

Sexualidad, Salud y Sociedad

REVISTA LATINOAMERICANA

ISSN 1984-6487 / n. 33 - dic. / dez. / dec. 2019 - pp.137-157 / Serna, S. et al. / www.sexualidadsaludysociedad.org

¿De qué está hecha la objeción? Relatos de objetores de conciencia a servicios de aborto legal en Argentina, Uruguay y Colombia

Sonia Serna Botero¹

> soniaserna@gmail.com

ORCID: 0000-0003-1400-5059

Roosbelinda Cárdenas²

> rooscardenas@gmail.com

ORCID: 0000-0002-4263-770X

Nina Zamberlin³

> nzamberlin@ippfwhr.org

ORCID: 0000-0001-8688-8271

¹Grupo de investigación "Espacialidades feministas"
Bogotá, Colombia

²Hampshire College
Amherst, Estados Unidos

³Federación Internacional de Planificación Familiar,
Región Hemisferio Occidental
Buenos Aires, Argentina

Copyright © 2019 Sexualidad, Salud y Sociedad – Revista Latinoamericana. This is an Open Access article distributed under the terms of the Creative Commons Attribution License (<http://creativecommons.org/licenses/by/4.0/>), which permits unrestricted use, distribution, and reproduction in any medium, provided the original work is properly cited.

Resumen: Este artículo examina el fenómeno de la objeción de conciencia (OC) a los servicios de aborto legal en Argentina, Uruguay y Colombia. Basado en relatos obtenidos a través de entrevistas, el análisis toma distancia de aquellos enfocados en diferenciar entre OC y barreras al servicio, o en identificar si las razones de objeción son verdaderas o válidas. Partiendo del hecho de que en muy pocos casos las/los objetoras/es están al tanto de las definiciones legales de la OC, se busca entender los significados que las/los entrevistadas/os le atribuyeron, y desde los cuales organizan su práctica médica, y justifican su negación a prestar servicios de aborto. En los tres países las/los entrevistadas/os se oponían principalmente a que fueran las mujeres quienes tomaran la decisión de qué embarazos interrumpir, y cómo y cuándo hacerlo. Los discursos contingentes a través de los cuales las/os médicas/os construyen las racionalidades de su OC están hechos, sobre todo, de un incuestionado apego al control de los cuerpos con capacidad de gestar; y de entendidos médico-sociales de las mujeres como inexorablemente madres, máquinas de reproducción o soportes vitales de fetos.

Palabras clave: objeción de conciencia; relatos médicos; aborto legal; Argentina; Uruguay; Colombia.

Do que é feita a objeção? Narrativas de objetores de consciência em serviços de aborto legal na Argentina, Uruguai e Colômbia

Resumo: Este artigo examina o fenômeno da objeção de consciência (OC) nos serviços de aborto legal na Argentina, Uruguai e Colômbia. Com base nas narrativas obtidas por meio de entrevistas, a análise se distancia daquelas focadas na diferenciação entre OC e barreiras ao serviço, ou na interrogação sobre a verdade ou validade das razões para a objeção. Partindo do fato de que, em poucos casos, os objetores conhecem as definições legais da OC, procura-se compreender os significados que as/os entrevistadas/os lhe atribuíram e a partir dos quais organizam a sua prática médica e justificam a sua recusa em prestar serviços de aborto. Em todos os três países, os/as entrevistados/as se opuseram principalmente a que as mulheres decidissem por si mesmas quais gravidezes interromper, como e quando o fazem. Os discursos contingentes através dos quais os/as médicos/as constroem as racionalidades da sua OC são feitos, sobretudo, através de um apego inquestionável ao controle dos corpos capazes de gestação; e de compreensões médico-sociais das mulheres como inexoravelmente mães, máquinas de reprodução ou suportes vitais dos fetos.

Palavras-chave: objeção de consciência; narrativas médicas; aborto legal; Argentina; Uruguai; Colômbia.

What is objection made of? Accounts of conscientious objectors to legal abortion services in Argentina, Uruguay and Colombia

Abstract: This article examines conscientious objection (CO) to legal abortion services in Argentina, Uruguay and Colombia. Based on interviews, the analysis offers an alternative from studies focusing on differentiating between CO and access barriers, or in identifying if the reasons for the objections are true or valid. Considering the fact that it is only in very few cases that the objectors knew the legal definition of CO, the article seeks to understand the meanings that the interviewees attribute to their objection, how they organize their medical practices and how they justify their denial to provide abortion services. In all three countries, the interviewees' main opposition was to women themselves making the decision to interrupt a pregnancy, and how and when to do it. The contingent and variable discourses through which the doctors construct the logic of their CO are made of an unquestioning attachment to controlling gestating bodies; and a default socio-medical understanding of women as mothers, reproductive machines or as fetal life support systems.

Keywords: conscientious objection; medical accounts; legal abortion; Argentina; Uruguay; Colombia.

¿De qué está hecha la objeción?

Relatos de objetores de conciencia a servicios de aborto legal en Argentina, Uruguay y Colombia

Introducción

La objeción de conciencia (OC) en aborto se entiende como el derecho individual del médica/o a no aceptar solicitudes para terminar un embarazo, por razones del orden religioso, filosófico o moral (Diniz, Madeiro & Rosas, 2014; Fiala & Arthur 2014; Zordo 2012) y en aras de evitar lesiones graves a la conciencia (Dickens, 2009; Neyro-Bilbao, Elorriaga & Lira-Plascencia, 2015). Aunque es bastante común, su prevalencia y consecuencias han sido escasamente cuantificadas, en parte, por el escaso consenso sobre el estatus del/de la objetor/a y por la falta de estándares en la definición, regulación y registro de su práctica (Chavkin et al., 2013; Harris et al., 2016). Como contrapartida, copiosos estudios cualitativos demuestran que la no regulación y la ausencia de sanciones han popularizado la OC, a un nivel tal que hoy en día es una de las principales barreras para acceder a los servicios de aborto legal (Chavkin et al., 2013; Coppola et al., 2016; Cowley 2015; Diniz, Madeiro & Rosas, 2014; Faúndes, Duarte & Osis, 2013; Harris et al., 2016; Johnson et al., 2013). Resaltan, además, que la OC es a menudo invocada para esconder opiniones personales (Diniz, 2011; González-Vélez, 2018) y miedo al estigma (Faúndes, Duarte & Osis, 2013).

Históricamente, el concepto de OC ha estado asociado al servicio militar obligatorio, y consiste en rechazar individualmente el llamado a enlistarse en un cuerpo armado (Fiala & Arthur, 2014). Cada país regula y sanciona la OC al servicio militar de acuerdo a sus sistemas legales, pero en la mayoría de los casos el objetor debe comprobar sus razones y compensar con otro el servicio que está dejando de prestar (Chavkin et al., 2018). En cambio, las prácticas asociadas a la libertad de conciencia y de religión en otros contextos, como la educación o la medicina, rara vez son controladas y sistematizadas. Así, la OC al servicio militar es apenas comparable con aquella que interviene en el campo de la salud sexual y reproductiva (SSR), que aglutina la mayoría de las OC del sector de salud (Alegre, s/d; Fiala & Arthur, 2014).

