

INVESTIGACIÓN

Acceso abierto



“No queremos problemas”: motivos de la negación de servicios de interrupción legal del embarazo por objeción de conciencia en México y Bolivia

Stephanie Andrea Küng^{1*} , Jasmine Danette Wilkins¹, Fernanda Díaz de León², Freddy Huaraz³ y Erin Pearson¹



Traducción del inglés: Ipas CAM

Diagramación en español: Ipas CAM

Resumen

Antecedentes: El mal uso de la objeción de conciencia (OC) es una barrera importante para el acceso a los servicios de interrupción legal del embarazo en muchos países, especialmente en países en América Latina. Examinamos los motivos de la negación de servicios de aborto legal en México y Bolivia e identificamos maneras de mitigar el uso indebido de la OC.

Métodos: Realizamos 34 entrevistas a profundidad y 12 discusiones en grupo focal en dos estados de México y cuatro departamentos de Bolivia. Los resultados fueron codificados y categorizados utilizando un enfoque de análisis temático.

Resultados: La negación de servicios de aborto por OC está muy extendida en los establecimientos de salud en México y Bolivia y se emplea principalmente por razones distintas a las consideraciones morales, religiosas o éticas. Las principales razones para la negación de servicios por OC son la falta de conocimiento sobre las leyes relacionadas con el aborto y el temor a tener problemas jurídicos en la prestación de servicios de aborto. En cambio, la razón principal para proporcionar servicios es cumplir con las leyes pertinentes. Negar servicios por OC impacta negativamente a las personas embarazadas y a los equipos de atención médica, reduce las opciones

*Correspondence: stephanie.a.kung@gmail.com

¹ Ipas, Chapel Hill, Carolina del Norte, EE. UU.

Al final del artículo se presenta la lista complete de los datos de cada autor/a.



© El(Los) autor(es) 2021. **Acceso abierto** Este artículo está bajo la protección de la Licencia internacional de *Creative Commons* de Reconocimiento 4.0, que permite utilizar, difundir, adaptar, distribuir y reproducir en cualquier medio o formato siempre y cuando usted dé el crédito correspondiente a los autores originales y a la fuente, proporcione un enlace a la licencia de *Creative Commons* e indique si se hicieron cambios. Las imágenes u otro material de terceras partes en este artículo están incluidos en la licencia de *Creative Commons* del artículo, a menos que se indique lo contrario bajo la línea de crédito por el material. Si el material no se incluye en la licencia de *Creative Commons* del artículo y su uso previsto no es permitido por disposiciones jurídicas o excede el uso permitido, usted deberá obtener permiso directamente del titular de derechos de autor. Para ver una copia de esta licencia, visite <http://creativecommons.org/licenses/by/4.0/>. La renuncia a la Dedicación de Dominio Público de *Creative Commons* (<http://creativecommons.org/publicdomain/zero/1.0/>) se aplica a los datos disponibles en este artículo, a menos que se indique lo contrario bajo la línea de crédito por los datos.

de aborto seguro y aumenta la carga de trabajo y el estigma, respectivamente. La mayoría de las personas encuestadas mencionaron la capacitación y educación en la ley sobre aborto como la principal manera de mitigar los impactos negativos del uso indebido de la OC.

Conclusiones: Para gran parte del personal de salud, conocer, comprender y cumplir la ley es motivo suficiente para proporcionar servicios de aborto. Las personas que se oponen debido a la falta de conocimiento sobre las leyes y el temor a tener problemas jurídicos representan una población clave que puede ser sensibilizada y equipada con la información y los recursos necesarios para proporcionar servicios de interrupción legal del embarazo.

Palabras clave: Aborto, América Latina y el Caribe, Objeción de conciencia, Salud pública, Ley y política.

Resumen

En Bolivia y en los estados mexicanos de Jalisco y México, el aborto es legal bajo ciertas causales. Sin embargo, cada prestador/a de servicios de salud, por ley, tiene derecho a invocar objeción de conciencia (OC) cuando un servicio entra en conflicto con sus creencias morales, religiosas o éticas. La evidencia muestra que a menudo se invoca la OC para negarse a participar en la prestación de servicios de interrupción legal del embarazo, pero también muestra que esta objeción a menudo *no* está basada en motivos morales, religiosos o éticos. Nuestro estudio busca identificar los motivos de la negación de servicios de aborto en México y Bolivia, donde se carece de información sobre los motivos para invocar OC. Nuestro estudio se beneficia de la participación de personal de salud que se identifica como objetor.

Realizamos 34 entrevistas a profundidad (EAP) y 12 discusiones en grupo focal (DGF) en México y Bolivia para explorar la comprensión y el uso de la OC y las maneras de mitigar los impactos negativos de la OC en el acceso a los servicios de interrupción legal del embarazo.

