

Información sanitaria y objeción de conciencia frente al aborto

Autora: Soledad Deza¹

Para escribir este artículo me impulsó, además de que ha sido tema de mi tesis de maestría, el artículo titulado “¿Qué es la objeción de conciencia?” que publicó en este mismo medio Pedro J. Montano analizando el caso de Uruguay. Me permitiré humildemente discrepar con alguna de sus postulaciones, en especial con aquella en la que intenta justificar que la obligación de brindar información sanitaria puede ser declinada usando la objeción de conciencia².

La objeción de conciencia nació como una herramienta destinada a proteger a minorías atribuladas que, en el juego democrático de mayorías, se encontraban ante la encrucijada moral que presentan el cumplimiento leyes injustas o inadecuadas con los rectos mandatos de la creencia propia o de cargas públicas reñidas con profundas convicciones personales³.

Sin embargo, en la actualidad la objeción de conciencia parece haber mutado en su esencia y principalmente en cuestiones que involucran derechos sexuales, reproductivos y no reproductivos, funciona más como una espada que como un escudo⁴. O lo que es igual, como un salvoconducto que en los hechos, termina por indisponer derechos de unas para proteger los derechos de otros/as.

1.- Posicionamientos ideológicos de la objeción de conciencia frente al aborto

Cuando hablamos de aborto, existe una tendencia generalizada desde sectores conservadores, preferentemente católicos de nuestra sociedad y de Latinoamérica en general, a promover determinados posicionamientos afincados en dogmas religiosos, con varios propósitos: convencer a médicos/as de objetar de conciencia toda práctica que tenga que ver con la interrupción de un embarazo, disuadir a los poderes públicos de implementar las políticas públicas que faciliten el acceso a la práctica y a la opinión pública, para que condene socialmente a la mujer que aborta⁵

Sin entrar a analizar su acierto, entiendo que conviene sincerar ciertas posturas como ideológicas –aclarar desde donde se habla- para que algunas afirmaciones no se pretendan “neutrales” a la hora de “construir” el derecho como práctica discursiva que es.

¹ Abogada egresada de la Universidad Nacional de Tucumán. Magister en “Género, Sociedad y Políticas” (FLACSO). Directora del Centro de Estudios de Género de la Universidad San Pablo T de Tucumán y Coordinadora Académica de la Plataforma de Género y Salud de la Organización Panamericana de Salud (OPS).

² Gran parte de los argumentos acá utilizados forman parte de mi tesis de maestría “Objeción de conciencia frente al aborto: creencias propias, violencias ajenas” (inédita). Y algunos de los argumentos acá utilizados, forman parte de un trabajo titulado “Objeción de conciencia en Uruguay: una decisión peligrosa” que se encuentra en prensa en la “Revista de Derecho de Familia Abeledo Perrot”, para el año 2015.

³ **Nussbaum**, Martha (2009) “Libertad de Conciencia. Contra los fanatismos”. Ed. Tusquets. España.

⁴ Expresión utilizada **por Mónica Roa**. Activista del Proyecto LAICIA de Colombia

⁵ **Deza**, Soledad (2014) “Objeción de conciencia frente al aborto en Tucumán: herramienta de mayorías” en “Jaque a la Reina. Salud, autonomía y libertad reproductiva en Tucumán”. Ed. Cienfuegos. Bs. As.

Con fundamento en dogmas religiosos exclusivos de su propio credo, desde sectores conservadores institucionalizados y no institucionalizados -de culto católico principalmente-, se alienta abiertamente a médicos y médicas la objeción de conciencia en materia de aborto. La posición de la Iglesia católica a todo aquello que suponga una intervención en los procesos de la vida nace, para Marta Lamas⁶, del dogma religioso de que la mujer y el hombre no dan la vida, sino que son depositarios de la voluntad divina. De ahí que la religión católica considere que desde el momento de la fecundación, el ser humano en formación tienen plena autonomía de la mujer, cuyo cuerpo es un “mero instrumento divino”; y por eso cree también que, desde ese mismo momento, el producto en formación es alguien absolutamente equiparable al ser humano nacido, pues desde el primer instante tiene “alma”.

Sin embargo, la santidad de la vida humana no es absoluta ni siquiera para quienes profesan la religión católica. Por eso es importante la honestidad de quienes utilizan argumentos religiosos, puesto que cuando no conformen criterios válidos para definir jurídicamente inicio de vida⁷ o para legalizar cursos terapéuticos de acción en casos de aborto, su difusión errada puede confundir a los/as operadores de la salud que son actores estratégicos en la problemática. En esta línea, por ejemplo, no es verdad que desde la religión católica deba un médico elegir la vida del feto por sobre la de la mujer⁸ cuando se presenta el dilema y la doctrina conocida como “del doble efecto”, contraría esta afirmación al autorizar en determinados casos a terminar un embarazo.