Ha sido reportada OC para una amplia gama de tratamientos y servicios en SSR, como anticoncepción, anticoncepción de emergencia, esterilización, fertilización, aborto y cuidados postaborto; y se han acogido, o desearían acogerse a ella, profesionales de todo tipo, como farmacéuticos, laboratoristas, ecografistas, enfermeros, personal administrativo y, por su puesto, médicos (Alegre, s/d; Card,

2007; Fovargue & Neal, 2015). En general, los profesionales de la salud tienen más conflictos morales con el aborto que con cualquier otro procedimiento o servicio médico (Harries et al., 2014), y la OC a los servicios de aborto legal ha llegado a rutinizarse y normalizarse (Cowley, 2015; Fiala & Arthur, 2014; 2017; Harries et al., 2014). Para algunos autores, esta tolerancia se explica porque en casi todos los contextos el aborto sigue estando criminalizado en alguna medida, por los altos niveles de estigma, y porque tiene lugar en marcos sociales que reproducen ideas sexistas, sobre las mujeres y la maternidad (Deza, 2015; Fiala & Arthur, 2017).

A un debate que usualmente se ha dado en términos del derecho, la bioética y la salud pública, en este artículo sumamos el abordaje de las prácticas discursivas de médicas/os, que manifestaron OC para brindar servicios de aborto legal en clínicas y hospitales de Argentina, Uruguay y Colombia. Partiendo del hecho que, en muy pocos casos las/los objetoras/es están al tanto de las definiciones legales de la OC en SSR, buscamos entender los significados que ellas/os mismas/os le atribuyen y desde los cuales justifican y organizan su labor médica.

Objeción de conciencia y aborto en América Latina

En América Latina, el debate sobre la OC ha marchado paralelo a la liberalización, plena o parcial –o a la reglamentación– del aborto en algunos países durante la última década y media. Los avances jurídicos en los derechos sexuales y reproductivos de las mujeres latinoamericanas han sido rápidamente frenados en la práctica médica a través de la figura de la OC, ya sea en su manifestación individual o institucional y, en la mayoría de los casos, sin que medie reglamentación alguna (Ariza, 2012; Ariza & Ramón Michel, 2018; Berro Pizzarossa, 2018; Coppola et al. 2016; De Piñeres et al. 2017; Deza, 2015; González-Vélez, 2018; Luna et al. 2016; Stanhope et al. 2017). La preocupación que tal situación suscita, y la necesidad de disputar los argumentos teóricos, jurídicos y éticos de la OC, han sido puestas de manifiesto en seminarios regionales e internacionales (González Vélez & Melo Arévalo, 2016; La Mesa por la Vida y la Salud de las Mujeres, 2014; IWHC, 2018). Argentina, Uruguay y Colombia han tenido papeles destacados en estas discusiones.

Marcos normativos en Argentina, Uruguay y Colombia

La Corte Constitucional Colombiana, con la sentencia C-355 de 2006, despenalizó el aborto en tres causales: peligro para la vida o la salud de la mujer, cuando exista grave malformación fetal que haga inviable la vida extrauterina; violación

o incesto; e inseminación artificial no consentida. Dicha sentencia establece que la OC es un derecho fundamental individual de quien ejecuta el procedimiento, no de las instituciones o del estado. La OC siempre deberá hacer referencia a convicciones religiosas, no a opiniones personales, y deberá manifestarse por escrito. No es aceptada en casos de emergencia, o cuando una/un sola/o profesional está disponible. En todos los casos, el/la objetor/a tendrá que remitir a sus pacientes. El Sistema Interamericano de Derechos Humanos suscribe las directrices de la Corte Constitucional Colombiana sobre OC en aborto, por considerarlas claras, restrictivas y equilibradas (Cabal, Olaya & Robledo, 2014; IWHC, 2018). Sin embargo, en la práctica la OC no es clara, ni restrictiva, ni equilibrada. Se ha reportado OC colectiva e institucional, y casos generalizados de pacientes que no son atendidas ni remitidas (DePiñeres et al., 2017; González Vélez & Melo Arévalo, 2016; González-Vélez, 2018; Harris et al., 2016; Stanhope et al., 2017). Para 2016, la Mesa por la Vida y Salud de las Mujeres había hecho acompañamiento jurídico a más de mil mujeres que enfrentaron barreras en relación con la Interrupción Voluntaria del Embarazo (IVE) (González Vélez & Melo Arévalo, 2016).

Uruguay, por su lado, con la ley 18.987/2012 de IVE, fue el primer país de América del Sur en legalizar el aborto sin causales hasta la semana 12 de embarazo, hasta la 14 en caso de violación y sin fecha por riesgos de salud o anomalías fetales. El artículo 11° de la ley reconoció el derecho a la OC de las/los médicas/os y del personal técnico que intervenga directamente en el procedimiento, previa declaración a las autoridades de las instituciones a las que pertenecen. No obstante, en agosto de 2015, el Tribunal Contencioso Administrativo falló a favor de un grupo de ginecólogas/os que denunciaron lo que consideraban una restricción a su derecho a la OC, anulando varios de los decretos de la ley y permitiendo que se pueda objetar cualquier etapa de la IVE.¹ De acuerdo con la ONG Mujer y Salud en Uruguay, que en 2017 hizo estudios en 10 de los 19 departamentos del país, la OC es una “tendencia” que va, del 56% en Montevideo, al 100% en algunas provincias (MySU, 2017).

En Argentina, desde 1921 la legislación incluye causales de no punibilidad del aborto, cuando hay riesgo para la vida o la salud de la mujer, y cuando el embarazo es producto de violación. Sin embargo, la implementación ha sido prácticamente nula. En la última década se han dado cambios importantes, que generaron una mayor institucionalización de la Interrupción Legal del Embarazo (ILE), en especial, a partir del un fallo de la Corte Suprema de Justicia del año 2012, conocido

¹ La ley de IVE dispone 4 etapas: IVE 1 y 2, recepción de la voluntad de la mujer; IVE 3: asesoramiento y entrega de medicación; IVE 4: control.

como “fallo FAL”.² En 2018 se discutió en el parlamento una ley de despenalización y legalización de la ILE, que fue aprobada en la Cámara de Diputados y luego rechazada en el Senado. El trabajo incansable y sostenido, durante más de una década, de la Campaña Nacional por el Derecho al Aborto Legal Seguro y Gratuito, y la histórica potencia del movimiento de mujeres, generaron una movilización social masiva sin precedentes en apoyo al aborto legal. El Protocolo para la Atención de Personas con Derecho a la ILE, publicado por el Ministerio de Salud de la Nación, en 2015, establece “una visión integral de la salud como concepto que abarca las dimensiones físicas, mental-emocional y social”.³ Si bien el protocolo es claro, las autoridades sanitarias y los servicios de salud en general lo ignoran o rechazan, y operan bajo una visión altamente restrictiva del concepto de riesgo para la salud, en términos puramente biomédicos y de riesgo grave e inminente (ADC, 2015); los elementos del orden psicosocial son rara vez tenidos en cuenta. Por su parte, para la ILE por causal violación, el único requisito es la declaración jurada de la solicitante, en la que exprese que el embarazo ha sido producto de relaciones no consentidas; aunque los profesionales de la salud, muchas veces desconfían de la palabra de la solicitante y exigen una orden judicial. Todo esto genera un escenario altamente complejo y contradictorio, en el que la ILE es poco accesible.