Encontramos que las principales razones para la negación de servicios por OC en nuestra muestra son la falta de conocimiento sobre las leyes relacionadas con el aborto y el temor a tener problemas jurídicos en la prestación de servicios de aborto. En cambio, la razón principal para proporcionar servicios es cumplir con las leyes pertinentes. Los esfuerzos por ampliar el acceso a los servicios de interrupción legal del embarazo en estos entornos deben comprender y responder a estos principales motivos a fin de disminuir el mal uso de la OC.

Antecedentes

El mal uso de la objeción de conciencia (OC) en la negación de servicios de aborto ha surgido como una importante barrera para el acceso a los servicios de interrupción legal del embarazo en muchos países, espe-

cialmente en América Latina, donde existen algunas de las leyes más restrictivas sobre aborto del mundo [1, 2]. OC es el derecho de una persona a negarse a participar en una actividad que considere ser incompatible con sus creencias morales, religiosas o éticas arraigadas [3]. La evidencia indica que la OC a veces es utilizada indebidamente como justificación por profesionales e instituciones de salud del sector público para eximirse de su responsabilidad profesional de proporcionar servicios de salud reproductiva esenciales, incluidos los servicios de aborto, según lo disponen las leyes, políticas y protocolos internacionales y nacionales [4–6].

Los estudios han mostrado que en algunos entornos los prestadores de servicios invocan la OC para negarse a proporcionar servicios de interrupción legal del embarazo, cuando en realidad, su objeción se basa en un malentendido e información errónea, en la desconfianza en la persona que solicita los servicios de aborto, en el temor a sufrir acoso policial o castigo judicial, en la presión de pares o estigma social más amplio y/o en beneficio económico. Debido a esta amplia gama de justificaciones, la OC es un asunto complejo [4, 6–8].

Los datos presentados aquí provienen de un esfuerzo más amplio realizado por Ipas para entender cómo la OC relacionada con el aborto se manifiesta en Bolivia, México y Sudáfrica y, a la larga, para crear y probar intervenciones para mitigar los efectos negativos de la OC. Ipas es una organización internacional no gubernamental que trabaja en afiliación con hospitales públicos en todas partes del mundo para prevenir el aborto inseguro por medio de asistencia técnica y capacitación. A pesar de la amplitud de información sobre el uso de la OC en diversos entornos, se carecía de información de las regiones donde teníamos planificado aplicar nuestras intervenciones adaptadas a esos contextos. Debido a las diferencias en metodologías entre los tres países, los resultados de Sudáfrica se publicarán por separado.

Invocar OC como motivo para negarse a proporcionar servicios de interrupción legal del embarazo viola el derecho a la salud establecido en las normas internacionales sobre los derechos humanos. Los órganos de monitoreo de tratados de las Naciones Unidas (ONU), la Comisión Interamericana de Derechos Humanos (CIADH) y el Comité de la Federación Internacional de Ginecología y Obstetricia (FIGO) para los Aspectos Éticos de la Reproducción Humana y la Salud de la Mujer, todas estas entidades anteponen la primacía del acceso a los servicios de salud a la objeción del prestador de servicios, la necesidad de tener sistemas de salud eficaces que garanticen el acceso a servicios legales de salud reproductiva y la responsabilidad de cada prestador/a de servicios, establecimiento de salud y gobierno de garantizar y defender el acceso [9–11]. Tanto en México como en Bolivia, el aborto es legal solo bajo ciertas causales, salvo en la Ciudad de México y en el estado mexicano de Oaxaca, donde el aborto a petición es legal durante el primer trimestre [12]. La ley federal de México permite que los profesionales de salud (médicos/as y enfermeras/os) invoquen OC salvo cuando la vida de la persona corre riesgo o cuando se trata de una urgencia médica [13]. Además, la política a nivel federal conocida como la Norma Oficial Mexicana 046 sobre la Violencia familiar, sexual y contra la mujer (NOM 046) estableció que las instituciones públicas deben tener maneras de no objeción disponibles en todos los turnos para proporcionar servicios de aborto [13, 14]. En Bolivia, el derecho y las limitaciones al ejercicio de OC relacionada con el aborto están incluidos en los lineamientos nacionales como derecho individual (no institucional). Esos mismos lineamientos establecen que los servicios de interrupción legal del embarazo deben proporcionarse dentro de las 24 horas posteriores a la negación por parte de un/a prestador/a de servicios objetor/a [15].

