto.

Si bien Briozzo advertía los problemas que enfrentaría la reglamentación del aborto en lo que respecta al acceso de las mujeres que viven en pueblos alejados “donde a veces cuentan con un médico una vez por semana” (*El Observador*, 18/12/2012), se pasó por alto un problema aún mayor: que ese único ginecólogo no estuviera dispuesto a prestar los servicios de aborto. Según la ginecóloga Marie González el aborto “es una práctica que nadie quiere hacer porque no es prestigiosa” (*El Observador*, 18/12/2012).

Además, fuentes médicas declararon a la prensa que la objeción generalizada en el litoral del país se debía a que la práctica del aborto “socialmente te estigmatiza, te expone a complicaciones y no tiene ninguna protección” (*El Observador*, 29/12/2012). En la literatura sobre implementación de políticas públicas, cuando se habla de actores que buscan evadir costos bloqueando políticas que consideran desfavorables, comúnmente se piensa en costos económicos. En el caso del aborto, no obstante, el costo de la estigmatización es lo suficientemente perjudicial para que los ginecólogos quieran evadirlo.

Como fue señalado en el apartado teórico, los autores Link y Phelan (2001) han puesto en el centro de la discusión el poder a la hora de desarrollar el concepto de la estigmatización. Los profesionales médicos se encuentran en una posición de poder, porque poseen un saber legitimado y el monopolio de la práctica médica. Los autores plantean que la persistencia de los estigmas se debe precisamente a que los actores en posiciones de poder pueden “reinventar”

los mecanismos de control, si ya no pueden hacer uso de un mecanismo como la ilegalidad, otros pueden ser inventados, por ejemplo, la objeción de conciencia corporativa o institucional.

Estas prácticas a su vez provocan fenómenos como la “paradoja de la prevalencia” (Kumur et al. 2009). El hecho de que el 100% de los ginecólogos decidieran objetar conciencia en forma colectiva refuerza los estigmas hacia las mujeres que abortan y refuerza la percepción de que el aborto es una práctica menos habitual de lo que realmente es. Parte del fenómeno del estigma es la discriminación, y la objeción de conciencia generalizada, que sucedió en algunas partes del país, genera lo que Link y Phelan (2001) llaman discriminación institucional. Es decir, no hace falta que haya una discriminación directa de una persona hacia otra, porque las instituciones en sí se vuelven discriminadoras. El hecho de que las mujeres que deciden abortar tengan que trasladarse fuera de su localidad o departamento para acceder a un servicio de salud al que tienen derecho les genera dificultades y desventajas. Si bien varios actores, como las organizaciones feministas, la organización Iniciativas Sanitarias y ginecólogos comprometidos con la prestación de servicios de aborto a conciencia, fueron fundamentales a la hora de impulsar la implementación efectiva y eficiente de la IVE, la concentración territorial de actores interesados en frenar la implementación de la ley fue y es una problemática importante (MYSU 2014, MYSU 2017, MYSU 2021).

Grindle (2009, p. 46) se pregunta si los hacedores e implementadores de políticas pueden tomar acciones para alterar el contexto en el cual la política son aplicadas. Link y Phelan (2001) plantean que para modificar los estigmas y sus consecuencias negativas se debe apuntar a las causas del estigma. Estas causas son las creencias y actitudes de los grupos poderosos, pero cuando estas no pueden ser modificadas, al menos su poder para imponer estas creencias debe ser limitado.

Cómo la regulación de la objeción de conciencia y la estigmatización de los servicios de aborto afecta la implementación de las políticas públicas de aborto

Como señaló la entonces Senadora Constanza Moreira, el proyecto de la ley de aborto fue un primer paso, la reglamentación e implementación de la política es lo que haría efectivo el derecho de las mujeres al aborto seguro. (Diario de sesión nº 47, Cámara de Senadores, p. 225). Como señala Grindle (2009), si bien, comúnmente, se da por sentado que los conflictos políticos entre “ganadores y perdedores” son resueltos en el proceso de elaboración de las políticas, la realidad es que muchos de estos conflictos surgen nuevamente en la etapa de

implementación. Como vimos, el problema del enfoque de la derivación a la hora de reglamentar la objeción de conciencia es que da por sentado que el acceso a los servicios de aborto está garantizado. Ese es el principal problema de implementación al que se enfrentó la política de aborto en Uruguay, en diferentes puntos del país, el 100% de los ginecólogos objetaron conciencia. Por lo que el acceso no se vio garantizada, al menos no respetando íntegramente el derecho de las pacientes.

Las soluciones que se fueron encontrando, y que no estaban planificadas de antemano, no cuestionaron la forma en que estaba siendo utilizada la objeción de conciencia en estas localidades. Sin embargo, las consecuencias de dichos imprevistos recayeron sobre las pacientes, que debieron trasladarse para acceder a los servicios de aborto, a veces a ciudades cercanas, pero muchas otras debieron viajar desde ciudades del norte del país hasta la capital (MYSU, 2014). Por lo que la objeción de conciencia generalizada generó daños a las pacientes, pero además, saturación de los servicios y costos (debido a los traslados) que no estaban previamente planificados y debieron ser absorbidos por la administración.