La legislación argentina reconoce la OC respecto de diferentes prácticas de salud reproductiva. El Protocolo Nacional para la Atención Integral de Personas con Derecho a la ILE establece la posibilidad de la OC individual “siempre y cuando no se traduzca en la dilación, retardo o impedimento para el acceso a esta práctica”; además, establece la responsabilidad institucional en la garantía de la práctica y la imposibilidad de ejercer la OC en caso de emergencia, o cuando no exista personal disponible para realizar la práctica (Ariza & Ramon Michell, 2019).

Metodología

Este artículo se elabora a partir de 29 entrevistas hechas en 2016 a ginecologistas (24) y médicas/os generales (5), en clínicas y hospitales de Buenos Aires,

² Este fallo interpretó el Código Penal afirmando que no resulta punible la interrupción del embarazo proveniente de toda clase de violación, y que cualquier caso de aborto no punible no está supeditado a trámite judicial.

³ El Protocolo de ILE ha sido recientemente actualizado (dic 2019) en función de nuevas evidencias científicas, recomendaciones clínicas y estándares jurídicos. Esta edición profundiza la interpretación del concepto de “peligro para la salud” que contempla el Código Penal en términos de salud integral, enfatizando la dimensión de salud mental y los conceptos de bienestar y determinantes sociales de la salud.

Montevideo y Bogotá, que declararon OC para prestar servicios de aborto legal. La muestra incluyó 16 mujeres y 13 hombres de entre 30 y 67 años. 27 entrevistas fueron hechas en persona, y dos telefónicamente. Todas fueron grabadas, previa autorización y consentimiento informado, y luego, fueron transcritas y codificadas. En Argentina y en Colombia hubo mucha resistencia de parte de potenciales participantes del estudio, y completar el número de entrevistas deseadas fue particularmente difícil.

En Colombia y en Uruguay, las/los objetoras/es se desenvolvían en contextos donde el aborto legal era cotidiano. Para las/los entrevistadas/os de Argentina, en cambio, el asunto resultó bastante ajeno. La guía de entrevistas apuntó a conocer aspectos de la vida personal y profesional de las/los participantes, de su formación profesional, de cómo entendían y ejercían la OC en los espacios de trabajo, y de sus conocimientos, y opiniones, sobre las leyes de aborto y sobre las mujeres que solicitan abortos. El protocolo del estudio fue aprobado por el Comité de Ética de Profamilia, Colombia. Aunque el estudio estuvo diseñado para hacer un posterior análisis por país, las sorprendentes similitudes entre ellos nos permitieron analizarlos conjuntamente.

En las rutinas médicas, la OC no es un concepto del que habitualmente se habla, no define identidades y no deja marcas en quienes se acogen a ella; es decir, pasa desapercibida. La objeción tiene el carácter de un verbo, sólo que no indica acción, sino que salvaguarda la inacción. Aquí dejamos en evidencia algunas de las racionalidades atribuidas por las/los entrevistadas/os a tal inacción. Al justificar sus razones para negarse a brindar servicios de IVE/ILE, los/as médicos/as configuran una serie de prácticas y de representaciones sobre el aborto que están inherentemente atadas a cómo entienden los cuerpos gestantes, las mujeres, el embarazo y al ejercicio, y el conocimiento, médicos. En esas prácticas y representaciones tratamos de capturar los esquivos sentidos de la OC.

Más allá de las innegables marcas idiosincráticas y a lo establecido en los regímenes legales, hubo en las narrativas unas pasmosas continuidades, en la comprensión y el ejercicio de la gineco-obstetricia, y un normalizado menosprecio de los cuerpos con capacidad de gestar. Conforme hilvanamos nuestro argumento, damos cuenta de lo problemáticos y opresivos que pueden ser los discursos de poder gineco-obstétricos, y de su capacidad para operar transversalmente en contextos disímiles, como Argentina, Uruguay y Colombia. Teóricamente, se ancla en los análisis feministas de los estudios de la reproducción, que analizan la relación entre los discursos biomédicos sobre los cuerpos con capacidad de gestar y la maternidad como único destino de las mujeres.

Hallazgos

¿De qué está hecha la OC?

Pese a la heterogeneidad encontrada en las razones para acogerse a la OC –desde el fundamentalismo católico hasta la sobrecarga laboral– hubo entre las/los médicas/os un cuestionamiento al aborto clandestino, y una aceptación de la necesidad de marcos que permitan el aborto legal:

Ni mi entorno ni yo tenemos una postura antiaborto. Me parece que es lo mejor para todo el mundo: que esté despenalizado y que esté dentro del marco de la ley, eso es lo mejor [...] porque todo lo que es clandestino lleva a riesgos innecesarios. Entonces, no estoy contra la despenalización (Uruguay, Entrevista 1).

Me parece que debe ser algo legal, que las mujeres entren a una institución donde les hagan un protocolo y les hagan un manejo adecuado, donde les eviten posibles riesgos a futuro, para hacerse un aborto como debe ser, eso me parece bien, es decir, que no vayan a un sitio clandestino donde no tengan medidas asépticas (Colombia, Entrevista 1).

[...] mujeres de bajos recursos que lo hacen en lugares inseguros o con medicación que le dijo una amiga, o que vio en Internet, no tienen acceso después a métodos anticonceptivos y eso es un problema. Cuando uno lo hace en un hospital, en general, te terminan y te dan un método anticonceptivo, te concientizan (Argentina, Entrevista 7).

Estas afirmaciones acotan una mirada de salud pública y señalan los problemas asociados al aborto clandestino, pero de ningún modo implican un reconocimiento de que las mujeres tienen derecho a elegir lo que quieren para sus vidas. La despenalización de la que hablan las/los entrevistadas/os, aquella con la que estarían de acuerdo, es un pequeño resquicio por el que dejan colar las excepciones que cada quien consideraría legítimas para que una mujer accediera a un aborto, y en todos los casos, serían ellos mismos como médicas/os quienes determinarían qué embarazos se podrían interrumpir y qué mujeres serían elegibles para hacerlo. Así, y aunque pareciera que argumentan lo contrario, entre las/los entrevistadas/os hubo un marcado disgusto por las formas en cada país contempla el aborto como derecho. La OC está hecha de dudas e incomodidades respecto al diseño de las leyes de aborto y los protocolos de atención:

[...] para mí legalmente no son todas causales, no deberían ser todas legales, si la mujer quiere acceder y hacerlo por ella, sí, pero otra cosa es insti-

tucionalizarlo y que el médico, que la institución le produzca un aborto, no es lo mismo (Argentina, Entrevista 7).

[La IVE] debería hacerse más que con un análisis psicológico. No sólo que llegue la mamá y diga: “sí, a mí me afecta” y con eso ser suficiente. No, me parece que no (Colombia, Entrevista 6).

Con una malformación que sepa uno que es incompatible con la vida, que, pues, no hay nada, pienso que lo haría, pero en caso de una violación o en un feto sano, no (Colombia, Entrevista 8).

Yo intento ser flexible, pero lo que pasa es que no puedo ser flexible, porque en los lugares de trabajo tengo que decir sí o no, porque no puedo decir a ella sí y a ella no, entonces es a todas no (Uruguay, Entrevista 2).