Desde la Filosofía, Ortiz Millán enfatiza acerca de la moralidad del aborto que si bien es posible afirmar que “todos estamos de acuerdo en que matar un ser humano inocente es un acto inmoral, no todos estamos de acuerdo sobre si el feto es un ser humano con todos los derechos, dignidad y valor que tienen los seres humanos ya nacidos”⁹. Esto resulta consistente con la idea de que los juicios morales que se efectúen acerca de la moralidad del aborto, dependerán de los acuerdos que se logren respecto de qué es un ser humano y cuándo una vida humana tiene valor o es valorable en sí misma.

Si bien estas discusiones acerca de qué argumentan quienes objetan de conciencia pueden no ser necesarias a los fines de su procedencia formal, es útil repasarlas para no dar por

⁶ Lamas Marta (2003) “Aborto, derecho y religión en el siglo XXI”. En “Debate Feminista”. Año 14. Vol 27. Abril, México D.F. Pág. 139-164.

⁷ CIDH (2012) Caso “Artavia Murillo vs. Costa Rica” Sentencia del 28/11/2012.

⁸ Montano, Pedro (2015) “Qué es la objeción de conciencia?”. Rev. Pensamiento Penal. Disponible en <http://www.pensamientopenal.com.ar/doctrina/40621-es-objecion-conciencia>

⁹ Ortiz Millán, Gustavo (2009) “La moralidad del aborto”. Ed. Siglo XXI. Ortiz Millán aborda el tema de la moralidad del aborto y enfatiza que ni la pertenencia a una especie determinada como puede ser la *homo sapiens*, ni el hecho de poseer un código genético determinado significa algo más que datos fácticos o “meros hechos biológicos” (p. 50) que por su sola existencia y constatación no logran ser susceptibles de valor alguno por sí mismos. Lo mismo ocurre con la idea de potencialidad del huevo o cigoto, que de entrada descarta la existencia actual de una vida moralmente relevante precisamente en virtud de esa potencialidad que permite a una célula “convertirse en una persona o no convertirse en nada” (p. 51). Si bien la ciencia no puede decirnos qué es una persona, sí puede aproximarnos a la idea de cuándo un organismo con vida tiene características computables bajo la idea de personalidad. La idea de una vida moralmente relevante está dada según este autor, por la posibilidad que tiene un organismo o entidad autónoma de que se le “atribuyan predicados psicológicos o mentales como la capacidad de sentir frío, dolor, placer o calor” (p. 53), respecto de lo cual existe consenso mayoritario científico que sólo ocurre luego del primer trimestre del embarazo.

sentadas posiciones que por ser quizás mayoritarias en nuestras sociedades conservadoras o por encontrarse fuertemente arraigadas en el entramado de saberes que informan las cuestiones de aborto y acceso a la salud, se presentan a veces como indiscutibles.

Para Diaz Amado¹⁰, dado que el contenido de una moral establecida no es compartido por todos, para el ámbito de las cuestiones públicas las afirmaciones de contenido moral deben traducirse en argumentos que puedan ser captados por quienes no acepten, comparten o entienden dicho contenido. La religión, por ello, no puede funcionar como un argumento válido para establecer consensos morales. Este autor sostiene que *“Las convicciones con contenido sólo funcionan sin necesidad de justificación al interior de un mundo moral privado que, al pretender funcionar igual en el ámbito general plural, sólo pueden lograrlo incurriendo en heteronomía, que no es propiamente el ideal que perseguimos hoy en el terreno de lo moral”*.

Sólo el “pluralismo moral” permitirá al derecho establecer convenciones acerca de cuándo una cuestión deja de ser solamente una opción moral puesto que “...la laicidad del estado y del derecho moderno, no pueden privilegiar a ninguna de las diversas concepciones morales que conviven en una sociedad al punto de prohibir un determinado comportamiento solo porque algunos aunque sean la mayoría, lo consideren pecado”.¹¹

Mostrar a la mujer abortante la ecografía, hacerle escuchar los latidos del feto, considerar a éste último como paciente, emitir juicios de valor sobre la decisión de abortar o negarse a derivar¹², apelando a la objeción de conciencia, implica aceptar la posibilidad de que un profesional de la salud pueda “exportar” su propia cosmovisión moral/religiosa hacia la esfera íntima de la paciente. Y además de proyectar un mal uso –o un abuso- de esta herramienta, esa objeción se evidencia como un accionar “inmoral”, puesto que intentaría universalizar una norma privada –abortar está mal- para hacerla extensiva -y obligatoria- para otros/as¹³.

