

# Reflexiones sobre Objeción de Conciencia y Salud reproductiva en Chile<sup>1</sup>

:: Claudia Dides Castillo

---

<sup>1</sup> Para la realización de este texto me he basado fundamentalmente en un trabajo iniciado con Lidia Casas, abogada con la cual hemos sostenido conversaciones e intercambiado ideas sobre la temática. Me permito entonces utilizar varias de las reflexiones y textos escritos.



## Introducción

La modernidad y sus procesos de democratización han colocado en un primer plano la temática de la ciudadanía y el ejercicio de ésta en los procesos de desarrollo de las sociedades modernas, proceso que también se ha extendido al ámbito de la sexualidad y la reproducción. Un elemento central en la esfera privada han sido los cambios en la intimidad. Estos cambios se constatan en diferentes aportes de las investigaciones que se han enmarcado en la perspectiva de género, a partir de la deconstrucción de la sexualidad y la reproducción, así como la recuperación del concepto de “sujeto autónomo” y la discusión sobre la frontera entre lo público y lo privado (Dides, 2006).

Durante el 2007 se publicó un artículo en la Revista Acta Bioética de la OPS sobre *Objeción de Conciencia y Salud reproductiva en Chile: dos casos paradigmáticos* (Casas, Dides, 2007) estos casos se referían a la esterilización voluntaria y la anticoncepción de emergencia (AE), donde se evidenciaba los conflictos que persisten en el campo de la atención en salud respecto a estas situaciones.

Como es sabido y se constata permanentemente en América Latina, y en particular en Chile, han existido constantemente debates y polémicas asociados al ámbito de la sexualidad y la reproducción, principalmente a la hora de entregar nuevos conocimientos en el marco de los avances tecnocientíficos que posibilitan a las personas, y en particular a las mujeres, prevenir embarazos no planificados, infecciones de transmisión sexual incluido el VIH y también cuando mujeres y hombres hacen valer sus derechos sexuales y reproductivos en los distintos ciclos vitales. En este marco en el último tiempo en el país, se ha suscitado un debate particular que aparece cada cierto tiempo, se trata de la objeción de conciencia en la atención en salud sexual y reproductiva.

Este capítulo pretende dar cuenta de las tensiones que este término conlleva y el por qué este concepto puede suscitar confusiones al tener al menos una doble acepción, que explicaremos más adelante, obstaculizando la entrega de servicios en el marco de los derechos sexuales y reproductivos a mujeres y hombres.

### La doble acepción del término de Objeción de Conciencia

La doble acepción del término de objeción de conciencia se relaciona por

un lado, con el *saber común* respecto al término. Este concepto se viene acuñando hace varios años en los países occidentales, relacionándose principalmente con una manifestación de **desobediencia civil**. La desobediencia civil se entiende como una manifestación activa, que tiene un carácter más político, ligado a personas cuyas creencias políticas y religiosas son contrarias a determinadas leyes de aplicación general. Estas personas, consideran que la decisión que es adoptada por la mayoría no satisface los estándares de justicia e igual respeto a todos los miembros de la comunidad y por tanto buscan su modificación. Este término es distinto al de objeción de conciencia, porque en general el objetor/a no busca un cambio, sino diferenciarse individualmente y por tanto que se justifique esta diferenciación a través del incumplimiento de una regla general (Casas, 2005).

Por otro lado, la objeción de conciencia supondría la *regulación de la exención de cumplimiento de una obligación jurídica fundamental*, derivada normalmente de las relaciones laborales o funcionarias (contrato de trabajo o estatuto funcionario), está dirigida a los poderes públicos y a los particulares y siempre se plantea frente a una obligación personal. Cuando un objetor/a realiza una acción está respondiendo únicamente a salvar su conciencia, ya sea por razones religiosas, filosóficas o políticas (Casas y Dides, 2007).

Esta doble acepción, y que a veces se convierte en confusión, ha estado presente en el debate en Chile a través de la entrega de la AE y la esterilización voluntaria. En esta perspectiva la noción de objeción de conciencia, es decir, la segunda acepción, plantea la pregunta de si la entrega de servicios de salud en el ámbito de la reproducción y también de la sexualidad puede presentar pugnas con las convicciones de quien las otorgue. Esta pregunta es la que intentaremos responder en este capítulo.