Además de las incomodidades con la ley, de los relatos se destilaron prejuicios sobre las mujeres –embarazadas o no–. La OC es esclarecedora sobre los entrecruzamientos entre el conocimiento médico y un discurso público –bastante movilizadopor los sectores anti-derechos– que han hecho del feto un sujeto, y de las mujeres, sus incubadoras. La OC está hecha de estereotipos sexistas e inequidades de género. Además, un eventual escenario de autonomía y justicia reproductiva plena es visto por las/los entrevistadas/os como una amenaza al poder que el ejercicio de la medicina les ha concedido. La OC también está hecha de poderes biomédicos y del control de los cuerpos con capacidad de gestar.

Sujetos fetales y sus incubadoras

Los análisis feministas sobre la ginecología contemporánea han señalado el impacto de las prácticas que dan al feto el estatus de sujeto individual, autónomo e independiente de las sujetas embarazadas, y sus conexiones con el *lobby* anti-aborto (Franklin, 1991; Petchesky, 1987). En su clásico artículo sobre imágenes fetales, Rosalind Petchesky (1987) ilustró cómo las representaciones dominantes del feto dependen de técnicas de visualización, como ecografías, en las cuales el feto aparece “solitario, balanceándose en el aire, sin nada que lo conecte a ningún sistema de soporte vital, excepto ‘un cordón umbilical claramente definido’” (268). Petchesky pregunta: ¿dónde está la embarazada? La gineco-obstetricia contemporánea ha establecido el embarazo, predominantemente, como una relación entre el médico y el feto. Beynon Jones (2012) muestra cómo, con las rutinas médicas, se olvida que los cuerpos y las vidas de las sujetas embarazadas están inevitablemente implicados en el destino del embarazo y del feto. No es una sorpresa, entonces, que en los relatos de las/los entrevistadas/os la OC estuviera, a menudo, centrada en la protección de los sujetos fetales:

El punto es que cuando ya está embarazada, cuando hay otra vida, me parece que la mujer ya no tiene potestad sobre ella porque estamos hablando de una tercera persona. Entonces, me parece bárbaro que tenga el sexo que quiera, que lo haga como quiera. El punto es que cuando ella está decidiendo sobre el aborto, está decidiendo sobre una tercera persona y entonces ahí viene nuestra objeción (Argentina, Entrevista 4).

Estos discursos ponen a la embarazada en una posición subordinada respecto al feto y, en virtud de las exégesis que el conocimiento médico valida, la desprovveen de cualquier capacidad de leer o interpretar su embarazo. El feto, como el subalterno de Spivak, no puede hablar por sí mismo. Para hacerlo hablar –y para hacerlo nacer– antes que de una mujer, se necesita del saber experto:

Si venís como paciente, yo te quiero ayudar [...] salvo cuando a vos te agarra una locura y me hacés hacer algo que yo creo está perjudicando a lo que tenés adentro [...]. Vos venís a verme como paciente y a partir del día que te acepto tengo dos vidas, una que sos vos y otra que es la del bebé que no habla, pero yo sí sé interpretar lo que le pasa al bebé. El que no lo hace me parece que está dejando de lado una vida nada más porque lo decide la madre. Yo no creo que la decisión sea de la madre. Entonces la madre no puede arrogarse la total omnipotencia sobre lo que tiene allá adentro (Argentina, Entrevista 2).

Franklin (1991) llamó “teleología del feto” al discurso por el cual el embarazo es construido como un proceso con un final determinado: el parto de un bebé sano. Tal discurso no sólo refuerza las ideas de las embarazadas como entes pasivos y sujetas de espera (Beynon Jones, 2012), sino que desnaturaliza y despolitiza otros caminos posibles, como el aborto. El feto en útero equiparado a un bebé ya nacido crea un “desplazamiento de tiempo” (Van der Ploeg, 2001) que invisibiliza a la embarazada, excluyéndola de las decisiones sobre su embarazo:

Yo creo que el embrión es un ser humano en potencia, no es una persona a las 12 semanas, pero es potencialmente una persona. Entonces yo no soy quién para interrumpir un embarazo, un ser humano en potencia, yo entiendo es en parte un parásito, por decir ahora en la mujer, porque por fuera de la panza no tiene vida, pero por eso digo la mujer puede hacer lo que quiera con su cuerpo, pero yo no participo, para mí es un ser humano en potencia (Argentina, Entrevista 7).

Tal es la devoción que los sujetos fetales despiertan entre sus intérpretes, y tal la irrelevancia de los cuerpos que los gestan, que incluso cuando la vida de la embarazada corre peligro inminente, tienden a inclinarse por la vida del feto:

Mientras haya ritmo del corazón del bebé no soy capaz de inducirlo [...] nosotros manejamos embarazos de alto riesgo, preeclampsia severa que, o es la vida de la mamá o es la vida del bebé. Me cuesta tener que tomar esa decisión (Colombia, Entrevista 6).

Federici (2012) ve en el desproporcionado poder del conocimiento médico contemporáneo formas de apropiar los cuerpos femeninos y de hacerlos funcionar como medios para la reproducción. Para justificar la OC es común que emerjan relatos en los cuales las mujeres son descontextualizadas de sus cuerpos, reducidas a meros vientres cuya función es la de soporte vital:

Lo que me motiva a mí es muy simple [...] que la vida empieza con la concepción. Esa vida es única e irrepetible, médicamente, según el código genético. Está ahí, necesita del vientre materno para vivir, pero es un nuevo ser independiente que está engendrándose en la madre, desde el momento de la concepción (Argentina, Entrevista 3).

Me parece que no está bien, que no somos quiénes nosotros para decidir eso, ni nosotros, ni yo, ni alguna mujer que lo tiene en una parte del cuerpo. Es una nueva vida, que considero también se debe proteger (Uruguay, Entrevista 9).

Saberes gineco-obstétricos

La construcción de la gineco-obstetricia, como rama de la medicina específica para las mujeres, ha tenido como punto centrífugo y estructurador la función reproductiva, de la cual el útero es el órgano por excelencia (Rohden, 2001; Freitas 2008; Laqueur, 1994). La norma social según la cual las mujeres están predestinadas a ser madres (Viveros, 1995; Facundo, 2006; Ochoa Almanza, 2015; Cocco, 2019; Palacios, 2003; Vallana Sala, 2016) tiene un correlato en el saber y en la práctica gineco-obstétrica. A través suyo, la jerarquía social de los sexos es legitimada como naturaleza. A la diferencia sexual femenina se atribuye una predeterminación: la maternidad, la familia y lo doméstico. Las/los entrevistadas/os suscribieron esta mirada. De ahí que vieran el aborto voluntario como un abrupto, lo “antinatural”:

[La IVE] estaría interrumpiendo un proceso que de forma natural no está siendo interrumpido (Colombia, Entrevista 5).

De la maternidad como norma sólo podrán eximirse aquellas embarazadas a quienes estas/os profesionales autoricen. La confianza en el saber médico y en el dominio de sus técnicas fue usada por las/los entrevistadas/os para ratificar el control que tienen sobre los cuerpos gestantes, y para afirmar sin dubitaciones que el embarazo y el aborto son asuntos médicos, ajenos a los significados que las embarazadas puedan darle. La “viabilidad” y el “riesgo” son categorías técnicas que sólo su saber clausura:

[...] ya sabemos que a partir de la semana 26, 27, es un niño viable [...]. Entonces ahí cambia, es un feticidio con más procedimientos (Colombia, Entrevista 6).