2.- Información sanitaria: obligación y derecho

Quien apela a esta herramienta –sobre todo en el marco de la atención sanitaria pública- debe ser autorizado/a para hacer uso de ella y aún obteniendo esa autorización –mediante el procedimiento legal que se organice-, es claro que no todas las prácticas médicas serán

¹⁰ **Diaz Amado**, Eduardo (2002) “De moralidad y eticidad. dos dimensiones para la bioética” Acta Bioética 2002; año VIII, n° 1. p 13

¹¹ **Ferrajoli**, Luigi (2002) “La cuestión del embrión entre derecho y moral”. Biblioteca de Investigaciones Jurídicas de al UNAM. Disponible en <http://www.juridicas.unam.mx/publica/librev/rev/facdermx/cont/245/art/art15.pdf>. Consultado por última vez el 18/07/2013)

¹² **Montano**, Pedro op. cit

¹³ **Engelhardt**, H Tristan. *Los fundamentos de la bioética*. 1ª ed. Barcelona: Paidós; 1995. Este autor acerca del pluralismo moral, afirma que hay “que contrastar la moralidad dotada de contenido con la moralidad de procedimiento en la que las persona imprimen a sus esfuerzos colectivos la autoridad moral de su consentimiento, pero no encuentran otras señales morales que les sirvan de guía que todos puedan compartir. [...] ‘Amigos morales’ son los que comparten una moralidad dotada de contenido y pueden así resolver sus disputas morales mediante argumentos racionales bien fundados o apelando a una autoridad moral reconocida por todos, cuya jurisdicción todos aceptan que procede de una fuente distinta al mutuo acuerdo. Los ‘extraños morales’ tienen que resolver sus desacuerdos morales por mutuo acuerdo, ya que no comparten una visión moral que les permita encontrar soluciones dotadas de contenido en las controversias morales.” (p. 455)

susceptibles de declinarse, puesto que no todos los actos médicos que rodean la atención de una aborto, comprometen la agencia moral del profesional. La obligación información de brindar asistencia sanitaria, es una de ellas.

La información sanitaria, entendiendo por tal la que circula en el marco de toda relación médico-paciente que se establece como consecuencia de una consulta relativa a la salud, es una obligación para el personal de la salud¹⁴ que brinda asistencia sanitaria y un derecho¹⁵ de las mujeres que solicitan un aborto .

Cuando el personal de la salud objeta de conciencia su participación en determinadas prácticas médicas, invoca razones de conciencia que le impiden dar cumplimiento con las mismas sin resignar la propia indemnidad en el camino. En esta línea, alegando objeción de conciencia frente al aborto por ejemplo, un profesional de la salud se exime legítimamente de brindar asistencia sanitaria en estos casos y evita participar en ellos para no entorpecer la relación médico- paciente.

Por eso es muy importante poder advertir dos cosas. Por un lado, una cuestión de trato igualitario que impide que el uso de la objeción pueda afectar en el interín a la paciente, pues equivaldría a proteger a uno y desproteger a otra. Y por otro lado, no todo acto médico tiene la potencialidad de afectar la conciencia y por ello no todo acto médico, es susceptible de ser objetado.

¿Pero por qué esta obligación de brindar información sanitaria es inobjetable? Porque el hecho de brindar información no tiene la virtualidad de colocar al profesional de la salud en un lugar de agencia moral respecto de ninguna conducta con la que no acuerde. Brindar información no lo hace agente moral de un aborto. La mujer es quien decide abortar o no y como tal, es agente moral de su propio aborto.

El personal de la salud- el/la médico/a con mayor preponderancia dentro del equipo de salud- es el sujeto supuesto de saber, quien tiene las incumbencias *lex artis* y el “poder de bienestar” que busca quien lo consulta. Esa desigualdad de poder, propia de un modelo hipocrático¹⁶ busca migrar hacia un modelo asentado en derechos que disminuya el paternalismo y reduzca las posibilidades de perfeccionismo aplicadas en la vida de la paciente que cuenta, sobre todo en el campo de la salud pública con significativas particularidades de desigualdad estructural¹⁷. Es usual en el campo de los derechos sexuales y reproductivos, donde diferentes sectores sociales de corte conservador se convocan para intervenir en los procesos biológicos de las mujeres convirtiendo la reproducción en un hecho mucho más social que

¹⁴ Art. 11 de la ley 18.335 “Derechos y Obligaciones de los Usuarios y Pacientes del Servicio de Salud”. Todo procedimiento de atención médica será acordado entre el paciente o su representante -luego de recibir información adecuada, suficiente y continua- y el profesional de salud.