Si se piensa en los términos de Signé (2017) y los factores que según la autora pueden conllevar el fracaso de una política, el tener los recursos suficientes para la correcta implementación de una política es una precondition para el éxito de la misma. Por lo que la estigmatización de los servicios de aborto es un fenómeno a tener en cuenta, ya que afecta los recursos humanos disponibles, reduciendo la oferta de servicios, sobrecargando a los servicios existentes y dilatando los tiempos de espera y la calidad de atención que reciben las usuarias (Ariza Navarrete, 2019; Autorino et al. 2018; Bo et al., 2015).

Otro factor que Signé señala es el de la discrecionalidad de los “burócratas de campo”. En el caso de la implementación de la IVE en Uruguay, la discrecionalidad de los implementadores en la primera línea (los ginecólogos) fue considerable. Como ya vimos la objeción de conciencia fue aceptada sin contrapartida, incluso cuando las pacientes y los servicios se vieron afectados. Por otro lado, Signé (2017) plantea que la ambigüedad de las políticas es otro factor que puede derivar en el fracaso de éstas. Si bien el Decreto N° 375/012 en su artículo 20 indica que todas las mutualistas deben brindar servicios de aborto, la realidad es que en algunas mutualistas estos servicios no funcionaron por mucho tiempo, inclusive no funcionan correctamente hoy en día (MYSU, 201; MYSU, 2015; MYSU, 2021).

Según Signé, cuando los niveles de ambigüedad y conflictos son altos, el éxito o fracaso de la política depende de la “fuerza de la coalición”. En el caso bajo estudio, es posible que en los

departamentos del interior donde se vio un porcentaje alto de objetores de conciencia, la presencia de la iglesia y de los grupos pro-vida fuera mucho más fuerte que en otras regiones del país. Además, como señala Signé (2017), los “burócratas de campo” “no solo hacen lo que quieren [...] hacen lo que pueden”. Entonces, cuando los responsables de la implementación de las políticas se encuentran sin los recursos humanos suficientes para afrontar la implementación, buscan “soluciones” incluso cuando éstas no respetan las expectativas originales de los hacedores de las políticas. Esto se observa en el caso uruguayo en la necesidad de trasladar a pacientes a otros departamentos para acceder a los servicios.

Otro problema a analizar es el de la asimetría de poder, que no es solo observable en lo micro (la relación médico paciente), si no en lo macro. Como señala Grindle (2009, p. 38) “aquellos con más poder económico o político, capacidad organizacional, redes informales con las elites o estatus social llegan a tener mayor capacidad para exigir beneficios o evadir costos”. Engeli y Mazur (2018) también plantean que los grupos de interés tendrán la capacidad de influenciar el proceso de implementación en tanto tengan el poder para hacerlo. Más aún, indican que grupos políticamente establecidos, como las asociaciones médicas, suelen contar con mayor poder que los grupos que persiguen la igualdad de género. Esto último es importante, ya que la regulación de la objeción de conciencia que hoy tiene Uruguay acentúa la asimetría de poder entre los médicos, o las organizaciones médicas, y las organizaciones que puján por políticas que transformen las jerarquías de género, por ejemplo, los grupos feministas. En este sentido, Engeli y Mazur (2018) señalan que el proceso de empoderamiento de las políticas inclusivas es un componente clave para el éxito de las políticas de género. En Uruguay no parecería haberse dado ese empoderamiento en la fase de implementación.

A su vez, Engeli y Mazur (2018) plantean que la combinación de instrumentos utilizados al poner en marcha las políticas públicas de género es clave. Por ejemplo, una reglamentación que establezca mayores límites a la objeción de conciencia parece fundamental para lograr implementar de forma efectiva las políticas de salud sexual y reproductiva. Además, tanto los prestadores de servicios de aborto, así como las mujeres que deciden abortar, deben ser legitimados en sus prácticas y decisiones. Para ello una política de aborto debe contar, por ejemplo, con instrumentos simbólicos o “herramientas comunicativas” (Engeli y Mazur, 2018). Esta legitimación también podría darse a través de instrumentos de capacitación y aprendizaje, dirigido a los prestadores de servicios de salud sexual y reproductiva. La formación de las futuras generaciones de médicos debería ser la clave para mitigar los efectos adversos del abuso de la objeción de conciencia. Sin embargo, en Uruguay, no solo no hubo un cambio en la

currícula de los futuros ginecólogos, sino que muchos están siendo formados por jefes de cátedra objetores de conciencia.