[...] una cosa es el riesgo en ese momento, la urgencia vital. Si en ese momento la urgencia vital hace que yo me tenga que inclinar por lo que pone en riesgo la vida de la paciente, por que hay un sangrado, es decir, desde el punto de vista médico... Pero no he visto ninguna [urgencia vital] y llevo 16 años (Colombia, Entrevista 6).

La autonomía reproductiva en general, pero sobre todo el aborto legal, se presenta como una amenaza, pues cuestiona sus certezas y limita el poder que han estado habituados a detentar y a ejercer, un poder que no acostumbra tener en cuenta la voluntad de aquellos cuerpos que lo hacen posible. Las/los profesionales piensan que el aborto legal cambia las reglas del juego desviando la esencia de su quehacer. La OC es una reacción a la regulación del aborto legal, que según ellas/ellos, se haría en detrimento de otras prácticas. Esto es articulado en quejas sobre una supuesta desatención del embarazo a término y de la anticoncepción:

Se le dio mucha salida al IVE, y funciona así: tiene que estar el médico prácticamente 24 horas del día dispuesto para esa paciente, el ecografista dispuesto a hacerle su ecografía, el equipo multidisciplinario, el de la farmacia que tenga la medicación todo el tiempo (Uruguay, Entrevista 5).

Se priorizó mucho el aborto sin darle más importancia a la prevención del embarazo. Yo quiero decir cuál es mi punto de vista y por qué soy objetor. La IVE puede hacerla cualquiera [se refiere a las pacientes], no hay ningún problema, pero para que la gente se pueda proteger, cubrir, tener una anticoncepción... unas sí y otras no. [...] Si tú el día de mañana me dices: “tenemos todas las opciones para todo el mundo”, bueno, perfecto, yo me sumo, pero se le dio tanto ímpetu, tanta fuerza, tanto desgaste, horas, plata, bla, bla, leyes, todo, pero sin prevenir lo otro. Paso, entonces (Uruguay, Entrevista 3).

En los tres países las legislaciones son claras respecto a que la IVE/ILE es permi-

tida si hay riesgo para la salud de la embarazada. Sin embargo, la inercia médica de interpretar la salud como lo fisiológico conlleva un rechazo al aborto que no encaja en dicho modelo. Mientras desde el enfoque de derechos humanos la salud está relacionada con la autonomía, el bienestar y la calidad de vida, para las/los entrevistadas/os la salud es un hecho físico, diferenciable de lo mental o psicológico e independiente de los contextos socioeconómicos. La salud mental, para su campo de conocimiento y práctica, resulta irrelevante y, en todo caso, puede ser fácilmente tratable:

La causal salud es muy amplia porque deriva de la definición de bienestar bio-psicosocial [...]. Psico es lo que yo no contemplo, “tengo 13 hijos, este 14 no lo quiero”. Es un poco “border” al tener una definición tan amplia de salud (Argentina, Entrevista 6).

Puede que en ese momento esté en riesgo la salud psicológica, pero yo no lo veo como una afectación grave que no se pueda tratar o solventar de alguna otra forma diferente al aborto [...] Cuando empiezo a ver cómo es la afectación de la salud de la mujer, empiezo a entrar en conflictos personales. Si tú me hablas de que hay una afectación en la salud por algún problema médico, que no podía embarazarse, que tuvo un antecedente de alguna enfermedad, que definitivamente no puede seguir teniendo hijos, yo no tengo ningún problema con eso. Pero cuando a mí me dicen que la salud también es la salud psicológica, y yo veo que las niñas en la asesoría manifiestan que tienen un riesgo psicológico por su embarazo, que puede llegar a perjudicar su proyecto de vida, y después las veo en otro ámbito dentro de la institución con una actitud completamente diferente, que no muestra que tengan en realidad un conflicto psicológico, ahí es cuando yo digo: esto no debería ser así, y ahí es cuando yo digo, soy objetor (Colombia, Entrevista 1).

Pacientes imaginadas

En los relatos de las/los entrevistadas/os, al son de los elusivos discursos sobre la OC, se iba dibujando el retrato de aquella paciente de IVE/ILE, una paciente arquetípica: siempre imaginada, siempre abstracta, pero con efectos muy concretos. Se trata de una mujer heterosexual, irresponsable, perezosa, descontrolada, promiscua, mentirosa, en quien no se puede confiar, incapaz de visualizar su futuro, que desconoce la felicidad que viene con los hijos, que se toma el aborto a la ligera, que no para en el primer aborto, pero que, sobre todas las cosas, no sabe usar un método anticonceptivo. Esta cadena de estereotipos, esta caricatura, no sólo homogeneiza, sino que infantiliza a las mujeres, descalificándolas como personas completas con capacidad de tomar decisiones o de reconocer lo que es bueno para ellas.

Me parece que es muy banal la decisión. Me lo han dicho en una consulta, “yo que sé: pintó estar y pintó sacármelo” (Uruguay, Entrevista 7).

Me encontré con que venía, por ejemplo, una niña de 25, 26 años [...], una niña confundida: “estoy confundida, no sé si quiero continuar con este embarazo” (Colombia, Entrevista 4).

Me tocó una paciente que se inventó todo lo de la violación para poder abortar [...]. Dijo que la habían violado, se le hizo todo el manejo, y como a las dos semanas: embarazo. Como se había hecho el estudio completo en ese momento no coincidían las semanas. Ya venía embarazada en el momento que dijo que había pasado eso [la violación]. Me parece que ahí utilizó eso para poder luego inducirse el aborto (Colombia, Entrevista 6).

Si hay una ley que dice que la mujer violada tiene derecho a quitarse el embarazo, bueno, que demuestre que es violada, no que venga una mentirosa, como ocurre acá, que dice: “me violaron”. Bueno, pasá la denuncia si te violaron [...]. Pero no, no hace denuncia, resulta que no sabe quién es el violador, o sea, se ampara en ese punto de la ley para interrumpir el embarazo. Hecha la ley, hecha la trampa (Argentina, Entrevista 3).

Las ideas sobre la irresponsabilidad y/o la ignorancia de las mujeres respecto al uso de anticonceptivos son persistentes:

Estuve interrogando a muchísimas de estas chicas que se han hecho más de una IVE, les pregunto cómo se están cuidando, y no se cuidan. Hay una despreocupación (Uruguay, Entrevista 8).

Me dan pena, la verdad que me dan pena. Lo que les hace falta, para mí, a esas mujeres, es una autocrítica y alguien que las oriente en saber cómo cuidarse porque es esa paciente que vos decís “vení y te hago una ligadura de trompas en el hospital, y ya no tenés problema”. Es por ignorancia, porque no tienen la información, culturalmente no las han educado para saber que hay otros métodos (Argentina, Entrevista 8).

Tampoco me siento cómoda con esa situación: “es que estoy triste porque me puse el postday [anticonceptivo de emergencia] y no me funcionó”. Yo digo, ¡miércoles! pues también hay una sensación de irresponsabilidad de las pacientes que me parece muy dura (Colombia, Entrevista 4).

Sabes que cuentas con cosas para no exponerte en los riesgos, y te expones, entre ellos el riesgo del embarazo, me parece que el hecho de saber “si me embaracé, no lo tengo y punto” me parece que está mal (Uruguay, Entrevista 2).