¹⁵ Artículo 22 de la ley 18.335 op. Cit “El paciente tiene la obligación de suministrar al equipo de salud actuante información cierta, precisa y completa de su proceso de enfermedad, así como de los hábitos de vida adoptados”.

¹⁶ **Salles**, Arleen (2008) “La relación médico-paciente” en “Bioética: nuevas reflexiones sobre debates clásicos”. Ed. Fondo de Cultura Económica. D.F. Mexico

¹⁷ **Deza**, Soledad (2014) “Las terceras afectadas por la objeción de conciencia frente a los derechos sexuales y reproductivos”. La Ley on line AR/DOC/962/2014.

orgánico, usar la herramienta de la información para lograr direccionar la decisión de la paciente o bien no manipular un determinado curso de acción. Ambas, variantes de un trato indigno e irrespetuoso del auto-gobierno de la persona.

Frente a la posibilidad legal de abortar, la información sanitaria que asocia esta práctica médica por ejemplo, con un potencial deterioro de la integridad psíquica, con un cuadro de depresión y hasta incluso el fantasma latente de la esterilidad, operan fácilmente como factores disuasivos de la decisión de interrumpir un embarazo y lograr imponer la maternidad a cualquier costo.

Y es que el poder del discurso de la medicina en estos casos es parte de la biopolítica del disciplinamiento no ingenuo al que acuden los/as objetores/as de conciencia. Desde tiempos inmemoriales, con variada intensidad según las culturas y las épocas, el saber que sale de la boca de un/a médico/a –sea ese saber científico o no- ha monopolizado el discurso legítimo sobre el cuerpo: enfermedad, curación, higiene, reproducción y normalidad de la dimensión física del ser humano, son conceptos que vienen históricamente definidos desde la medicina. Desde la antropología médica se señala que *“el sistema médico no sólo se arroga el conocimiento verdadero sobre el ámbito de la corporalidad, sino que además, actúa como un poderoso sistema de socialización que exige conformidad respecto de su conceptualización del mundo e impregna con sus imágenes y sus definiciones la cultura popular de las sociedades occidentales”*¹⁸.

Es por ello que importa discernir, con suma claridad, la importancia que tiene en el marco de la relación médico-paciente, el flujo de información veraz, clara y objetiva.

A la vez, importa visibilizar cómo la información se concatena con la toma de decisión para entender por qué a partir de la información sanitaria recibida puede gestarse una decisión autónoma o una decisión impuesta por otro/a.

3.- ¿Qué autogobierno es posible si no se cuenta con información?

El “Consentimiento Informado” como proceso¹⁹ dirigido a facilitar las herramientas necesarias para que el/la paciente estén en condiciones de tomar libremente una decisión relativa a su salud, tiene en miras precisamente tributar el respeto a la autonomía.

Es la expresión tangible del respeto a la autonomía de las personas en el ámbito de la atención médica y de la investigación en salud; y no constituye un documento, sino un proceso continuo que se da entre personal de salud y paciente, que se consolida finalmente con la firma

¹⁸ **Imaz**, Elizabete (2010) “Entre ginecólogas y matronas” en “Antropología, Género, Salud y Atención” (Esteban, Comelles y Diez Comp). Ed. Bellaterra. Barcelona

¹⁹ El **consentimiento informado como proceso** y no como un producto, implica que no se reduce al llenado de un formulario pre dispuesto al mero efecto de cumplimentar requisitos administrativos o el cumplimiento prácticamente mecánico de pasos burocráticos previos a un acto médico. Por el contrario, lograr un “consentimiento informado” equivale a acreditar que el/la paciente que firma –y su representante en los casos necesarios- ha recibido de parte de el/la facultativo/a toda la información necesaria sobre su estado de salud, diagnóstico, pronóstico, alternativas terapéuticas, riesgos, beneficios, ventajas o desventajas de los tratamientos propuestos y disponibles, de forma tal de poder consentir válidamente la propuesta sanitaria que considere acorde a su bienestar integral y que por todo ello, es capaz de aceptar/rechazar una práctica o lo que es igual, tomar tal o cual decisión.

de un instrumento que tiene como principal objetivo resguardar el derecho a la información y la libertad de elección.

Se define como la “adhesión libre y racional del sujeto a un procedimiento del equipo de salud, sea con intención diagnóstica, terapéutica, pronóstica o experimental, que incluye competencia -capacidad de comprender y apreciar las propias acciones y la información que se brinda-, e información apropiada, adecuada a la capacidad de comprensión del paciente; es un deber a cargo del médico -o equipo de salud- informar respecto de los riesgos y beneficios del esquema terapéutico o tratamiento propuesto, respetando la libertad del paciente, por ser a éste a quien compete, como individuo autónomo, la decisión final”²⁰.

