

Bioética feminista y objeción de conciencia al aborto: la lucha continua

Rosana Triviño Caballero

Grupo JuriLog,
Instituto de Filosofía, CSIC

rosanatrivino@yahoo.es

Feminist Bioethics and Conscientious Objection to Abortion: The Struggle Continues

RESUMEN: El ejercicio de la objeción de conciencia al aborto por parte de los profesionales sanitarios en ocasiones implica la vulneración de los derechos sexuales y reproductivos de las mujeres. Ello justifica la pertinencia de un análisis del fenómeno desde una perspectiva feminista que dé cuenta de los abusos cometidos, de los discursos morales subyacentes, de las relaciones de poder que se establecen entre profesionales, instituciones y usuarias. Este análisis posibilita una identificación profunda de los problemas y dota de los argumentos necesarios para la lucha por el respeto a la capacidad decisoria de las mujeres.

PALABRAS-CLAVE: objeción de conciencia, aborto, bioética feminista

ABSTRACT: Conscientious objection to abortion by health care professionals sometimes involves violations of sexual and reproductive rights of women. This evidence justifies the relevance of an analysis of the phenomenon from a feminist perspective, in order to take into account the abuses committed, the underlying moral discourses, power relationships established among professionals, institutions and users. This analysis allows a thorough identification of problems and provides with the required arguments to strengthen the struggle for the respect of women's decision-making capacity.

KEYWORDS: conscientious objection, abortion, feminist bioethics

Numerosas autoras han planteado el problema de la objeción de conciencia desde una perspectiva de género y estrechamente vinculado a la situación de vulnerabilidad en la que se encuentran las mujeres cuando su sexualidad y sus derechos e intereses reproductivos peligran (Alta Charo, 2007, 2010; MacLeod, 2008; Dickens y Cook, 2011; Diniz, 2011; Sepper, 2012; Harris, 2012). De hecho, el aborto continúa siendo el caso paradigmático de la objeción de conciencia por parte de los profesionales sanitarios, aunque no el único: a este procedimiento se unen otros que también guardan relación con las elecciones sexuales y reproductivas de las mujeres, como la dispensación de la píldora de emergencia o los tratamientos de fecundación artificial.

A mi modo de ver, la especificidad y la abundancia de los casos que se producen justifican la aplicación de un enfoque feminista en relación con la objeción de conciencia. Desde este punto de vista, es posible reivindicar los derechos e intereses de las mujeres y denunciar su vulneración. Al mismo tiempo, la perspectiva feminista visibiliza las relaciones de poder que en ocasiones se establecen con el profesional y con las instituciones a las que la mujer-usuaria se ve sometida.



Como muestra de este fenómeno, en el contexto de la persecución a la que se vieron sometidas algunas mujeres y clínicas en las que se practicaban interrupciones del embarazo, el Comité Consultivo de Bioética de Cataluña denunció explícitamente:

“La existencia de instituciones públicas beligerantes en favor de las plataformas antiabortistas y el uso de los instrumentos institucionales para obstaculizar la aplicación de la ley, por ejemplo, con lo que ha sido calificado por las clínicas afectadas como ‘inspecciones intimidatorias’. (...) El tratamiento que dispensan al conflicto algunos de ellos contribuye a criminalizar tanto a las mujeres como a las clínicas que practican interrupciones de la gestación. La situación ha llevado a la paradójica situación de que estas clínicas reciben una denominación, la de clínicas abortistas, totalmente impropia de su ideario”

(Comité Consultiu Bioètica de Catalunya, 2009, 8).

De acuerdo con lo anterior, hay quien ha establecido la posibilidad de que la objeción no fuera dirigida a un procedimiento concreto, sino a un grupo de usuarios determinado –en este caso, compuesto por mujeres-, de manera que cabría interpretarlo como una actuación discriminatoria contra dicho grupo (Alta Charo, 2007).