Con esos enunciados los/as objetores/as banalizan y quitan legitimidad a la

IVE/ILE como opción. Estas/os médicas/os ven en el aborto una suerte de “premio” a la irresponsabilidad, y por ello, como medida correctiva y ejemplar, para que las mujeres aprendan la lección, proponen dos caminos: maternidad o adopción.

[Hay que darles] la posibilidad de adopción. Hay muchas familias que no tienen hijos (Uruguay, Entrevista 5).

Yo tampoco puedo ni darle la pastilla del momento y vamos arriba, ni tampoco puedo correrla del consultorio porque tengo OC. Tengo que hablarle, ver qué está pensando la mujer en ese momento y quizás en el diálogo, no convencerla, sino ver qué pasa (Uruguay, Entrevista 3).

Por ejemplo, en una violación el bebé no tiene la culpa como para hacer una interrupción, y sí podría darle mucha alegría a esa mamá (Colombia, Entrevista 2).

No me parece coherente la forma de actuar de las pacientes. Si yo fuera mujer y me embarazara y no estuviera planeado ese embarazo, yo entro en shock [...] y probablemente diría, “no puedo tener este bebé”. Pero si yo le doy un tiempo y lo proceso y busco redes de apoyo en mi familia, y busco algún otro tipo de solución, muy probablemente yo podría continuar con ese embarazo (Colombia, Entrevista 1).

Las narraciones, además, representan el embarazo como una distopía. Un mundo exclusivamente de mujeres con la capacidad de reproducirse a sí mismas: una partenogénesis humana. Recurrentemente exhortan a sus pacientes imaginarias a que no “se” embaracen o a las acusan de “haberse” embarazado, desconociendo que la gestación implica la participación de otros sujetos, los varones, quienes son eximidos de toda responsabilidad.

Ese respeto hacia la vida me hace no tomar una conducta activa frente al aborto. Yo creo que lo primero que debería ocurrir es que las mujeres no se embaracen (Colombia, Entrevista 8).

Teníamos una paciente con un cáncer de mama grave, estaba mal y le dijimos que por favor no se embarazara, y se embarazó, se decidió por el riesgo (Argentina, Entrevista 1).

No te digo juzgar, pero si interrumpiste un embarazo, se te dieron métodos anticonceptivos y te vuelves a embarazarse habla de una negligencia por parte de la paciente (Uruguay, Entrevista 1).

Los estudios de Rostagnol (2015; 2012) y Beynon-Jones (2017a; 2017b), entre otras feministas, sobre la multiplicidad de experiencias y subjetividades relaciona-

das con el aborto voluntario, demuestran con solvencia que no hay algo como una paciente arquetípica. Estas/os médicas/os son miopes ante la diversidad constitutiva de las condiciones socio-materiales que cada situación de aborto voluntario acarrea, desconocen que muchas mujeres quedan embarazadas como consecuencia de relaciones de género desiguales, y parecieran confiar que todas las mujeres ejercen todo el tiempo una sexualidad libre, autónoma y soberana (MacKinnon, 1994).

Aborto piadoso

La despolitización y vaciamiento de los significados del aborto también toma forma en la práctica del aborto piadoso: aquel que las/los objetoras/es estarían dispuestos a hacer, siempre que lo pudieran elegir caso por caso, que sus pacientes fueran las “buenas mujeres” –y no las pacientes imaginadas– y en situaciones en las que éstas demuestren culpa y sufrimiento. Tales argumentos refuerzan el estigma y rechazan las posiciones feministas sobre aborto como algo no necesariamente negativo (Beynon-Jones, 2017b; Boyle, 1997). El aborto piadoso no es un reconocimiento de un derecho de las mujeres, sino la ratificación del poder médico:

Quiero decir que hago interrupciones, yo hago, he hecho interrupciones, no acá, porque acá es otro tipo de interrupción [causal salud], pero las interrupciones que yo hago en otra clínica son de pacientes que tienen malformaciones fetales. Es decir, no tengo ningún inconveniente si las pacientes tienen algún tipo de malformación fetal y quieren una interrupción [...] Son pacientes que quieren a sus hijos, esa yo pienso que es la gran diferencia, son personas que quieren a sus hijos y que les duele perder su hijo, sea en una semana 16 o 20, es decir les va dar igual perderlo en semana 16 o en la 20, que perderlo al final. Entonces, si uno les ahorra, yo pienso, ese sufrimiento de estar tanto tiempo con un embarazo que cuando va nacer se va morir, o que va tener una cantidad de complicaciones, pues hacerlo en una semana no tan grande, pues, en parte uno les ayuda a esas pacientes mucho (Colombia, Entrevista 2).

Cuando se trata de una chica violada, que uno ve el sufrimiento de esa paciente, o una chica con un problema mental, también me da la idea como para ponerme de su lado (Argentina, Entrevista 8).

Para el caso de nuestras/os entrevistadas/os, la OC no responde a un no rotundo al aborto. Para que el aborto sea legítimo ellos/as ponen una condición: estar de acuerdo.

Conclusión

Este artículo amplía la mirada a la OC en aborto, explorándola desde sus prácticas y no desde sus definiciones. Guiadas por la pregunta sobre aquello de lo que está hecha, depuramos de los relatos de los objetores los significados que ellos mismos le conceden, unos significados en todo momento amarrados a lo que entienden por saber y práctica médica. Esos entendidos nos permitieron dejar de ver la OC como un fenómeno aislado e individual, y reconectarla con el continuo de las violencias de género que son justificadas, y practicadas, en la medicina y en la gineco-obstetricia.

La OC está hecha de –al tiempo que reproduce– dudas e incomodidades respecto a las leyes de aborto y los protocolos de atención; de estereotipos sexistas y de desigualdades de género; y del apego a los poderes biomédicos y al control de los cuerpos gestantes. Como característica general, los/as entrevistados/as no tenían posiciones absolutas frente al aborto ni lo rechazaban tajantemente. La objeción es una herramienta usada para asegurar su fuero como médicos, para no negociar su poder, o simplemente para conjurar sus dudas. En las objeciones se cristalizan un puñado de prejuicios que son simultáneamente médicos, jurídicos y sociales, pero que, al traducirse en el ejercicio unilateral de un desproporcionado poder, la negación a prestar un servicio, tiene un costo excesivamente alto para quienes requieren un IVE/ILE.

Para futuras investigaciones sugerimos explorar el papel de las escuelas de medicina en la formación de las subjetividades de los profesionales en medicina y gineco-obstetricia respecto a la SSR y los DSR. Nuestros entrevistados reconocieron que estos temas no fueron abordados mientras hicieron sus estudios, y mantienen la idea de que son irrelevantes. Planteamos, como hipótesis, que si la OC es una de las maneras de obturar el ejercicio de los derechos sexuales y reproductivos de las mujeres latinoamericanas, y parte constitutiva de esa OC es la forma en que se aprende y se enseña la medicina gineco-obstétrica, es estratégico y urgente, para poder seguir disputando los significados del embarazo y del aborto, investigar sobre los currículos de las escuelas de medicina de la región.