Es fácil advertir que no existe posibilidad de adhesión libre y racional a ningún procedimiento de salud si es que la persona no ha recibido información suficiente. Y tampoco habrá toma de decisión consentida, si es que la persona no conoce todas sus opciones disponibles. Es por ello, que la información que circule entre profesional y paciente, será clave en términos de auto-determinación²¹.

En la actualidad asimétrica de la relación médico-paciente, la obligación de recabar un consentimiento informado previo a las decisiones sanitarias, “recorta” la omnipotencia del galeno que se ve obligado a “discutir” con su paciente cuestiones hasta no hace mucho consideradas científicamente inaccesibles y por ello, innecesarias de transferir a quien supuestamente no tiene las incumbencias para comprender. Y al mismo tiempo, la idea de consentimiento informado exige al profesional que reconozca a su paciente como sujeto moral autónomo que no sólo será informado/a, sino que también participará en la toma de decisiones de su salud.

Privilegiar la autonomía reproductiva de toda mujer que concurre a solicitar una IVE o un aborto permitido por la legislación, exigirá de parte del personal de la salud crear las condiciones necesarias para que ella ejerza el derecho a decidir. Y la obligación de informar se presenta como un deber legal y ético central dentro de ese proceso.

4. No es objetable la obligación de brindar información sobre aborto

Volviendo al IVE en Uruguay, a cualquiera de los supuestos legales de aborto que prevé la ley 18.987 en el art. 6, se observa que el proceso previo al acto médico de interrupción legal de un embarazo es un proceso de tipo “informativo” (art. 3 inc 1 a 4) que busca garantizar un espacio propicio para la toma de decisión libre y consentida que a su vez, asegure que se ha respetado la autonomía y libertad de la mujer.

Este no es un dato menor puesto que esa información que recibe una mujer acerca de la legalidad de la interrupción del embarazo para ciertos supuestos es crucial, cuando en el

²⁰ **Hooft**, Pedro (2004) “Bioética y Derechos Humanos. Temas y Casos”. 2da. Edición, Editorial Lexis Nexis – Depalma, Buenos Aires.

²¹ Nótese que la referencia a esta obligación de informar, como rasgo de su importancia en el ámbito sanitario, está presente en la República Oriental del Uruguay no sólo en la ley N° 18.987 de I.V.E, sino también en las Leyes N° 18.426 de “Defensa de la Salud Sexual y Reproductiva” y N° 18.335 de “Pacientes y Usuarios de los Servicios de Salud”

imaginario social el aborto permanece ubicado en un lugar de “crimen” que invalida intuitivamente esa opción, si no es informada como legal.

La información relativa a la disponibilidad del aborto para los casos permitidos por la ley, no puede presumirse conocida. **Alicia Ruiz**, desde la teoría crítica, enseña que es una ficción aquella que enseña “el derecho se presume conocido” y que sostener esa mentira, oprime estructuralmente a grandes sectores de la población cuya situación de vulnerabilidad no les permite acceder – a veces por simple desconocimiento de sus derechos- a los bienes y servicios de la sociedad²². El analfabetismo jurídico y la representación social generalizada del aborto como “crimen”, sesgan la autonomía de muchas mujeres que, de no recibir la información sanitaria acerca de la legalidad y disponibilidad de esta opción terapéutica, no sólo continuarán cursando un embarazo que no desean, sino que serán condenadas también a una maternidad tampoco deseada.

Lo mismo ocurre con la información brindada acerca de los métodos para concretar un aborto donde es preciso desarticular toda práctica que ponga en peligro la vida de la mujer o bien, que le imponga por su falta de efectividad, una maternidad forzada. La información que se brinde al respecto debe estar basada en la evidencia científica y estar libre de valoraciones ideológicas o intuiciones personales acerca del legrado, el AMEU (aspiración manual endouterina) o el aborto farmacológico²³.

La información sanitaria, para ser capaz de desarticular el analfabetismo de ciudadanía con que llegan muchas usuarias/pacientes y conducir las a prestar un consentimiento válido, es menester sea clara, completa accesible a sus competencias, adecuada según la situación y basada en la evidencia científica. Si la información está plagada de datos técnicos, transferida de forma inaccesible para las competencias de la persona receptora y en un lenguaje exclusivo del arte de curar, su destinataria no podrá comprenderla y ello obstará a una toma de decisión libre. Si la información brindada a el/la paciente no es accesible, esa persona no será capaz de aceptar/rechazar válidamente ninguna práctica que se le proponga, ni ningún curso de acción terapéutico que se proponga.