Harguindéguy (2015, p. 87) señala que “el compromiso de los agentes involucrados en el programa es la piedra angular de cualquier proceso de implementación”, en el caso de las políticas de aborto, el compromiso de los ginecólogos es indispensable, ya que en la reglamentación uruguaya estos tienen el monopolio de la práctica. El autor advierte que “los actores poco motivados pueden frenar un proceso de implementación” (Harguindéguy, 2015, p. 82). Además, Pülzl y Treib (2007) señalan que los actores en la línea de implementación tienen sus propios objetivos políticos y utilizan la discrecionalidad que comúnmente poseen para perseguir esos objetivos. La regulación o mejor dicho la no regulación de la objeción de conciencia en Uruguay aumentó esa discrecionalidad. El accionar de los ginecólogos del departamento de Salto, por ejemplo, podría encuadrarse dentro de lo que Harguindéguy (2013, p. 84) denomina “el juego de la resistencia masiva”, que refiere al bloqueo de una política por parte de un colectivo de agentes que –siendo un eslabón importante en la cadena de implementación– consideran que la política a implementar va en contra de sus intereses. Debido a la débil regulación de la objeción de conciencia, en el caso de la implementación de la IVE estos actores claves no solo no estuvieron comprometidos con la política, si no que tuvieron una herramienta (la objeción de conciencia) y los medios (capacidad organizacional) para bloquear o al menos intentar bloquear una política con la que estaban en desacuerdo.

Grindle (2009, p. 41) se pregunta: “¿habría formas razonables de compensar a los perdedores, para que no se interpongan en el camino de una implementación efectiva de la política?” Se podría plantear que el reconocimiento en la ley uruguaya de la objeción de conciencia y la objeción de ideario institucional fue una forma de “compensar a los perdedores”. Como he planteado anteriormente, el reconocimiento de la objeción de conciencia puede ser políticamente estratégico, pero solo en la medida en que existan suficientes instituciones –y profesionales– para absorber los servicios de aborto (Cotidiano Mujer, 2017, p. 21).

Finalmente, no debe olvidarse que los médicos se encuentran en una posición de poder y que, como indica Waylen (2014), la forma que el cambio toma depende en parte de las posibilidades de veto que poseen los defensores del status quo. En el caso uruguayo, los ginecólogos son los únicos que pueden prestar servicios de aborto y se encuentran en la línea de implementación, por lo que tienen claramente un poder de veto más que considerable.

CAPÍTULO 4. Conclusiones Finales

Teniendo en cuenta las problemáticas que han surgido en diferentes partes del país al implementar la IVE, debido principalmente al uso de la objeción de conciencia y las consecuencias que esto ha generado, afectando negativamente a las mujeres que recurren a los servicios de aborto, es cuestionable el grado en que la política de aborto en Uruguay logró eliminar o disminuir las jerarquías de género, componente fundamental para considerar exitosa una política de este tipo (Engeli y Mazur, 2018). En parte, esto se debe a la poca atención que se le ha dado al fenómeno de la objeción de conciencia, a excepción de las organizaciones feministas. Así como éstas fueron pioneras en la instalación de la problemática del aborto en la agenda pública post-dictadura (Johnson et al., 2011), quizás lo estén siendo con respecto a la problemática de la objeción de conciencia y podamos ver en el futuro políticas dirigidas a mitigar, si no eliminar, las consecuencias negativas y discriminatorias que genera el mal uso de ésta.

Sin embargo, no se ve en el horizonte cercano un accionar político dirigido a disminuir el uso de la objeción de conciencia en el ámbito médico. Debe tenerse en cuenta que, siguiendo la experiencia de Italia, el uso de la objeción de conciencia puede no tender a la disminución, incluso podría aumentar. Por lo que es razonable la preocupación por la inexistencia de políticas con respecto a la temática. Incluso, los prestadores de salud pública (ASSE), en al menos tres ciudades del interior del país, no cuentan con ginecólogos no objetores (ver anexo 5).

Es claro que la regulación de la objeción de conciencia que se ha decidido adoptar en Uruguay es totalmente insuficiente ante las variadas situaciones que se viven en diferentes regiones del país. Además, con dicha regulación no se proyectó una disminución del uso de la objeción de conciencia a largo plazo. Si el aborto es un evento que puede sucederse en la vida de cualquier mujer, valdría la pena preguntarnos, ¿por qué se siguen formando médicos que se especializan en la vida sexual y reproductiva de las mujeres, pero que no están dispuestos, o sus creencias personales no les permiten, tratarlas ante la interrupción voluntaria de un embarazo?

La objeción de conciencia es legítimamente utilizada para proteger la libertad de conciencia de aquellos que podrían verse forzados a ir contra sus creencias, por ejemplo, siendo obligados a unirse al ejército. Sin embargo, una vez que se establece una ley en la que se reconoce el

derecho de las mujeres a decidir sobre la maternidad, a través de la práctica del aborto, y se determina que quienes tienen el saber y a quienes compete esta práctica es a los especialistas de la salud sexual y reproductiva de las mujeres, quienes deciden dedicarse a la ginecología deberían saber que esta práctica es parte de su trabajo y que, como en cualquier otra rama de la medicina, deben respetar la autonomía de sus pacientes.

Por último, si bien, siguiendo la literatura citada en este monografía, se podría inferir que el uso generalizado de la objeción de conciencia en el interior del país podría relacionarse con los estigmas o con el predominio de grupos contrarios a las leyes de aborto y con poder de veto en estas regiones, las razones concretas por la que los porcentajes de objeción de conciencia en estas partes del país son tan altas, es una interrogante que queda abierta.