Recibido: 04/24/2019
Aceptado para publicación: 09/21/2019

Referencias bibliográficas

- ALEGRE, Marcelo. *s/d. El problema de la objeción de conciencia en la esfera de la salud sexual y reproductiva* [online]. Available from: https://www.palermo.edu/Archivos_content/derecho/pdf/objecion-paper.pdf
- ARIZA NAVARRETE, Sonia & RAMÓN MICHEL, Agustina, 2018. *Objeción de conciencia institucional: problemas y una solución balanceada*. Buenos Aires: Equipo Latinoamericano de Justicia y Género, Red de Acceso al Aborto Seguro, Argentina, CEDES.
- ARIZA NAVARRETE, Sonia, 2012. “Resistencias al acceso al aborto (no punible)”. *Derecho Penal*. 2012. Vol. 1, no. 2, p. 23–36.
- BERRO PIZZAROSSA, Lucía, 2018. “Legal barriers to access abortion services through a human rights lens: the Uruguayan experience”. *Reproductive Health Matters*. December 2018. Vol. 26, no. 52, p. 1422664. DOI 10.1080/09688080.2017.1422664.
- BEYNON-JONES, Siân M., 2012. “Timing is everything: the demarcation of “later” abortions in Scotland”. *Social Studies of Science*. February 2012. Vol. 42, no. 1, p. 53–74. DOI 10.1177/0306312711426596.
- BEYNON-JONES, Siân M, 2017a. “Gestating times: women’s accounts of the temporalities of pregnancies that end in abortion in England”. *Sociology of Health and Illness*. 2017. Vol. 39, no. 6, p. 832–846.
- BEYNON-JONES, Siân M, 2017b. “Untroubling abortion: A discourse analysis of women’s accounts”. *Feminism & Psychology* [online]. 2017. [Accessed 26 February 2019]. DOI <https://doi.org/10.1177/0959353517696515>. Available from: <https://journals.sagepub.com/doi/10.1177/0959353517696515>
- BOYLE, Mary, 1997. *Rethinking Abortion: Psychology, Gender and the Law*. London: Routledge.
- CABAL, Luisa, OLAYA, Monica & ROBLEDO, Valentina, 2014. “Striking a Balance: Conscientious Objection and Reproductive Health Care from the Colombian Perspective”. *Health and human rights*. 2014. Vol. 16, no. 2, p. 73–83.
- CARD, Robert F., 2007. “Conscientious Objection and Emergency Contraception”. *The American Journal of Bioethics*. June 2007. Vol. 7, no. 6, p. 8–14. DOI 10.1080/15265160701347239.
- CHAVKIN, Wendy, LEITMAN, Liddy, POLIN, Kate & OTHERS, 2013. “Conscientious objection and refusal to provide reproductive healthcare: A White Paper examining prevalence, health consequences, and policy responses”. *International Journal of Gynecology & Obstetrics*. 2013. Vol. 123, p. S41–S56.
- COCCO, Martina, 2019. “Cuerpos nulíparos”. *Subjetividades femeninas que eligen no ser madres en Bogotá*. Bogotá: Escuela de Estudios de Género, Universidad Nacional.
- COPPOLA, Francisco, BRIOZZO, Leonel, NOZAR, Fernanda, FIOL, Verónica & GREIF, Diego, 2016. “Conscientious objection as a barrier for implementing voluntary termination of pregnancy in Uruguay: Gynecologists’ attitudes and behavior”. *International Journal of Gynaecology and Obstetrics: The Official Organ of the*

- International Federation of Gynaecology and Obstetrics*. August 2016. Vol. 134, no. S1, p. S16–S19. DOI 10.1016/j.ijgo.2016.06.005.
- COWLEY, C., 2015. “Conscientious objection and healthcare in the UK: why tribunals are not the answer”. *Journal of Medical Ethics* [online]. 17 April 2015. [Accessed 31 October 2015]. DOI 10.1136/medethics-2015-102692. Available from: <http://jme.bmj.com/cgi/doi/10.1136/medethics-2015-102692>
- DEPIÑERES, Teresa, RAIFMAN, Sarah, MORA, Margoth, VILLARREAL, Cristina, FOSTER, Diana Greene & GERDTS, Caitlin, 2017. “‘I felt the world crash down on me’: Women’s experiences being denied legal abortion in Colombia”. *Reproductive Health*. 23 October 2017. Vol. 14, no. 1, p. 133. DOI 10.1186/s12978-017-0391-5.
- DEZA, Soledad, 2015. “Gobierno del cuerpo de las mujeres: protocolos de aborto y objeción de conciencia”. *Perspectivas Bioéticas*. 2015. Vol. 20, no. 37/38, p. 76–99.
- DICKENS, Bernard, 2009. “Legal protection and limits of conscientious objection: when conscientious objection is unethical”. *Medicine & Law*. 2009. Vol. 28, no. 2, p. 337.
- DINIZ, Debora, MADEIRO, Alberto & ROSAS, Cristiano, 2014. “Conscientious objection, barriers, and abortion in the case of rape: a study among physicians in Brazil”. *Reproductive Health Matters*. May 2014. Vol. 22, no. 43, p. 141–148. DOI 10.1016/S0968-8080(14)43754-6.
- DINIZ, Debora, 2011. “Conscientious objection and abortion: rights and duties of public sector physicians”. *Revista de Saúde Pública*. 2011. Vol. 45, no. 5, p. 981–985.
- FACUNDO, Ángela, 2006. “Los padres y las madres de la patria. Representaciones médicas de las mujeres en Bogotá a comienzos del siglo veinte”. In: *De mujeres, hombres y otras ficciones. Género y sexualidad en América Latina*. Bogotá: Tm Editores. p. 77–96.
- FAÚNDES, Anibal, DUARTE, Graciana Alves & OSIS, Maria José Duarte, 2013. “Conscientious objection or fear of social stigma and unawareness of ethical obligations”. *International Journal of Gynecology & Obstetrics*. 2013. Vol. 123, p. S57–S59.
- FEDERICI, Silvia, 2012. *Calibán y la bruja: mujeres, cuerpo y acumulación originaria*. Madrid: Traficantes de sueños. ISBN 978-84-96453-51-7.
- FIALA, Christian & ARTHUR, Joyce H., 2014. “‘Dishonourable disobedience’ – Why refusal to treat in reproductive healthcare is not conscientious objection”. *Woman - Psychosomatic Gynaecology and Obstetrics*. December 2014. Vol. 1, p. 12–23. DOI 10.1016/j.woman.2014.03.001.
- FIALA, Christian & ARTHUR, Joyce H. 2017. “There is no defence for ‘Conscientious objection’ in reproductive health care”. *European Journal of Obstetrics & Gynecology and Reproductive Biology*. 1 September 2017. Vol. 216, p. 254–258. DOI 10.1016/j.ejogrb.2017.07.023.
- FOVARGUE, Sara & NEAL, Mary, 2015. “‘In good conscience’: Conscience-based exemptions and proper medical treatment”. *Medical law review*. 2015. P. fwv007.
- FRANKLIN, Sarah, 1991. “Fetal Fascinations: New Dimensions to the Medical-Scientific Construction of Fetal Personhood”. In: *Off-Centre: Feminism and Cultural Studies*. Harpercollins Academic. p. 190–205.