Pero si esa información, aún siendo clara, no está basada en evidencia científica adecuada para la situación, tampoco será útil para su fin. Sesgar información, o lo que es lo mismo, brindar selectivamente solo aquellos datos que son acordes con la ideología, la moral, el religión o la cosmovisión personal del sujeto supuesto de saber, atenta contra el respeto por la autonomía tanto como brindar información falsa y ello profundiza aún más la asimetría que gobierna la relación médico-paciente.

Esto último es importante puesto que con frecuencia se suele interpretar que la objeción se puede extender más allá de la acción material que se resiste a realizar y este error viene dado

²² **Ruiz**, Alicia (2006) “La construcción jurídica de la subjetividad no es ajena a las mujeres” en “El género en el derecho y el derecho en el género”. Haydee Birgin (Comp). Ed. Bibilos. Colección Identidad, Mujer y Derecho. Buenos Aires.

²³ OMS (Organización Mundial de la Salud) “Aborto sin riesgos: guía técnica y de políticas para sistemas de salud Segunda edición”. Disponible en http://www.who.int/reproductivehealth/publications/unsafe_abortion/9789241548434/es/

por una incorrecta apreciación de lo que supone moralmente la agencia moral o la “cooperación”²⁴ en una acción o en un resultado. No se deben confundirse los términos, pues la información dada sobre una determinada actuación no implica participar en aquel acto, que no sabemos ni siquiera si llegará a producirse. Igualmente para el caso de actuaciones anteriores o posteriores, en tanto que no supongan una cooperación directa e intencionada en la acción.

Para que funcione la objeción de conciencia y un profesional de la salud pueda válidamente negarse a brindar determinada asistencia sanitaria, esa práctica debe colocarlo/a en un lugar de acción en el cual tanto actuar, como no hacerlo, lo conviertan en un agente moral de esa conducta que lo/la atribula y de esa forma, vea afectada su libertad de conciencia.

La información dada sobre un determinado curso terapéutico no implica participar en él y en el caso de la información brindada en el proceso previo a la decisión de abortar, no es una información para ello, puesto que la mujer todavía no ha decidido. El mismo razonamiento se aplica a la imposibilidad de objetar la participación médica en situaciones post aborto, en tanto no suponen una cooperación directa e intencionada en la acción de abortar..

La falta de correspondencia que existe entre quien informa sobre aborto, quien decide abortar y quien finalmente interrumpirá un embarazo (puede o no ser un profesional según el método utilizado sea farmacológico o quirúrgico), marca momentos y niveles de compromiso muy distintos de agencia moral de el/la médico/a y por lo mismo, abre una brecha significativa entre los actos que implican poner fin a una gestación y los que no comprometen tácticamente su existencia. La información sanitaria forma parte de éstos últimos.

Pero además, cada uno de esos momentos sustancialmente diferentes, están separados entre sí por una acción autónoma central que compromete de forma exclusiva y excluyente –de cualquier otra acción- la agencia moral de otra persona: la decisión de la mujer. Por eso, el personal de la salud debe tener claro que no en todas las situaciones médicas que rodean la práctica sanitaria del aborto, son agentes responsables del aborto, ni agentes morales²⁵ del mismo²⁶.

5. Límites bioéticos para la objeción a informar sobre aborto

²⁴**Institut Borja de Bioètica.** Grupo Interdisciplinario de Bioética. Consideraciones sobre la objeción de conciencia. *Bioètica Debat* 2012; 18(66):3-19. Disponible en: <http://www.bioetica-debat.org/contenidos/PDF/BD66ESP.pdf> [Consulta: 13 de enero 2013].

²⁵ Para afirmar que un individuo es un agente moral, es condición necesaria que éste sea un ser autónomo, pensando que por “autonomía” se entiende la capacidad de elegir, de hacer y actuar según las propias decisiones. “De manera que, si un agente moral es autónomo, entonces es, por definición, responsable de sus decisiones, sus actos y las consecuencias derivadas de los mismos, esto es, puede responder de ellas, puede justificarlas y dar razones de ellas a los otros y a sí mismo”. **Cabeza Hernandez,** María Mar (2010) “Autonomía y emocionalidad del agente moral” en *Rev. de Filosofía Factotum* N°7. p 76-85. Universidad de Salamanca. España.

²⁶ En los casos en los cuales la agente moral autónoma que decide y lleva a cabo la conducta de abortar mediante la ingesta de un medicamento determinado, no se observa margen de acción capaz de afectar la agencia moral del personal de la salud. Sostener lo contrario llevaría a considerar sujeto moral autónomo de un asesinato a quien fabricó las balas y a quien vendió el arma que disparó el asesino. Y mucho antes que eso, también a quien la diseñó. Quien prepara física y técnicamente a un boxeador es sujeto moral de las lesiones que este le propina con sus enseñanzas a su mujer. ¿Quién vende a una persona un auto que luego atropella y mata a un peatón, es agente moral de esas muertes considerando que un automóvil es considerado una cosa riesgosa?