A diferencia de otras formas de discriminación –racial, por orientación sexual-, en el caso del aborto, la defensa de los derechos del *nasciturus* dificulta la identificación del discurso sexista que puede esconder la objeción. No podemos saber –al menos por el momento- qué ocurriría si los sujetos embarazados fueran hombres, pero sí es posible observar con frecuencia una priorización de los presuntos derechos e intereses del no nacido frente a los de la mujer gestante. A este respecto, se ha defendido que “(...) los derechos fetales se invocan para disminuir el respeto que se presta a las decisiones que las mujeres hacen en relación con la salud y el bienestar de sus familias” (Field, 1989, 114). En tales ocasiones, el argumento de la defensa de la vida toma especial fuerza sobre una de las partes, que no suele ser precisamente la que corresponde a la gestante (Warren, 1989). En ese sentido, el anteproyecto de ley que el ministro Gallardón pretende llevar a término resulta bastante gráfico desde su propio título: “Anteproyecto de Ley Orgánica para la protección de la vida del concebido y de los derechos de la mujer embarazada”.

Catriona Mackenzie ha defendido que las nociones conservadoras de la conciencia, la moral y la responsabilidad ética están “sustentadas en un conjunto de suposiciones que son fundamentalmente opresivas para la mujer” (Mackenzie, 1992, 141). Aclara que “la responsabilidad moral en el embarazo se construye muy estrechamente como una responsabilidad exclusiva hacia el feto”, de manera que “compromete a las mujeres con la maternidad” (Mackenzie, 1992, 139-140). El problema con esta

interpretación es que ignora otros problemas importantes, tales como la cuestión de si la mujer se encuentra en una situación adecuada para el cuidado del feto, tanto en su estadio propiamente fetal como cuando sea un ser independiente; si el nuevo ser puede ser integrado –y cómo– en la vida de la mujer y la vida de sus allegados –otros niños, pareja, familia, etc., cuyas vidas se verán afectadas por la decisión–; si la mujer se siente capaz o preparada para proporcionar el cuidado físico, emocional y material necesario para que tanto el feto como el niño de desarrollen adecuadamente; etc (Mackenzie, 1992, 140-141).

Lo que emerge de este planteamiento es que la presunción de la responsabilidad moral en el embarazo no puede ser construida sólo en términos de responsabilidad hacia el feto, sino que tiene una repercusión más amplia –sobre sí misma, sobre las relaciones con las personas próximas, sobre los compromisos y proyectos de la mujer–. Si se contempla la conciencia y la moral desde esta perspectiva más amplia significa que “la elección del aborto es en muchos casos la decisión moralmente responsable” (Mackenzie, 1992, 142) y que esa decisión no debería ser ignorada por la imposición de la conciencia de otro. Del mismo modo que la noción de responsabilidad ha de ser considerada desde una visión relacional e intersubjetiva, la conciencia y la integridad moral de los profesionales también deberían ampliar la dimensión individualista desde la que habitualmente se contemplan.

Así pues, desde una perspectiva feminista la objeción de conciencia por parte de determinados profesionales implica asumir un mandato moral ajeno que tiene efectos discriminatorios sobre las mujeres, especialmente si se produce de manera colectiva, como de hecho ocurre con la provisión de la interrupción de la gestación en España. En ese tipo de situaciones, cabe la hipótesis de que los motivos ideológicos subyacentes a la objeción de conciencia vayan más allá de la preservación de las convicciones personales, que es lo que comúnmente se entiende que protege la objeción, aunque en la práctica con frecuencia no sea exactamente así, en la medida en la que los argumentos a favor de la objeción de conciencia se convierten en “cortinas de humo para imponer el dogma católico” (O’Rourke, de Crespigny y Pyman, 2012, 89; Burke Fogel y Rivera, 2004).

En este sentido, podría decirse que la objeción se vincula, de manera más o menos consciente, con el control de la sexualidad y los derechos reproductivos femeninos, puesto que el rechazo no se limita a la denegación del servicio en cuestión, sino que

acaba resultando que ningún profesional se haga cargo del mismo. Si esos servicios están ligados con la anticoncepción o el aborto, se pueden encontrar opiniones que defienden que determinado tipo de comportamientos de las mujeres guarda relación con la irresponsabilidad, la superficialidad y ciertos estilos de vida¹; incluso hay quien ha llegado a afirmar que las mujeres que buscan acceder a ellos son “promiscuas en el mejor de los casos y en el peor, asesinas potenciales” (Smearman, 2006, 501).