Se parte de la base que la objeción de conciencia es un derecho ya que de alguna forma permite el respeto de la diversidad en la medida que no cause daño al otro. Pero también puede permitir que al no querer otorgar información sobre algo en lo que no se está de acuerdo, pueda obviar información fundamental para la toma de decisiones en el campo de la reproducción y la sexualidad. Esto es más fácil observarlo en el campo de la atención en salud como lo veremos más adelante.

## **Algunos antecedentes sobre la Objeción de conciencia**

Algunos antecedentes históricos permiten plantear que lo que está en tela de

juicio son las disputas político-ideológicas en torno a temas asociados a la reproducción y la sexualidad. Diversos antecedentes históricos tanto a escala mundial como en nuestro país, dan cuenta de las tensiones que conlleva este tema, puesto que en el fondo de la discusión ha estado y está la separación entre la sexualidad y la reproducción.

En Chile, los debates públicos relativos a la sexualidad y reproducción y su implicancia en las políticas sociales datan de mucho tiempo (Dides, 2006). A fines del siglo XIX, las nocivas condiciones laborales y las enfermedades afectaron la salud de niños y mujeres de tal manera que médicos higienistas y las feministas de la época convirtieron esta situación en los fundamentos para impulsar medidas de prevención social, que redujeran los costos propios de la urbanización e industrialización que experimentaba el país (Zárate, 1999). En este proceso se elaboró un discurso que se materializó en el siglo XX y cuyo objetivo central era colaborar en la tarea primordial de las madres: la dedicación por completo a sus hijos, valorada como la contribución femenina más útil y auténtica de la nación, y su posterior materialización en políticas (Dides, 2006).

Otro ejemplo de estas disputas político-ideológicas se expresan en las acciones del control de natalidad que se realizaron por el Servicio Nacional de Salud (S.N.S.) (Dides, 2006). En 1967 la Iglesia Católica reiteraba su oposición terminante al uso de anticonceptivos farmacéuticos y mecánicos. En respuesta a ello, el Director de Salud de entonces, Dr. Francisco Mardones Restat, explicaba que el S.N.S. proponía métodos de control a casos médicamente específicos, “...pero en ningún caso el S.N.S. plantea un control de la natalidad en Chile”. Esto correspondía a decisiones de política de ‘más arriba’ y reiteraba un principio intransable del S.N.S. respecto a dichas acciones: “nosotros tenemos otras razones para el control limitado de la natalidad. Cuatrocientas mujeres mueren y 50 mil son hospitalizadas por consecuencias del aborto criminal”. Como plantea Illanes (1993), ni la ley, ni la Iglesia cedieron: tampoco el S.N.S. Éste siguió desarrollando su acción como respuesta a un encuentro tácito y definitivo entre la ciencia y la sociedad.

Desde la década de los 90 en el país, las políticas en materia de salud sexual y reproductiva han sido fundadas sobre la base de los derechos de las personas a decidir el número de hijos, el espaciamiento y la oportunidad para tenerlos. Ello implica el derecho de las personas y/o las parejas a tomar decisiones libres e informadas sobre su vida reproductiva, teniendo acceso a la información, a los servicios y la educación necesaria. Garantizar el derecho a la salud comprende el respeto por la autonomía de las personas para decidir usar o

no anticonceptivos u otras acciones de regulación de la fertilidad. Para ello deben contar con información completa, veraz y oportuna.

En la década del 2000 un ejemplo paradigmático ha sido la comercialización y la entrega de la AE. Si bien el fallo del Tribunal Constitucional del año 2007 prohibió la entrega de AE con la excepción de casos de violación, en meses previos al fallo se presentaron demandas entre el Ministerio de Salud y la alcaldesa de Lo Barnechea (ver por ejemplo, “Municipalidad de Lo Barnechea contra Fisco de Chile”, 2007). A su vez, organizaciones estudiantiles demandaron a la alcaldesa de Concepción por la no entrega de servicios de AE, mientras que grupos de padres y el jefe de la comuna de La Florida han impugnado la constitucionalidad de las Normas Nacionales de Regulación de la Fertilidad respecto de la entrega de servicios a adolescentes (Corte de Apelaciones de Santiago, “Zalaquett y otros contra Ministra de Salud”, 2006). Todo ello sin perjuicio de la discusión en el Tribunal Constitucional respecto del requerimiento presentado por 32 Diputados solicitando la inconstitucionalidad del uso de ciertos métodos anticonceptivos (AE, DIU y pastillas combinadas) y la entrega de servicios a adolescentes (Casas, 2005).