La apreciación acerca de la corrección/incorrección moral de una conducta determinada –en este caso de la decisión de abortar- debe ser producto del autogobierno de la mujer, puesto que los acuerdos morales existentes al respecto no son absolutos y dependen de posicionamientos ideológicos personales y no de razones científicas. La moralidad del aborto puede válidamente ser analizada en su fuero interno por cada profesional, en tanto que persona y sujeto moral autónomo, pero no puede trasladarse a la paciente, dado que en el marco del pluralismo democrático resulta inmoral que una persona pretenda imponer su propia cosmovisión a otra o bien, pretenda que sus principios sean los que guíen decisiones ajenas .

Dicho de otra forma, el/la objetor/a puede apelar a la contradicción que la práctica médica aborto le proporciona a su profesión libre de un culto determinado o al respeto de su cosmovisión de pensamiento sólo para justificar eximirse de realizar un aborto (art. 3 inc. 5), pero no podría utilizar ese argumento ni para transferir a la paciente su posicionamiento ideológico, ni para eludir brindarle información.

La información debe ser clara y completa, pero debe evitar predisponer la decisión de la paciente en uno u otro sentido (art. 4 inc. c) de la ley 18.987) puesto que la legislación uruguaya garantiza que esté exenta de la presión de terceros y el profesional de la salud es un tercero –ajeno/a- para la autonomía reproductiva de la mujer gestante. Para ello, la información que debe brindar debe circunscribirse al aborto como “**acto médico**” que pone fin a una gestación y sin permitir que permeen los posicionamientos morales propios.

En esa línea será importante el uso de lenguaje desprovisto de toda referencia moral que deje traslucir posicionamientos ideológicos que exceden el ámbito de la evidencia científica que debe primar en el intercambio (art. 3 inc. 5 ley 18.987). Por ello, referirse a la mujer como madre o al feto como bebé, niño, niña, hijo o hija –apelativos propios de un vínculo jurídico potencial que no existe y al cual se está pensando ponerle fin- son formas de “contrabandear ideológicamente”, desde el discurso, una mirada moral determinada y con ello, influenciar la libertad de la decisión.

También es importante que el/la profesional se abstenga de hablar en términos de “asesinato u homicidio” o “pecado” cuando informa sobre aborto²⁷. En el primer, caso porque son términos jurídicos que deben estar encuadrados en un tipo penal para ser ciertos y ello no ocurre en el caso del aborto que es un tipo penal diferente. En el segundo caso, porque la idea

²⁷Estas creencias cristalizan el enfrentamiento de lo que la Iglesia Católica denomina “cultura de la vida” vs. “cultura de la muerte” en el marco de la cual no sólo se opone a la despenalización del aborto sino a toda “reforma legal que autonomice la sexualidad respecto de la reproducción” lo cual implica una “mentalidad anticonceptiva”. En este sentido, los derechos sexuales, reproductivos y no reproductivos entrañan para la Iglesia Católica “un riesgo para la familia y para el orden social”. De hecho, en la Encíclica *Evangelium Vitae* (1995) de Juan Pablo II, se plantea la objeción de conciencia como una obligación frente a leyes que favorecen la cultura de la muerte y constituyen prácticas que, aún permitidas por la legislación civil, se oponen a la ley de Dios”. Las creencias religiosas como componente importante del sistema de creencias que conforman un orden simbólico, cumple la misión de informar de determinadas maneras el imaginario social que condiciona a mujeres y varones. **Puga, Mariela y Vaggione, Juan Marco** (2013) “La política de la conciencia. La objeción como estrategia contra los derechos sexuales y reproductivos” en “Peripecias en la lucha por el derecho al aborto” Marta Vasallo (comp.). Editado y publicado por Católicas por el Derecho a Decidir. Colección Religión, Género y Sexualidad.

de “pecado” refiere a la transgresión a la ley cristiana y la religión forma parte de la esfera personal protegida por la inviolabilidad de los datos sensibles de ambas partes de la relación médico- paciente con lo cual, al merecer igual importancia la libertad de conciencia del profesional de la salud y de la paciente, este tipo de referencias religiosas violan la autonomía, igualdad, la privacidad, la intimidad y la libertad de la mujer. Y en ambos casos, porque está claro que ese tipo de referencias y valoraciones personales sobre el aborto tienen como finalidad de reprobar en términos morales el aborto como práctica médica elegible y hacer extensible a la mujer esa reprobación, en tanto la coloca como agente moral de un asesinato, un homicidio o un pecado.