Bibliografía

Adriasola, Gabriel (2012), “Aborto: el modelo de asesoramiento. El camino intermedio entre la liberalización y el sistema de permisos”, *Revista Médica del Uruguay*, 31 de marzo de 2012, 28 (1): 58-65. Disponible en: <http://revista.rmu.org.uy/ojsrmu311/index.php/rmu/article/view/364>

Adriasola, Gabriel (2013), “La objeción de conciencia y la interrupción voluntaria del embarazo ¿Cómo conciliar su ejercicio con los derechos de las usuarias?”, *Revista Médica del Uruguay*, 31 de marzo de 2013, 29 (1):47-57. Disponible en: <https://revista.rmu.org.uy/ojsrmu311/index.php/rmu/article/view/300>

Alegre, Marcelo (2009), "Opresión a conciencia: La objeción de conciencia en la esfera de la salud sexual y reproductiva", SELA (Seminario en Latinoamérica de Teoría Constitucional y Política) Papers. 66.

Alegre, Marcelo (2014), “¿Objeción u opresión a conciencia?”, *Objeción de Conciencia un Debate sobre la Libertad y los Derechos*, Cotidiano Mujer, Montevideo, p.17-22.

Aramberri, Mariano (2021), “La regulación de la objeción de conciencia en las normas despenalizadoras del aborto en Argentina y Uruguay”, *Revista de Derecho*, 20 (39): 37-51. Disponible en: <https://doi.org/10.47274/DERUM/39.3>

Ariza Navarrete, Sonia (2019), “La objeción de conciencia sanitaria: un estudio exploratorio sobre su regulación”, Universidad Nacional Autónoma de México - Instituto de Investigaciones Jurídicas.

Ariza Navarrete, Sonia y Ramón Michel, Agustina (2018), “Una vuelta de tuerca a la objeción de conciencia: una propuesta regulatoria a partir de las prácticas del aborto legal en Argentina”, CEDES e IPAS, Buenos Aires.

Asiain Pereira, Carmen (2013), “Comentario al proyecto de ley de reconocimiento de la libertad de conciencia e ideario”, *Revista de Derecho*, Universidad de Montevideo, nº 22:11-25. Disponible en: <http://revistas.um.edu.uy/index.php/revistaderecho/article/view/592>

Asiain Pereira, Carmen (2015), “Nota de jurisprudencia. Objeción de Conciencia. Tribunal de máximo rango anula con efectos generales y absolutos decreto que lo restringía”,

Revista de Derecho Público, 24 (48):147-180. Disponible en: <http://www.revistaderechopublico.com.uy/revistas/48/asiain.php>

Asiain Pereira, Carmen (2016), “Objeción de conciencia y libertad de conciencia. Normativa vigente en la salud en Uruguay”, *Revista de Derecho*, Universidad Católica del Uruguay, 10 (14). Disponible en: <https://doi.org/10.22235/rd.v0i14.1235>

Autorino, Tommaso, Mattioli, Francesco and Mencarini, Letizia (2018), “The Impact of Gynecologists' Conscientious Objection on Access to Abortion in Italy”, Carlo F. Dondena Centre for Research on Social Dynamics and Public Policy, Working Paper No. 119, Milan, Italy.

Bidegain, Germán (2007), “Fundamentos teóricos de los parlamentarios al legislar sobre el aborto. Estudio desde las corrientes liberal, comunitaristas y republicana”, *El aborto en debate. Dilemas y desafíos del Uruguay democrático Proceso social y político 2001-2004*, 99-118, Montevideo, MYSU.

Bo, Marco, Zotti, Carla Maria and Charrier, Lorena (2015), “Conscientious objection and waiting time for voluntary abortion in Italy”, *The European Journal of Contraception and Reproductive Health Care*, 20 (4): 1-11. DOI: [10.3109/13625187.2014.990089](https://doi.org/10.3109/13625187.2014.990089)

Bottinelli, Oscar (2010), “La opinión pública en los últimos quince años, la relación entre sistema político y opinión pública”, *El aborto en la opinión pública uruguaya*, Montevideo: MYSU, 13-29.

Briozzo, Leonel (2013), “La despenalización del aborto como estrategia hacia una práctica segura, accesible e infrecuente”, *Revista Médica del Uruguay*, 29 (2):114-117. Disponible en: <https://revista.rmu.org.uy/ojsrmu311/index.php/rmu/article/view/288>

Buquet, Daniel (2010), “La opinión de las elites”. *El aborto en la opinión pública uruguaya*, Montevideo: MYSU, 30-41.

Carril Berro, Elina y López Gómez, Alejandra (2008), “Entre el alivio y el dolor. Mujeres, aborto voluntario y subjetividad”, Montevideo: Trilce.

Castro, Alicia (2011), “Una mirada jurídica sobre el aborto. Normativa, dogmática y práctica judicial”, *(Des)penalización del aborto en Uruguay: prácticas, actores y discursos*, Montevideo: Universidad de la República (Udelar) y Comisión Sectorial de Investigación Científica (Csic).