A nivel institucional, las estrategias para restringir el acceso al aborto se han centrado cada vez más en la introducción de barreras que limiten la disponibilidad del servicio. Estas barreras, que aparecieron primero en países con leyes de interrupción del embarazo permisivas, como Estados Unidos y los países de Europa del Este (Finer y Fine, 2013), incluyen asesoramientos obligatorios y sesgados²; periodos de reflexión y espera (Cook, Dickens y Bliss, 1999, 584)³; notificación y/o consentimiento a/de terceras partes⁴; limitaciones en las opciones de aborto –por ejemplo, restricciones en la prestación del aborto medicamentoso, a pesar de su eficacia, eficiencia y seguridad⁵-; limitaciones en la financiación.

A estos impedimentos puede añadirse los problemas de regulación para el ejercicio de la objeción de conciencia de los profesionales sanitarios y, en ocasiones, también de los parasanitarios. Las normativas sobre la objeción y sus interpretaciones varían según los países⁶. En España, la Ley 2/2010 estableció un marco para su reconocimiento en términos relativos, lo que suscitó numerosas críticas por parte de los sectores más conservadores. Actualmente, el anteproyecto que pretende reformar la ley de salud sexual y reproductiva vigente ha ampliado los límites para el ejercicio de la objeción a todos los profesionales sanitarios, que podrán abstenerse a colaborar o a participar en cualquier procedimiento relacionado con la interrupción del embarazo por motivos de conciencia.

Las restricciones excesivas en el acceso a determinadas prestaciones estigmatizan a las mujeres que desean interrumpir su embarazo y resultan discriminatorias para aquéllas que desconocen o no comprenden los fundamentos legales para el servicio en cuestión. Asimismo, acaban dando como resultado la desprotección de las mujeres más vulnerables dentro del colectivo (adolescentes, migrantes, en situación de maltrato o pobreza, etc.). Por ello, el relator sobre el derecho a la salud de las Naciones Unidas ha caracterizado la criminalización del aborto como un comportamiento incompatible con el derecho al mejor estándar de salud esperable (Grover, 2011).

El amplio grado de aceptación social del aborto en España induce a pensar que existan profesionales dispuestos a practicar este tipo de intervenciones en el sistema público de salud. Incluso en Navarra, donde la polémica en torno a la interrupción voluntaria del embarazo ha sido más intensa, un grupo de once ginecólogos se manifestaron a favor de practicarlas (Cabasés, 2013); pero bien por presiones institucionales, bien por la inercia de los servicios de ginecología a no realizarlas o bien por evitar enfrentamientos y consecuencias indeseables desde el punto de vista profesional, hay quienes optan por no hacerlo, a veces escudándose en una supuesta la objeción de conciencia (Organización Médica Colegial de España, 2010, 168).

Ante este preocupante panorama, la perspectiva feminista incide en la necesidad de activar los mecanismos precisos que preserven los derechos e intereses de un grupo, el de las mujeres, que se ve abocado a situaciones de especial vulnerabilidad. Si el respeto a las convicciones de los profesionales sanitarios objetores es importante, la libertad de elegir la vida que cada mujer quiere para sí misma no lo es menos.

Bibliografía

- Alta Charo, Robin (2005): "The Celestial Fire of Conscience: Refusing to Deliver Medical Care", *New England Journal of Medicine*, 352 (24), pp. 2471-2473.
- Anónimo (7/5/2013): "Fernández Díaz dice que el aborto y ETA 'algo tienen que ver'", *eldiario.es*. Disponible en: http://www.eldiario.es/politica/Fernandez-Diaz-aborto-ETA-demasiado_0_129837497.html
- Anónimo (8/5/2013): "Se defienden más los embriones de los cefalópodos que los de seres humanos", *El País*. Disponible en: http://sociedad.elpais.com/sociedad/2013/05/08/actualidad/1368007970_819506.html
- Boland, Reed (2010): "Second Trimester Abortion Laws Globally: Actuality, Trends and Recommendations," *Reproductive Health Matters* 18 (36), pp. 67-89.
- Burke Fogel, Susan y Rivera, Lourdes A. (2004): "The Current State of Abortion Law and Reproductive Rights: Saying Roe is Not Enough: When Religion Controls Healthcare", *Fordham Urban Law Journal*, 31, pp. 725-746.
- Cabasés, Lola (9/4/2010): "Comptos pide a Salud que, al disponer de personal y por ahorro, asuma los abortos", *Noticias de Navarra*. Disponible en: <http://www.noticiasdenavarra.com/2013/04/09/sociedad/navarra/comptos-pide-a-salud-que-al-disponer-de-personal-y-por-ahorro-asuma-los-abortos>
- Chiantaroli, Natalia y Castro, Irene (10/1/2014): "Encuesta: casi el 70% de los españoles está en contra de suprimir el supuesto de malformación", *eldiario.es*. Disponible en: http://www.eldiario.es/sociedad/ENCUESTA-espanoles-eliminar-supuesto-malformacion_0_216628578.html
- Comité Consultiu Bioètica de Catalunya (2009): "Informe sobre la interrupción de la gestación",