En síntesis, ningún reparo moral, ético, filosófico o religioso que hubiera expresado un profesional de la salud para justificar la condición de objetor/a de conciencia frente al aborto, puede resentirse ni verse amenazado en el acto médico de brindar información, puesto que su agencia moral no se compromete en la acción de la que habla. Y la mera evocación, descripción o referencia discursiva al aborto –como acción o como práctica médica-, no convierte al profesional en “agente moral” de esa práctica de la que habla; y por lo mismo, no es capaz el hecho meramente discursivo de brindar información sanitaria, de afectar la propia conciencia²⁸.

Es la mujer que consulta por un aborto, quien decidirá luego de haber recibido la información correspondiente, si pone o no pone fin a la gestación en curso. Y esa agencia moral de la mujer que cristaliza la soberanía sobre los propios procesos reproductivos, evidencia que la obligación de informar que pesa sobre el personal de la salud no puede declinarse.

6.- Conclusión

Las normas sociales que nos predisponen como personas y que predisponen nuestros lugares en una sociedad, son muchas más que aquellas que constituyen regulaciones formales, por eso urge empezar a computar los contextos de las personas cuyos derechos se encuentran en tensión como una forma de visibilizar “la manera en la que el derecho establece los recursos que están en juego, cuáles son los intercambios y los reclamos posibles y cuáles son las herramientas que tienen a su disposición cada una de las partes” ²⁹.

La objeción de conciencia supone un conflicto entre dos partes pero tensiona mucho más que la libertad de conciencia de dos personas. En el caso de la mujer tensiona

²⁸ A modo de ejemplo: Quien informa sobre métodos anticonceptivos elegibles, muchas veces no es quien los prescribe y tampoco será en ocasiones quien los provea, ni tampoco quien los use. Quien informa sobre la ligadura tubaria o la vasectomía, no es necesariamente quien tiene las incumbencias quirúrgicas para realizar la intervención médica puntual. Quien indica a su paciente que dispone de una terapia de hormonización y una cirugía de readecuación sexual en pos de resguardar la identidad auto-percibida (ley N° 26.743 de “Identidad de Género”), no es muchas veces quien llevará a cabo las operaciones. Se trata en todos los casos, de actos médicos diferentes que forman parte de una cadena de acciones sanitarias autónomas que pueden o no concretarse por una misma persona y que pueden terminar o no llevándose a cabo, pero en las cuales queda evidente que la consulta en sí misma, es un acto diferenciado y que puede hasta no desembocar en la concreción de ese acto médico por el cual se consulta.

²⁹ **Alviar García**, Helena y **Jaramillo Sierra**, Isabel C. (2012) “Feminismo y crítica jurídica. El análisis distributivo como alternativa crítica al legalismo liberal”. Colección Derecho y Sociedad. Ed. Siglo del Hombre. Universidad de los Andes. Bogotá. Colombia

especialmente: libertad de culto/conciencia vs. libertad reproductiva, libertad de culto/conciencia vs. derecho al plan de vida, libertad de culto/conciencia vs. derecho de acceso a la atención sanitaria, libertad de culto/conciencia vs. derecho a la información útil para tomar decisiones sexuales y reproductivas autónomas. E interpela directamente las condiciones y el contexto que rodean la pugna de libertades: Contexto de quien objeta vs. Contexto de niñas, adolescentes y mujeres estructuralmente rezagadas en sus puntos de partida. Es importante visibilizar todo el panorama para evitar posturas reduccionistas que lejos de fortalecer un debate profundo como este tema lo amerita, estanquen la discusión en una polarización –a favor o en contra - tan estéril, como innecesaria.

La institución de un derecho es crucial en una sociedad y no puede ser neutral, porque “representa la promesa que la mayoría le hace a la minorías de que la dignidad y la igualdad de éstas serán respetadas. Cuando más violentas son las divisiones entre los grupos, más sincero debe ser ese gesto para que el derecho funcione. La institución requiere un acto de fe de parte de las minorías, porque el alcance de los derechos de éstas ha de ser objeto de controversias cada vez que sus derechos y los funcionarios de la mayoría actuarán según sus propias ideas de lo que son realmente tales derechos”³⁰. Esta promesa de la mayoría a la minoría, implica que el Estado no interferirá en la profesión libre de las creencias.

Pero al revés, también implica que las potenciales acciones de objetores y objetoras en la prestación de salud, no deben tener la entidad suficiente para desbaratar los derechos de otras personas.

Si la objeción de conciencia del sector de la salud se erige en Uruguay, como lo viene haciendo en Argentina, en una herramienta política conservadora sin control de parte del Estado, arrasará la justicia reproductiva de las mujeres con la misma intensidad con que profundiza la desigualdad de género.

³⁰ **Dworkin**, Ronald (2008) “Los Derechos en Serio”. Ed. Ariel