Tal como lo señala Casas (2005) el debate que se suscitó desde la implementación de las normas, principalmente a partir de la entrega de la AE fue la supuesta objeción de conciencia de autoridades locales a la hora de proveer servicios para las usuarias en los consultorios. Esta conducta tiene una diferencia sustantiva con la definición expuesta de objeción de conciencia, puesto que los alcaldes buscaban modificar las normas. Sin embargo, en Chile no se cuenta con información estadística respecto a cuantos prestadores de salud han invocado a la objeción de conciencia para no hacer entrega de la AE hasta enero del 2010 donde sólo se permitía entregar a las mujeres que habían sido violadas.

## Noción de autonomía y objeción de conciencia

Retomando lo anterior y volviendo a lo expuesto en la pregunta inicial, respecto a si la entrega de servicios de salud en el ámbito de la reproducción y de la sexualidad pueden presentarse pugnas con las convicciones de quien las otorgue, se hace necesario indagar sobre la noción de autonomía que subyace a la exigencia de prestaciones en salud sexual y reproductiva. Las prestaciones de salud en este ámbito tiene una exigencia de respetar la autonomía de las personas, en particular de las mujeres, tal como lo plantean Correa y Petchesky (2001). La noción de autonomía pierde densidad conceptual si no

está relacionada con condiciones que habiliten a hombres y mujeres para ejercer su derecho a decidir libre y responsablemente. Sin información y sin servicios no es posible adoptar decisiones informadas y que satisfagan el derecho a la salud. En esta perspectiva, es importante hacer un paréntesis que se relaciona con el campo de la producción de conocimiento: se debe hacer un gran esfuerzo por investigar y reflexionar acerca de los componentes subjetivos de mujeres y hombres y la relación con el ejercicio de los derechos, pues podría posibilitar entender esos espacios síquicos mediados por lo social y cultural que muchas veces hacen dudar de esta relación. Esto implica un nuevo desafío para el campo de investigación.

Chile ha avanzado en integrar de manera incipiente los conceptos de derechos y autonomía. Sin embargo, aún deja mucho que decir respecto a como han interferido posiciones políticos-ideológicas fundamentalistas en contra de la autonomía de las personas. En este marco pensar la objeción de conciencia es importante pues puede resultar en un arma de doble filo. Esto último es posible afirmarlo puesto que la objeción de conciencia puede convertirse en un factor relevante respecto al acceso a los servicios de salud sexual y reproductiva en la medida que las convicciones personales (religiosas, éticas, morales, filosóficas y políticas) de los prestadores de salud pueden interferir en la entrega de servicios. Esto y por las razones de inequidades existentes en nuestra sociedad puede constituir un impacto significativo para la población de mayor vulnerabilidad social, en particular para las mujeres. Un ejemplo de esta situación de inequidad es el acceso que existe por parte de mujeres y hombres que pueden consultar y pagar un médico para solicitar la receta de AE en desmedro de aquellas mujeres que su única posibilidad es recurrir a servicios públicos.

Todo ello puede exacerbar la inequidad social y de género, pues las mujeres son las principales usuarias en los servicios de salud sexual y reproductiva y experimentan directamente las políticas y las prácticas de los prestadores de salud. Este impacto podría ser aún mayor respecto de aquellas usuarias cuya capacidad de elección de entidad prestadora es limitada.

Si un profesional no entrega información ni servicios argumentando que el servicio o acción solicitada vulnera sus convicciones personales sin que existan resguardos por parte de los servicios de salud, ello provocaría indefensión y daños para las usuarias, vulnerándose todos los principios bioéticos, es decir, el respeto a las personas que debiera estar en la base de cualquier relación que se establezca en salud, el principio de la autonomía, el principio de la beneficencia y el principio de la no maleficiencia.