- Department de Salut de la Generalitat de Catalunya, pp. 1-28.
- Cook, Rebecca J.; Dickens, Bernard M. y Bliss, Laura E. (1999): "International Developments in Abortion Law from 1988 to 1998," *American Journal of Public Health*, 89 (4), pp. 579-586.
- Dickens, Bernard M. y Cook, Rebecca J. (2011): "Conscientious Commitment to Women's Health", *International Journal of Gynecology and Obstetrics*, 113 (2), pp. 163-166.
- Diniz, Debora (2011): "Conscientious Objection and Abortion: Rights and Duties of Public Sector Physicians", *Revista de Saúde Pública*, 45 (5), pp. 981-985. Disponible en: http://www.scielo.br/pdf/rsp/v45n5/en_2721.pdf
- Erdman, Joanna N. (2012): "Harm Reduction, Human Rights, and Access to Information on Safe Abortion," *International Journal of Gynecology and Obstetrics*, 118 (1), pp. 83-86.
- Field, Martha A. (1989): "Controlling the Woman to Protect the Fetus", *Journal of Law, Medicine and Ethics*, 17 (2), pp. 114-129.
- Finer, Louise y Fine, Johanna B. (2013): "Abortion Law around the World: Progress and Pushbacks", *American Journal of Public Health*, 103 (4), pp. 585-589.
- Grover, Anand (3/8/2011): "Interim Report of the Special Rapporteur on the Right of Everyone to the Enjoyment of the Highest Attainable Standard of Physical and Mental Health, Transmitted by Note of the Secretary-General", § 28, U.N. Doc A/66/254.
- Guttmacher Institute (2012): "In Brief: Facts on Induced Abortion Worldwide", Guttmacher Institute-OMS. Disponible en: http://www.guttmacher.org/pubs/fb_IAW.pdf
- Harris, Lisa H. (2012): "Recognizing Conscience in Abortion Provision", *New England Journal of Medicine*, 367 (11), pp. 981-983.
- Mackenzie, Catriona (1992). "Abortion and Embodiment", *Australasian Journal of Philosophy*, 70 (2), pp. 136-155.
- Macleod, Carolyn (2008): "Referral in the Wake of Conscientious Objection to Abortion", *Hypathia*, 23 (4), pp. 30-47.
- Macleod, Carolyn (2010): "Harm or Mere Inconvenience? Denying Women Emergency Contraception", *Hypathia*, 25 (1), pp. 11-30. Disponible en: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC2920291/>
- De Querol, Ricardo (10/5/2013): "Ni ETA ni cefalópodos: diez mitos y una verdad sobre el aborto", *El País*. Disponible en: <http://blogs.elpais.com/mujeres/2013/05/verdades-y-mentiras-sobre-el-aborto-.html>
- Organización Médica Colegial de España (2010): "Nuevos retos para la profesión médica. Una aportación para el debate social". Disponible en: http://www.aeds.org/archivos/71/libro_congreso.pdf
- O'Rourke, Anne; de Crespigny, Lachlan y Pyman, Amanda (2012): "Abortion and Conscientious Objection: The New Battleground", *Monash Law Review*, 38 (3), pp. 87-119.
- Rahman, Anika; Katzive, Laura y Henshaw, Stanley K. (1998): "A Global Review of Laws on Induced Abortion, 1985-1997," *International Family Planning Perspectives*, 24 (2), pp. 56-64.
- Sepper, Elizabeth (2012): "Taking Conscience Seriously", *Virginia Law Review*, 98, pp. 1501-1575.
- Smearman, Claire A. (2006): "Drawing the Line: The Legal, Ethical, and Public Policy Implications of Refusal Clauses for Pharmacists", *Arizona Law Review*, 48, pp. 469-540.
- Warren, Mary Anne (1989): "The Moral Significance of Birth", *Hypathia*, 4, pp. 46-65.
- Winikoff, Beverley y Sheldon, Wendy (2012): "Use of Medicines Changing the Face of Abortion," *International Perspectives on Sexual and Reproductive Health*, 38 (3), pp.164-166.