Chavkin, Wendy, Leitman, Liddy and Polin, Kate (2013), “Conscientious objection and refusal to provide reproductive healthcare: a white paper examining prevalence, health consequences, and policy responses”, *International Journal of Gynecology and Obstetrics*, 123 (3): 41–56.

Chavkin, Wendy, Swerdlow, Laurel and Fifield, Jocelyn (2017), “Regulation of Conscientious Objection to Abortion: An International Comparative Multiple-Case Study”, *Health and Human Rights*, 19 (1):55-68. https://www.researchgate.net/publication/317703909_Regulation_of_Conscientious_Objection_to_Abortion

Clarke, Steve (2017), “Special Section: Conscientious Objection in Healthcare: Problems and Perspectives. Two Concepts of Conscience and their Implications for Conscience-Based Refusal in Healthcare”, *Cambridge Quarterly of Healthcare Ethics*, 26 (1):97 – 108. DOI: <https://doi.org/10.1017/S0963180116000670>

Comisiones Cámara de Representantes, Versión Taquigráfica N° 1231 de 2012, “Comisión Especial con la finalidad de tratar los proyectos vinculados a la interrupción voluntaria del embarazo Carpetas Nos. 851 de 2011 y 1354y 1428 de 2012”, Montevideo.

Comisiones Cámara de Representantes, Versión Taquigráfica N° 1247 de 2012, “Comisión Especial con la finalidad de tratar los proyectos vinculados a la interrupción voluntaria del embarazo Carpeta N° 1354 de 2012”, Montevideo.

Comisiones Cámara de Representantes, Versión Taquigráfica N° 1601 de 2013, “Comisión de Salud Pública y Asistencia Social S/C”, Montevideo.

Cóppola, Francisco (2013), “Interrupción voluntaria del embarazo y objeción de conciencia en Uruguay”, *Revista Médica del Uruguay*, 29 (1):43-46. Disponible en: <https://revista.rmu.org.uy/ojsrmu311/index.php/rmu/article/view/299>

Cóppola, Francisco (2014), “Conciencia y ética bajo el derecho administrativo”, *Revista Médica del Uruguay*, 31 de diciembre de 2014, 30 (4):270-272. Disponible en: <https://revista.rmu.org.uy/ojsrmu311/index.php/rmu/article/view/236>

Cóppola, Francisco, Briozzo, Leonel, Nozar, Fernanda, Fiol, Verónica y Greif, Diego (2016), “Objeción de conciencia como barrera para implementar la Interrupción voluntaria del

embarazo en el Uruguay: Variaciones en la actitud y comportamiento de los ginecólogos”, *International Journal of Gynecology and Obstetrics*, 134:16–19. (Traducción)

Cotidiano Mujer (1989), *Yo aborto, tú abortas, todos callamos*, Montevideo: Cotidiano Mujer.

Cotidiano Mujer (2014), *Objeción de conciencia. Un debate sobre la libertad y los derechos*, Seminario Regional, Montevideo: Cotidiano Mujer.

Cotidiano Mujer (2017), *¿Objeción de conciencia institucional? Impacto en la prestación de servicios de interrupción voluntaria del embarazo*, Segundo Seminario Regional Latinoamericano, Montevideo: Cotidiano Mujer.

Decreto de Sentencia No. 586 del 11.08.2015. <https://www.mysu.org.uy/wp-content/uploads/2012/10/FALLO-TCA.pdf>

Decreto N° 375/012 del 22.11.2012: Reglamentación de la Ley N.º 18.987. Uruguay: Sitio web IMPO, Normativa y Avisos Legales del Uruguay. <https://www.impo.com.uy/bases/decretos/375-2012#:~:text=La%20interrupci%C3%B3n%20del%20embarazo%20solo,el%20articulo%204%C2%B0%20b.>

Decreto N° 101/016 del 05/04/2016: Encomiendase al Ministerio de Salud Pública la Regulación de los aspectos del procedimiento previsto en la Ley 18.987 (Ley sobre Interrupción Voluntaria del Embarazo. Ley del aborto). Uruguay: Sitio web IMPO, Normativa y Avisos Legales del Uruguay. <https://www.impo.com.uy/bases/decretos/101-2016>

Diario de Sesión Cámara de Representantes, 52ª sesión extraordinaria. Montevideo, martes 25 de septiembre de 2012.

Diario de Sesiones de la Cámara de Senadores, 47ª sesión ordinaria. Montevideo, 17 de octubre de 2012.

Diario de Sesiones de la Cámara de Senadores, 61ª sesión extraordinaria, 27 de diciembre de 2011.

Dickens y Cook (2000), “Ethical and legal issues in reproductive health. The scope and limits of conscientious objection”, *International Journal of Gynecology & Obstetrics, Faculty of Law, Faculty of Medicine and Joint Center for Bioethics*, University of Toronto, Toronto, Canada.

Diniz, Debora (2014), “Voces y Textos”, *Objeción de Conciencia un Debate sobre la Libertad y los Derechos*, Cotidiano Mujer, Montevideo, 31-48.

Engeli, Isabelle y Mazur, Amy (2018), “Taking implementation seriously in assessing success: the politics of gender equality policy”, *European Journal of Politics and Gender*, 1 (1-2):111-129.