Tal como señala Dickens (2009) el deber ético de revelar el conflicto de intereses que resulta de la objeción de conciencia de un prestador de servicios a participar en procedimientos dentro del ámbito del ejercicio de sus pares profesionales, es un deber no solamente ante los pacientes existentes y potenciales, sino también ante las instituciones como los hospitales y clínicas en donde el prestador de servicios propone establecer una relación profesional.

Sabemos a partir de múltiples investigaciones realizadas en Chile por ICMER y FLACSO entre otras (Díaz y Silvamonge, 1995; Matamala, 1995; Dides, Benavente, Pérez, Guajardo, Morán, 2008) que las personas que se atienden en los servicios de salud especialmente en el sistema de salud público, se ven enfrentadas a diversas dificultades para obtener atención oportuna, de calidad y de respeto a sus derechos. La literatura desde los ámbitos de la ética y bioética nos entrega información respecto a dos situaciones de objeción de conciencia: por un lado, las personas que, en su calidad de pacientes, se niegan a someterse a tratamientos o intervenciones médicas y por otro, aquellos proveedores de salud, que por razones de conciencia, se niegan a realizar determinados procedimientos médicos y prestaciones.

Las situaciones que conocemos en Chile en el ámbito de la atención en salud que se relacionan con la objeción de conciencia, se dan a conocer a través de denuncias en diarios y entrevistas a funcionarios/as, siendo las más frecuentes: servicios de anticoncepción y reproducción humana en general, servicios y consejería anticonceptiva para adolescentes, esterilización voluntaria, en la entrega, prescripción y venta de AE a mujeres y niñas víctimas de violación y en el uso de nuevas técnicas de reproducción asistida, entre otros. El caso del aborto es una excepción puesto que está prohibido en todas sus circunstancias. Sin embargo, de acuerdo a datos del Estudio sobre Opinión Pública sobre Aborto en cuatro países latinoamericanos (Brasil, Chile, México y Nicaragua) realizado por el Programa Género y Equidad de FLACSO-Chile, (representación nacional en cada país) los funcionarios de salud se ven enfrentados a un dilema ético cuando se ven obligados a realizar un aborto. Frente a ello las personas están mayoritariamente de acuerdo con que exista objeción de conciencia y que los profesionales de la salud puedan negarse a realizar un aborto si no se contradice con su postura personal. Es así como señalan que frente a un aborto legal el 76% de las y los chilenas/os, 73% de las y los mexicanos/as, 55% de las y los nicaragüenses y 60% de las y los brasileños/as se encuentra “de acuerdo” o “muy de acuerdo” en que un médico pueda negarse a practicarlo cuando va en contra de sus creencias personales.

La objeción de conciencia en algunos casos en Chile se vislumbra más como un llamado político a que las mayorías reconsideren sus decisiones. En otros casos, se manifiesta bajo el ejercicio de un derecho legal pero puede encubrir una activa militancia. Lo que es más frecuente en el país es la negativa a la prestación de un servicio sin explicación al usuario/a, lo que termina siendo una mera y arbitraria negación de servicios que tiene repercusión en el ámbito de la responsabilidad administrativa, en los servicios públicos de salud y de incumplimiento de contrato y derechos del consumidor en los servicios privados. Esto sin perjuicio de la violación de los derechos fundamentales de los afectados.

En Chile, la objeción de conciencia es un tema de discusión pública emergente en la provisión de servicios en salud sexual y reproductiva. Como se ha señalado actualmente jefes comunales esgrimen razones de conciencia para bloquear la política pública en la provisión de servicios de salud sexual y reproductiva para adolescentes. Sin embargo, también han esgrimido razones de conciencia para no distribuir la AE en casos de violación en los servicios de urgencia. Por tanto, la perspectiva política-ideológica del alcalde o alcaldesa de turno va a incidir en las prestaciones que se hagan en el campo de la reproducción.

En un estudio realizado en el 2009 respecto a la entrega de la AE a través de la salud municipalizada se observó un descenso en la entrega entre 2008 y 2009 de un 53% a un 50,5%. Este descenso se debe a varios factores, primero al cambio de alcaldes en los gobiernos municipales por las elecciones del 2008; en segundo lugar, debido a que el Tribunal Constitucional no había fallado y se estaba esperando su decisión y tercero, por objeción de conciencia de algunos de los alcaldes (Dides, Benavente, Morán, 2010).