Nuestro objetivo era examinar la comprensión, el uso y los impactos de la OC entre médicos/as del sector público y personal de salud aliado en regiones seleccionadas de México y Bolivia, y utilizar esta información para crear y probar intervenciones innovadoras para mitigar los impactos negativos de la OC en el acceso a los servicios de interrupción

legal del embarazo. Los servicios de atención postaborto (APA) son considerados como servicios de emergencia y son proporcionados en gran medida en México y Bolivia sin objeción. Los datos presentados aquí provienen de la primera fase de este esfuerzo, que incluyó investigación formativa realizada por medio de entrevistas a profundidad y discusiones en grupo focal con personal de salud en México y Bolivia. Que sepamos, no existe ninguna literatura publicada que haya estudiado el ejercicio de la OC entre médicos/as y personal de salud aliado que se identifiquen como no objetores y objetores en estados mexicanos fuera de la Ciudad de México y en Bolivia en general.

Métodos

Entre diciembre de 2018 y junio de 2019, realizamos 34 entrevistas a profundidad (EAP) y 12 discusiones en grupo focal (DGF) en México y Bolivia para explorar la comprensión y el uso de la objeción de conciencia (OC) y las maneras de mitigar el impacto negativo de la OC en el acceso a los servicios de interrupción legal del embarazo. Las EPA fueron realizadas con 17 gineco-obstetras y generalistas objetores y 17 no objetores (Tabla 1). De las 34 EPA, 16 (47%) fueron realizadas con médicos/as en Bolivia, mientras que 18 (53%) fueron realizadas con médicos/as en México. La mayoría (56%) de las personas entrevistadas en las EAP eran mujeres. Tanto en México como en Bolivia, la mayoría de las personas objetoras eran mujeres (75% y 56%, respectivamente). Las DGF fueron realizadas con grupos mixtos de médicos/as y personal de salud aliado (tales como jefes de departamentos de hospitales, enfermeras/os, personal jurídico, de datos y administrativo y trabajadores/as sociales); realizamos 4 en Bolivia y 8 en México con un promedio de 7 participantes por cada DGF y un total de 82 participantes. Una tercera parte de las personas que participaron en las DGF eran enfermeras/os (incluidas las jefas de enfermería), una cuarta parte eran médicos/as (27%) y el resto era personal jurídico, de datos y administrativo (23%) y psicólogos/as y trabajadores/as sociales (17%). La mayoría de las personas que participaron en las DGF (76%) eran mujeres. Todas las personas participantes estaban empleadas en hospitales del sector público.

Tabla 1. Características de la muestra

	DGF			EAP		
	México n = 50 n (%)	Bolivia n = 32 n (%)	Combinado n = 82 n (%)	México n = 18 n (%)	Bolivia n = 16 n (%)	Combinado n = 34 n (%)
Profesión						
Enfermera (incluidas las jefas de enfermería)	18 (36%)	9 (28%)	27 (33%)			
Personal administrativo/ de datos/jurídico	7 (14%)	12 (38%)	19 (23%)			
Psicólogo/a o trabajador/a social	3 (6%)	11 (34%)	14 (17%)			
Médico/a (gineco-obstetras y generalistas)	22 (44%)	0	22 (27%)	18 (100%)	16 (100%)	34 (100%)
Objetores				8 (44%)	9 (56%)	17 (50%)
No objetores				10 (56%)	7 (44%)	17 (50%)
Género						
Hombre	14 (28%)	6 (19%)	20 (24%)	6 (33%)	9 (56%)	15 (44%)
Mujer	36 (72%)	26 (81%)	62 (76%)	12 (67%)	7 (44%)	19 (56%)

Decidimos realizar las EPA y las DGF para capturar tanto las experiencias personales como las normas grupales de médicos/as y personal de salud aliado objetores y no objetores. Realizamos las EPA con médicos/as para entender mejor su experiencia personal con la OC. Realizamos las DGF con personal de salud aliado y médicos/as para tener una idea del ambiente hospitalario y fomentar una conversación de cómo ven que se invoca la OC en su hospital. Realizamos las EPA y DGF hasta lograr la saturación de datos. Las EPA y DGF fueron realizadas en español por entrevistadores capacitados, quienes no estaban afiliados a los hospitales y no eran conocidos por las personas participantes. La entrevistadora en Bolivia era integrante del personal de Ipas y los entrevistadores en México eran consultores externos; las personas participantes tenían conocimiento de la afiliación de los entrevistadores a Ipas.

Reclutamos a las personas participantes por medio del muestreo de conveniencia; contactos profesionales en los hospitales seleccionados identificaron a los prestadores de servicios objetores y no objetores que participarían en las EPA para este estudio. Esos contactos son integrantes de equipos de salud y saben quiénes son los prestadores de servicios objetores. En el caso de las DGF, esos mismos contactos identificaron a médicos/as adicionales y personal de salud aliado (no categorizados como objetores o no objetores) para participar. Contactamos a cada participante en persona para evaluar su interés y obtener su consentimiento informado.