Fiala, Christian y Arthur, Joyce (2014), “‘Dishonourable disobedience’: Why refusal to treat in reproductive health care is not conscientious objection”, *Woman -Psychosomatic Gynaecology and Obstetrics*, 1: 12-23. <https://doi.org/10.1016/j.woman.2014.03.001>

Fiala, Christian, Gemzell Danielsson, Kristina, Heikinheimo, Osakari, Gudmundsson, Jens A. y Arthur, Joyce (2016), “Yes we can! Successful examples of disallowing ‘conscientious objection’ in reproductive health care”, *The European Journal of Contraception & Reproductive Health Care*, 21 (3):201-206. DOI: [10.3109/13625187.2016.1138458](https://doi.org/10.3109/13625187.2016.1138458)

Fiala, Christian and Arthur, Joyce (2017), “Refusal to Treat Patients Does Not Work in Any Country— Even If Misleadingly Labeled ‘Conscientious Objection’”, *Health and Human Rights Journal*, 19(2): 299–302. <https://www.researchgate.net/publication/322114794>

Goffman, Erving (2006), Traducción: Leonor Guinsberg, “Estigma: la identidad deteriorada”, Amorrortu Editores, Buenos Aires. Publicación original (1963).

Grindle, Merilee (2009), “La brecha de la implementación”, *Política pública y democracia en América Latina. Del análisis a la implementación*, México: Instituto Tecnológico de Estudios Superiores de Monterrey.

Hanschmidt, Franz, Hilbert, Anja, Riedel-Heller, Steffi and Kersting, Anette (2016), “Abortion Stigma: A Systematic Review”, *Perspectives on Sexual and Reproductive Health*, 48 (4):169-177. DOI: 10.1363/48e8516

Harguindéguy, Jean-Baptiste (2015), "Capítulo 5. La implementación como fase polémica", *Análisis de Políticas Públicas*, Madrid, Tecnos.

Harris, Lisa, Debbink, Michelle, Martin, Lisa, Hassinger, Jane (2011), “Dynamics of stigma in abortion work: findings from a pilot study of the providers share workshop”, *Social Science and Medicine*, 73 (7):1062-1070.

Harris, Lisa, Martin, Lisa, Debbink, Michelle and Hassinger, Jane (2013), “Physicians, abortion provision and the legitimacy paradox”, *Contraception*, 87 (1):11-16. DOI: [10.1016/j.contraception.2012.08.031](https://doi.org/10.1016/j.contraception.2012.08.031)

Harris, Lisa (2014), “La Conciencia y el Aborto, Acerca de los estigmas”, *Objeción de Conciencia: un debate sobre la libertad y los derechos*, Seminario Regional, Cotidiano Mujer.

Hernández, Roberto, Fernández, Carlos y Baptista, Pilar (2010), “Metodología de la investigación”, 5ª edición, México DF: McGraw Hill.

Javier, Juvenal (2013), “Reflexiones sobre la objeción de conciencia e ideario en el Uruguay a partir de las leyes 18.987 y 18.473”, *Revista de Derecho Público*, nº 43, 33-56, <http://www.revistaderechopublico.com.uy/revistas/43/archivos/Juvenal.pdf>

Johnson, Niki (2011), “El tratamiento de la despenalización del aborto en el ámbito político parlamentario”, *(Des)penalización del aborto en Uruguay: prácticas, actores y discursos*, Montevideo: Universidad de la República (Udelar) y Comisión Sectorial de Investigación Científica (Csic).

Johnson, Niki, López Gómez, Alejandra y Schenck, Marcela (2011), “La sociedad civil ante la despenalización del aborto: opinión pública y movimientos sociales”, *(Des)penalización del aborto en Uruguay: prácticas, actores y discursos*, Montevideo: Universidad de la República (Udelar) y Comisión Sectorial de Investigación Científica (Csic).

Johnson, Niki, Rocha, Cecilia, y Schenck, Marcela (2015), “La inserción del aborto en la Agenda político-pública uruguaya 1985-2013. Un análisis desde el Movimiento Feminista”, Montevideo: Cotidiano Mujer.

Kissling, Frances (2003), “El Rol de las Religiones en la Elaboración de Políticas Públicas”, Campaña por la defensa de la salud reproductiva en Uruguay, Edición a cargo de: Lilián Abracinskas – Alejandra López Gómez, Montevideo.

Kumar, Anuradha, Hessini, Leila and Mitchell, Ellen (2009), “Conceptualising abortion stigma”, *Culture, Health and Sexuality*, 11(6):625-39. DOI: 10.1080/13691050902842741

Ley N° 18.987 del 17.10.2012: Interrupción Voluntaria del Embarazo. Uruguay: Sitio web IMPO, Normativa y Avisos Legales del Uruguay. <https://www.impo.com.uy/bases/leyes/18987-2012>

Link, Bruce and Phelan, Jo (2001), “Conceptualizing stigma”, *Annual Review of Sociology*, 27 (6):363–385.

López Gómez, Alejandra (2016), “Profesionales de la salud y aborto en Uruguay Transiciones y disputas en el camino a su legalización (2000-2012)”, Montevideo: Biblioteca Plural, CSIC, Universidad de la República.