Notas

1. En conversaciones informales con médicos de atención primaria y ginecología, he tenido la oportunidad de ser testigo de este tipo de observaciones. A falta de mejor constatación científica y como ejemplos mediáticos, resultan ilustrativos los siguientes titulares: "Fernández Díaz dice que el aborto y ETA 'algo tienen que ver'" (Anónimo, mayo 2013); "Se defienden más los embriones de los cefalópodos que los de los seres humanos" (Anónimo, 2013); "Ni ETA ni cefalópodos: diez mitos y una verdad sobre el aborto" (de Querol, 2013).
2. En Estados Unidos, por ejemplo, varios estados han establecido servicios de asesoramiento para las mujeres que desean abortar. La información obligatoria que hay que suministrar incluye las consecuencias negativas en la salud mental de las mujeres o la relación que existe entre el aborto y el incremento de riesgo de cáncer de pecho. También el anteproyecto de ley del aborto de Gallardón hace especial incidencia sobre el requisito informativo acerca de alternativas, riesgos y secuelas. Resulta difícilmente negable que este tipo de contenidos no vayan encaminados a coaccionar a las mujeres para que continúen con sus embarazos; sobre todo si se considera que hay estudios contrarios a la conexión entre el aborto y el aumento del riesgo para la salud mental o para el padecimiento de cáncer de pecho (Rahman, Katzive y Kenshaw, 1998, 59; Guttmacher Institute, 2012).
3. Así está establecido también en España, donde la Ley de salud sexual y reproductiva de 2010 estipula un periodo de reflexión de al menos tres días para la mujer que desee interrumpir su embarazo. De aprobarse la reforma de esta ley, el plazo sería ampliado a un mínimo de siete días entre la recepción del asesoramiento verbal y la prestación del consentimiento expreso por parte de la mujer.
4. Algunas leyes exigen que la mujer obtenga consentimiento de su marido o padre antes de interrumpir su embarazo; en otros casos, se requiere que los proveedores del servicio sometan el procedimiento a la aprobación de otros profesionales (como ocurriría en España de aprobarse la ley Gallardón), de un comité médico o de un tribunal antes de llevar a cabo el aborto (Boland, 2010).
5. En este sentido, los avances científicos en las técnicas abortivas medicamentosas –no quirúrgicas–, especialmente a través del uso del misoprostol, han sido determinantes para reducir las tasas de morbilidad y mortalidad vinculadas al aborto. El misoprostol fue originariamente comercializado para el tratamiento de úlceras gástricas, pero es también un medio seguro, efectivo y barato para interrumpir la gestación. Mujeres de todo el mundo, particularmente de Latinoamérica, se autoadministran clandestinamente este fármaco para terminar con sus embarazos. Por tanto, en lugares con leyes restrictivas o con importantes dificultades de acceso, las mujeres podrían recurrir a este medicamento para autoinducirse abortos de manera segura, como de hecho ya hacen. Ante tales circunstancias, la pregunta es evidente: ¿por qué no está más extendido el uso del misoprostol? (Guttmacher Institute, 2012; Erdman, 2012; Winikoff y Sheldon, 2012).
6. Aunque no existen todavía muchas investigaciones sobre la prevalencia de la objeción de conciencia regulada, hay casos y estudios que muestran que se recurre cada vez con mayor frecuencia a ella en países donde existe una fuerte oposición al aborto y donde hay intentos de revertir su legalización (Finer y Fine, 2013, 585-586).