En síntesis, los prestadores de salud que prefieran servir por ejemplo a sus propios intereses religiosos o políticos al objetar participar en servicios de médicos que son indicados profesionalmente a través de una normativa, como es en la actualidad, enfrentan un conflicto de interés. Una vez que existe una relación prestador-usuario, el prestador de salud no puede abstenerse de manera ética de dar la atención legal que el o la usuaria está solicitando, sino tiene que derivarlo/la oportunamente a otro prestador. Existe un deber ético por parte del prestador/ra frente a los usuarios/as pero también frente a las instituciones como hospitales, consultorios y clínicas privadas.

## Reflexiones finales

Por un lado, se constatan las resistencias en el mejoramiento de las políticas de salud fundadas en el reconocimiento del derecho a elegir de la población; por el otro, se avanza en el ámbito legislativo en el reconocimiento del derecho de las personas a provisión de servicios sin discriminación de ninguna naturaleza. Tal es el caso de la Ley de la No discriminación, ley de Deberes y Derechos en el marco de la reforma de Salud del país.

La objeción de conciencia puede ser un arma de doble filo como se planteaba anteriormente. Para que ella sea posible, necesita de regulaciones en la medida que respete a las otras diferentes en un contexto de sociedad democrática con una vida pública que debe dar cuenta de lo multicultural.

En este sentido es un desafío plantear la objeción de conciencia puesto que implica considerar distintas identidades culturales que se tejen con muchos hilos diferentes, pudiendo ser algunos de estos hilos comunes a personas cuyas identidades difieren en otros sentidos, incluso cuando son las diferencias el aspecto más sobresaliente.

Uno de los nudos de la objeción de conciencia se da cuando algunos grupos militantes de una causa buscan imponer sobre la sociedad los que ellos definen como la 'tradición' o lo bueno o verdadero que muchas veces se convierten en posiciones fundamentalistas. Cuando una sociedad decide sobre aspectos de la intimidad de las personas, lo que está haciendo es dar cuenta de una posición político ideológicas específica que representa solo un sector de la sociedad pero que inhibe la posibilidad de una gran mayoría de decidir sobre sus propios actos, sobre todo cuando es un Estado que ha reconocido los derechos humanos.

De acuerdo a Castoriadis (1988) el universo de significaciones que constituye una sociedad es reconocible en los discursos sociales que los grupos explicitan como discurso legitimado, con la finalidad de normar las relaciones de género, clase, etnia, etc. Es lo que denomina *sistema instituido* que corresponde al conjunto de significaciones sociales que ordenan, legitiman, disciplinan y definen los lugares y características de los actores y sus espacios sociales. En la disputa política-ideológica, que se expresa en el debate público sobre la comercialización y la entrega de la AE, son reconocibles los diversos discursos sociales que se van configurando en el proceso de debate que van tensionando las políticas públicas.

Las formas de regulación social de la sexualidad y de la reproducción en las sociedades modernas se institucionalizan a través de la de la ciencia biomédica como en el gran marco interpretativo sobreponiéndose, coexistiendo, conflictuándose y oponiéndose con marcos interpretativos religiosos, basados en razones de orden divino o cosmológico y que muchas veces pueden expresarse en los actos de objeción de conciencia. Este hecho ha quedado de manifiesto en el debate sobre la AE en Chile, donde coexisten dos marcos interpretativos. En el campo de disputa de la sexualidad y reproducción el valor de los discursos biomédicos y bioéticos ha alcanzado una legitimidad social de gran relevancia, así como los discursos religiosos conservadores. Por medio de estos discursos se expresan las representaciones del mundo, se formulan y reproducen ideologías y por ende los grupos ejercen poder, pretendiendo ejercer control sobre los conocimientos, opiniones y actitudes de las personas de tal manera de controlar indirectamente sus prácticas.