López Gómez, Alejandra y Couto, Martín (2017), “Profesionales de la salud, resistencia y el cambio en la atención a mujeres que deciden abortar en Uruguay”, *Descentrada*, 1 (2), Universidad Nacional de La Plata, Facultad de Humanidades y Ciencias de la Educación, Centro Interdisciplinario de Investigaciones en Género (CInIG).
<https://www.researchgate.net/publication/328768395>

Lozano, Fernanda, Fernández, Salomé y Rodríguez, Hugo (2007), “Muerte materna por aborto inseguro como falla del primer nivel de atención”, *Revista Médica del Uruguay*, 23 (4):271-272. Disponible en:
<https://revista.rmu.org.uy/ojsrmu311/index.php/rmu/article/view/606>

Mautone, Mariela y Rodríguez, Hugo (2013), “Objeción de conciencia en el ámbito de la salud”, *Revista Médica del Uruguay*, 29 (1):40-42. Disponible en:
<https://revista.rmu.org.uy/ojsrmu311/index.php/rmu/article/view/298>

Martin, Lisa, Hassinger, Jane, Seewald, Meghan and Harris, Lisa (2018), “Evaluation of abortion stigma in the workforce: Development of the revised Abortion Providers Stigma Scale”, *Women's Health Issues*, 28 (1):59–67. Disponible en:
<https://doi.org/10.1016/j.whi.2017.10.004>

Ministerio de Salud Pública (2016), “Manual de Procedimientos para el Manejo Sanitario de la Interrupción Voluntaria del Embarazo (IVE), según Ley 18987 del 17.10.2012, Segunda Edición Corregida”, Uruguay.

Ministerio de Salud Pública (2021), Dirección General de Secretaría. Ref. N° 001-1-2102-202, Montevideo. https://www.gub.uy/ministerio-salud-publica/sites/ministerio-salud-publica/files/2021-08/ilovepdf_merged%20%2871%29.pdf

Montano, Pedro (2017), “La objeción de conciencia como causa de justificación”, *Revista de Derecho*, 1 (15):113–142, Universidad de Montevideo.
<http://dx.doi.org/10.22235/rd.v1i15.1379>

Montano, Pedro (2016), “Objeción de Conciencia”, *Instituto Uruguayo de Derecho Penal*, Número 7. Disponible en: <https://publicaciones.fder.edu.uy/index.php/idp/article/view/171>

MYSU (2014a), “Estado de situación de la salud y los derechos sexuales y reproductivos en Uruguay. Asegurar y avanzar sobre lo logrado - Informe 2010-2014” del *Observatorio nacional en género y salud sexual y reproductiva*, Montevideo.

MYSU (2014b), “Estudio 2013-2014: Estado de situación y desafíos en aborto y salud sexual y reproductiva en el departamento de Salto”, *Observatorio nacional en género y salud sexual y reproductiva*, Montevideo.

MYSU (2015), “Informe sobre el estado de situación y desafíos en salud sexual y reproductiva y aborto en los departamentos de Paysandú, Río Negro y Soriano”, *Observatorio nacional en género y salud sexual y reproductiva*, Montevideo.

MYSU (2016a), “Informe sobre estado de situación de los servicios de salud sexual y reproductiva y aborto en las instituciones de salud de los departamentos de Florida, Maldonado y Rivera”, *Observatorio nacional en género y salud sexual y reproductiva*, Montevideo.

MYSU (2016b), “Informe sobre estado de situación de los servicios de salud sexual y reproductiva y aborto en las instituciones de salud de los departamentos de Rocha y Cerro Largo”, *Observatorio nacional en género y salud sexual y reproductiva*, Montevideo.

MYSU (2016c), “Informe sobre estado de situación de los servicios de salud sexual y reproductiva y aborto en las instituciones de salud en el departamento de Montevideo”, *Observatorio nacional en género y salud sexual y reproductiva*, Montevideo.

MYSU (2017), “Estado de situación de los servicios de salud sexual y reproductiva y aborto legal en 10 de los 19 departamentos del país - Sistematización de resultados Estudios Observatorio MYSU 2013-2017”, *Observatorio nacional en género y salud sexual y reproductiva*, Montevideo.

MYSU (2021), “Objeción de conciencia en cifras, datos de Uruguay al 2021”, *Observatorio nacional en género y salud sexual y reproductiva*, Montevideo.

Pülzl, Helga and Treib, Oliver (2007), “Implementing Public Policy”, *Handbook of Public Policy Analysis Theory, Politics, and Methods*, CRC Press Taylor & Francis Group, Boca Raton.

Ramón Michel, Agustina, Kung, Stephanie, López-salm, Alyse and Ariza Navarrete, Sonia (2020), “Regulating Conscientious Objection to Legal Abortion in Argentina: Taking into Consideration Its Uses and Consequences”, *Health and Human Rights Journal*, 22 (2):271-284.