- FREITAS, Patrícia de, 2008. “A mulher é seu útero”. A criação da moderna medicina feminina no Brasil”. *Antíteses*. 2 December 2008. Vol. 1, no. 2, p. 174–187. DOI 10.5433/1984-3356.2008v1n2p174.
- GONZÁLEZ VÉLEZ, Ana Cristina & MELO ARÉVALO, Carolina, 2016. “¿Objeción de conciencia institucional? Impacto en la prestación de servicios de Interrupción Voluntaria del Embarazo”. *Segundo Seminario Regional Latinoamericano* [online]. La Mesa por la Vida y la Salud de las Mujeres, Católicas por el Derecho a Decidir-Colombia, Profamilia. [Accessed 20 February 2019]. Available from: http://www.despenalizaciondelaborto.org.co/2017/04/21/memorias_seminario_objecion_de_conciencia/
- GONZÁLEZ-VÉLEZ, Ana-Cristina, 2018. “Objeción de conciencia, bioética y derechos humanos: una perspectiva desde Colombia”. *Revista de Bioética y Derecho*. 2018. No. 42, p. 105–126.
- HARRIES, Jane, COOPER, Diane, STREBEL, Anna & COLVIN, Christopher J., 2014. “Conscientious objection and its impact on abortion service provision in South Africa: a qualitative study”. *Reproductive health*. 2014. Vol. 11, no. 1, p. 16.
- HARRIS, Laura Florence, AWOONOR-WILLIAMS, John Koku, GERDTS, Caitlin, GIL URBANO, Laura, GONZÁLEZ VÉLEZ, Ana Cristina, HALPERN, Jodi, PRATA, Ndola & BAFFOE, Peter, 2016. “Development of a Conceptual Model and Survey Instrument to Measure Conscientious Objection to Abortion Provision”. *PloS One*. 2016. Vol. 11, n° 10, p. e0164368. DOI 10.1371/journal.pone.0164368.
- INTERNATIONAL WOMEN’S HEALTH COALITION, 2018. *Unconscionable: When Providers Deny Abortion Care* [online]. [Accessed 20 February 2019]. Available from: <https://iwhc.org/resources/unconscionable-when-providers-deny-abortion-care/>
- JOHNSON, Brooke R., KISMÖDI, Eszter, DRAGOMAN, Monica V. & TEMMERMAN, Marleen, 2013. “Conscientious objection to provision of legal abortion care”. *International Journal of Gynecology & Obstetrics*. 2013. Vol. 123, p. S60–S62.
- LA MESA POR LA VIDA Y LA SALUD DE LAS MUJERES, 2014. “Objeción de Conciencia: un debate sobre la libertad y los derechos”. *Seminario Regional*.
- LAQUEUR, Thomas, 1994. *La construcción del sexo: cuerpo y género desde los griegos hasta Freud*. Madrid: Cátedra, Universitat de Valencia, Instituto de la Mujer. ISBN 978-84-376-1290-4.
- LUNA, Florencia, DEZA, Soledad, ARIZA, Sonia, BERKENWALD, Margarita, PRIGOSHIN, Perla, AROSTEGUY, Julieta & CUÑADO, Betina, 2016. *Objeción de conciencia y aborto* [online]. 2016. Observatorio Argentina de Biotética. FLACSO. [Accessed 24 February 2019]. Available from: http://www.academia.edu/26789130/Objeci%C3%B3n_de_conciencia_y_aborto
- MACKINNON, Catharine A, 1994. *Feminism unmodified: discourses on life and law*. Cambridge, Massachusetts: Harvard University Press. ISBN 978-0-674-29874-3.
- MYSU, 2017. “Abuso de la objeción de conciencia supone una barrera de acceso a la interrupción voluntaria del embarazo”. [online]. 29 June 2017. [Accessed 24 February 2019]. Available from: <http://www.mysu.org.uy/multimedia/mysu-en-medio/>

mysu-abuso-de-la-objecion-de-conciencia-supone-una-barrera-de-acceso-a-la-interrupcion-voluntaria-del-embarazo/

NEYRO-BILBAO, José Luis, ELORRIAGA, Miguel Ángel & LIRA-PLASCENCIA, Josefina, 2015. “Anticoncepción y bioética: entre la objeción de conciencia y el principio de autonomía”. *Ginecol Obstet Mex.* 2015. Vol. 83, p. 125–138.

OCHOA ALMANZA, Juana Marcela. 2015. “*Cubrirla de flores para que no parezca de hierro*”, *producción y reproducción de la heterosexualidad en la prensa escrita colombiana 1920-1925*. Bogotá: Escuela de Estudios de Género, Universidad Nacional.

PALACIOS, Irene, 2003. *Mujeres ignorantes: madres culpables. Adoctrinamiento y divulgación materno-infantil de la primera mitad del siglo XX*. Valencia: Universidad de Valencia.

PETCHESKY, Rosalind Pollack, 1987. “Fetal Images: The Power of Visual Culture in the Politics of Reproduction”. *Feminist Studies*. 1987. Vol. 13, no. 2, p. 263–292. DOI 10.2307/3177802.

ROHDEN, Fabiola, 2001. *Uma ciência da diferença: sexo e gênero na medicina da mulher*. Rio de Janeiro: Fiocruz.

ROSTAGNOL, Susana, 2012. “De la maternidad elegida a no ser madre (por ahora): anticoncepción y aborto en la vida de las mujeres”. *Sexualidad, Salud y Sociedad*. 2012. No. 12, p. 198–223. DOI <https://dx.doi.org/10.1590/S1984-64872012000600009>.

ROSTAGNOL, Susana, 2015. “Los cuerpos del aborto”. *Revista Venezolana de Estudios de la Mujer*. 2015. Vol. 20, no. 44, p. 163–177.

SCHUKLENK, Udo, 2018. “Conscientious objection in medicine: accommodation versus professionalism and the public good”. *British Medical Bulletin*. 2018. No. 126, p. 47–56.

STANHOPE, Kaitlyn, ROCHAT, Roger, FINK, Lauren, RICHARDSON, Kalie, BRACK, Chelsey & COMEAU, Dawn, 2017. “Physician opinions concerning legal abortion in Bogotá, Colombia”. *Culture, Health & Sexuality*. 3 August 2017. Vol. 19, no. 8, p. 873–887. DOI 10.1080/13691058.2016.1269365.

VALLANA SALA, Valeria, 2016. *Parirás con dolor, lo embarazoso de la práctica obstétrica: discursos y prácticas que naturalizan la violencia obstétrica en Bogotá*. Bogotá: Maestría en Estudios Culturales, Universidad Javeriana.

VAN DER PLOEG, Irma, 2001. *Prosthetic Bodies: The Construction of the Fetus and the Couple as Patients in Reproductive Technologies* [online]. Springer. [Accessed 23 February 2019]. ISBN 978-1-4020-0116-1. Available from: <https://www.springer.com/gp/book/9781402001161>

VIVEROS, Mara, 1995. “Saberes y dolores secretos. Mujeres salud e identidad”. In: *Género e Identidad. Ensayos sobre lo femenino y lo masculino*. Bogotá: Uniandes. p. 146–168.

ZORDO, Silvia De, 2012. “Representações e experiências sobre aborto legal e ilegal dos ginecologistas-obstetras trabalhando em dois hospitais maternidade de Salvador da Bahia”. *Ciência & Saúde Coletiva*. 2012. Vol. 17, no. 7, p. 1745–1754.