En este contexto es posible advertir que la objeción de conciencia necesita de reglas que mitiguen los impactos que puedan tener en la atención en salud sexual y reproductiva. Es decir, si bien es cierto en las sociedades democráticas y diversas es importante reconocer al otro como un legítimo otro, también es relevante evitar las brechas de desigualdad e inequidades sociales que se producen en la entrega de servicios de salud sexual y reproductiva. Esto implica desarrollar políticas públicas más inclusivas y respetuosas de las diferencias. Pero se debe tener en cuenta que si bien es posible normar que es obligación entregar toda la información y servicios a quien así lo requiere, también se debe considerar que si el prestador no lo quiere hacer por objeción de conciencia, debe obligatoriamente derivar a otro profesional en forma oportuna. Esto además requeriría de una población informada y con capacidad crítica, lo cual también se convierte en otro desafío. El punto y la duda que surge es si esto es posible cuando de lo que se trata es de una disputa político-ideológica que fundamenta el accionar de las personas y que influye en sus proyectos de vida.

## Referencias

Casas, L. (2005). La Objeción de Conciencia en Salud Sexual y Reproductiva. Una ilustración a partir del caso chileno. En: Cabal, L. Motta, C. Compiladoras. Más allá del Derecho. *Justicia y Género en América Latina*. Bogotá: Siglo del Hombre Editores, Center for Reproductive Rights, Ediciones Uniandes y CESO.

Casas, L. y Dides, C. (2007). Objeción de conciencia y salud reproductiva en Chile: dos casos paradigmáticos. En: Acta *Bioethica*. Santiago, Chile: Organización Panamericana de la Salud 13 (2).

Castoriadis, C. (1988). Lo imaginario: la creación en el dominio socialhistórico. *Los Dominios del Hombre: las encrucijadas del laberinto*. Barcelona: Editorial Gedisa, S.A.

Correa, S. y Petchesky, R. (2001). Los derechos reproductivos y sexuales: una perspectiva feminista. En: Figueroa, J.G. *Elementos para el análisis ético de la reproducción*. México: Programa Universitario de Estudio de Género, Universidad Nacional Autónoma de México.

Corte de Apelaciones de Santiago, Zalaquett y otros contra Ministra de Salud, rol 4693-2006, 10 de noviembre de 2006. Santiago, Chile.

Díaz, S. S. y Silvamonge, M. (1995). *Realidades y desafíos: reflexiones de mujeres que trabajan en salud reproductiva*. Chile: Instituto Chileno de Medicina Reproductiva.

Dides, C. (2006). *Voces de emergencia: el discurso conservador y la píldora del día después*. Santiago de Chile: FLACSO-Chile, UNFPA.

Dides, C., Benavente, C., Pérez, S., Guajardo, A. y Morán, J. M. (2008). *Estudio sobre percepciones, actitudes, significaciones, opiniones, prácticas y demandas de adolescentes y jóvenes sobre salud integral, con énfasis en la salud sexual y reproductiva*. Chile: FLACSO-Chile encargado por el Programa de Salud de los y las Adolescentes y Jóvenes, Ministerio de Salud y el Fondo de Población de Naciones Unidas, UNFPA-Chile.

Dides, C., Benavente, C. y Morán, J.M. (2010). *Entrega de la píldora anticonceptiva de emergencia en el sistema de salud municipal, Chile: estado de situación*. Santiago, Chile: Programa Género y Equidad, FLACSO-Chile y UNFPA.

Dickens, B.N. (2009). *Las responsabilidades éticas de la conciencia*. En: IPPF. London: *Boletín Médico de IPPF*, 43 (04).

Illanes, M.A. (1993). En el nombre del Pueblo, del Estado y de la Ciencia, (...) Historia Social de la Salud Pública Chile 1880-1973. (Hacia una historia social del siglo XX). Santiago: Colectivo de Atención Primaria.

Matamala, M.I. (ed.). (1995) *Calidad de Atención, Género ¿Salud reproductiva de las mujeres?* Santiago, Chile: Reproducciones América.

Municipalidad de Lo Barnechea contra Fisco de Chile, rol 4121-2007 del 11 Juzgado Civil. Santiago, Chile.

Zárate M.S. (1999). *Proteger a las madres: origen de un debate público, 1870-1920*. En: *Monográficas 1, Nomadías*. Santiago de Chile: Programa de Género y Cultura en América Latina (PGAL), Facultad de Filosofía y Humanidades, Universidad de Chile.