Rodriguez, Fabián, Briozzo, Leonel, Vidiella, Gonzalo, Gorgorosa, Mónica, Fregeiro, Juan, Pons, José, Alonso, Justo (2006), “Policlínicas de asesoramiento de mujeres que desean la interrupción voluntaria del embarazo. Impacto en el descenso de la mortalidad materna”, *salud, género derechos sexuales y derechos reproductivos, avances en investigación nacional*, Cátedra Libre en Salud Reproductiva, Sexualidad y Género Facultad de Psicología (UDELAR) Universidad de la República, p. 281-288.

Rostagnol, Susana, Grabino, Valeria, Mesa, Serrana y Viera Cherro, Marianela (2011), “Transformaciones y continuidades de los sentidos del aborto voluntario en Uruguay: del ameu al misoprostol”, *IX Jornadas Nacionales De Debate Interdisciplinario En Salud y Población*, Buenos Aires.

Rostagnol, Susana (2014), “Aborto voluntario y relaciones de género: políticas del cuerpo y de la reproducción”, Biblioteca Plural, Universidad de la República (Udelar) y Comisión Sectorial de Investigación Científica (Csic), Montevideo.

Sarlo, Oscar (2011), “Aporte para la discusión del problema del aborto en Uruguay desde perspectivas jurídicas”, *(Des)penalización del aborto en Uruguay: prácticas, actores y discursos*, Universidad de la República (Udelar) y Comisión Sectorial de Investigación Científica (Csic), Montevideo.

Seewald, Meghan, Martin, Lisa, Echeverri, Lina, Njunguru, Jesse, Hassinger, Jane and Harris, Lisa (2019), “Stigma and abortion complications: stories from three continents”, *Sexual and Reproductive Health Matters*, 27 (3):75–85. DOI: [10.1080/26410397.2019.1688917](https://doi.org/10.1080/26410397.2019.1688917)

Selios, Lucía (2007), “La opinión pública, la democracia representativa y el aborto”, *El aborto en debate. Proceso social y político 2001-2004*, MYSU, Montevideo.

Serna Botero, Sonia, Cárdenas, Roosbelinda y Zamberlin, Nina (2019) “¿De qué está hecha la objeción? Relatos de objetores de conciencia a servicios de aborto legal en Argentina, Uruguay y Colombia”, *Sexualidad, Salud y Sociedad, Revista Latinoamericana*, 33:137-157.

Signé, Landry (2017), “Policy Implementation – A synthesis of the Study of Policy Implementation and the Causes of Policy Failure”, *OCP Policy Center*.

Szulik, Dalia y Zamberlin Nina (2020), “La legalidad oculta: Percepciones de estigma en los recorridos de mujeres que descubren y acceden a la interrupción legal del embarazo por causal salud”, *Sexualidad, Salud y Sociedad, Revista Latinoamericana*, 34 :46-67.

Vivas, María Mercedes, Valencia, Salomé, González Vélez, Ana Cristina (2016), “El estigma en la prestación de servicios de aborto: características y consecuencias. Hacia la protección de los profesionales de la salud”, *Grupo Médico por el Derecho a Decidir*, Colombia.

Waylen (2014), “Informal Institutions, Institutional Change, and Gender Equality”, *Political Research Quarterly*, 67(1) 212–223.

Prensa Escrita

El País, 07/10/12. “Ginecólogos del círculo no practicarán abortos”, Montevideo.

El País, 14/12/12. “En varios departamentos no habrá médicos para practicar abortos”, Montevideo.

El País, 15/12/2012. “Ginecólogos: mayoría de médicos de las cátedras hacen objeción”, Montevideo.

El País, 23/12/2021. “MSP hará campaña para convencer a médicos de practicar abortos”, Montevideo.

El País, 10/01/2013. “Planteo de objeción por escrito divide a ginecólogos”, Montevideo.

El País, 12/02/2013. “Aborto: médicos cuestionan que deba fundamentarse las objeciones”, Montevideo.

El Observador, 22/10/2012. “Médicos que no hagan abortos pueden ver frustradas sus carreras”, Montevideo.

El Observador, 6/12/2012. “MSP rechaza postura del Círculo Católico de no derivar abortos”, Montevideo.

El Observador, 10/12/2012. “Ya hay docentes con objeción de conciencia”, Montevideo.

El Observador, 12/12/2012. “Dos de las tres cátedras de ginecología rechazan el decreto del aborto”, Montevideo.

El Observador, 18/12/2012. “MSP cuestiona a los objetores de conciencia que no son ‘reales’”, Montevideo.

El Observador, 23/12/2012. “Círculo Católico derivara abortos al BPS y el Evangélico a Cosem”, Montevideo.

El Observador, 29/12/2012. “Sugieren cambios en normativa para limitar objeciones a aborto”, Montevideo.

El Observador, 04/01/2013. “Ginecólogos se niegan a justificar decisión de no realizar abortos”, Montevideo.

El Observador, 22/08/2015. “MSP reforzara el apoyo las mujeres que quieran abortar”, Montevideo.

La Diaria, 31/10/2014. “Con conciencia”, Montevideo.

La Diaria, 24/09/2015. “OC es un obstáculo a la aplicación de la IVE, sostienen autoridades y técnicos”. Montevideo.