En Bolivia, realizamos las EPA y las DGF en cuatro hospitales públicos ubicados en cuatro departamentos: Chu-

quisaca, La Paz, Potosí y Santa Cruz. En Bolivia, el aborto es legal en casos de violación, incesto, riesgo a la salud y malformación fetal [16]. En México, realizamos las EPA y las DGF en cuatro hospitales públicos ubicados en dos estados: Jalisco y México. En el estado de Jalisco, el aborto es legal en casos de violación, aborto accidental y riesgo a la salud o la vida. En el estado de México, el aborto es legal en casos de violación, aborto accidental, riesgo a la vida y defectos congénitos [12]. Este estudio fue la fase formativa de un proyecto cuyo objetivo era crear intervenciones para abordar la OC. Como tal, los hospitales en ambos países fueron seleccionados por (1) su ubicación en estados/departamentos poblados y, en el caso de México, estados que representan una variedad de marcos legislativos con relación al aborto, por lo cual son regiones estratégicas y prioritarias para llevar a cabo intervenciones relacionadas con la OC al aborto; (2) informes anecdóticos pero verificables de OC del personal hospitalario; y (3) buena disposición institucional y afiliación a Ipas, que permitió una alianza para crear y probar las intervenciones relacionadas con la OC basadas en los hallazgos de la investigación formativa.

Un integrante del equipo de investigación con especialidad en la metodología de investigación cualitativa y familiaridad con el tema elaboró guías en español para realizar las entrevistas semiestructuradas y las DGF. Estas guías fueron finalizadas en consulta con otros integrantes del equipo de investigación y piloteadas. Creamos una guía de DGF y guías por separado para realizar las EAP con objetores y no objetores para examinar más a fondo

su comprensión matizada y su uso de la OC. Las guías se enfocaron en los motivos para objetar a los servicios de interrupción legal del embarazo, en las barreras a esos servicios, en el conocimiento de los lineamientos y protocolos de OC, en los impactos de la OC en las pacientes y en los prestadores de servicios de salud, en sugerencias para mitigar el impacto negativo de la OC en la prestación de servicios de interrupción legal del embarazo. A los objetores se les preguntó más específicamente sobre su objeción, mientras que a los no objetores se les pidió que reflexionaran sobre la objeción por parte de sus colegas. Se utilizaron preguntas de indagación para explorar más a fondo los temas que surgieron durante las entrevistas. Dado que la evidencia muestra que la OC es principalmente un problema para los servicios de aborto legal (inducido) ofrecidos por el sistema de salud pública [5, 17], las guías de entrevistas se enfocaron en la interrupción legal del embarazo y todas las personas participantes trabajaban en hospitales públicos. Entrevistadores que dominan el español realizaron, grabaron y transcribieron todas las entrevistas. Las entrevistas fueron guardadas en dispositivos protegidos con contraseña y se crearon números de ID únicos para proteger los datos de identificación personal. Integrantes del equipo de investigación escucharon las grabaciones periódicamente durante la recolección de datos y revisaron la calidad de las transcripciones.

Integrantes del equipo de investigación que dominan el español analizaron las transcripciones utilizando el enfoque de análisis temático. La autora principal leyó todas las transcripciones y creó la versión preliminar del libro de códigos con temas que surgieron de los datos. Ese libro de códigos fue revisado y finalizado en consulta con tres integrantes más del equipo de investigación. Se utilizaron notas descriptivas para identificar otros temas y agregarlos al libro de códigos siguiendo el consenso entre las y los integrantes del equipo de investigación. Después de finalizar el libro de códigos, dos investigadores realizaron una doble codificación de las transcripciones para verificar la fiabilidad entre codificadores e hicieron las modificaciones finales y aclaraciones al libro de códigos según fue necesario. La codificación y el análisis fueron realizados con ATLAS.ti, versión 7.5.12. Integrantes multilingües del equipo de investigación tradujeron todas las citas del español al inglés, aplicando una traducción libre y no literal para transmitir mejor el mensaje o significado. Este estudio recibió la aprobación del consejo de revisión institucional (IRB, por sus siglas en inglés) del *Allendale Investigational Review Board* (AIRB).

Resultados

Nuestro análisis revela que, según las personas entrevistadas, la objeción de conciencia (OC) es generalizada entre los hospitales públicos que proporcionan servicios de

aborto legal (inducido) en México y Bolivia; sin embargo, se carece de consenso con relación a la generalización más amplia de la negación de servicios de aborto. Cuando se les pidió a los prestadores de servicios que estimaran el porcentaje de médicos/as en sus hospitales que se negarían a proporcionar servicios de interrupción legal del embarazo en ciertas situaciones, las respuestas variaron del 10% al 95%. Esta gran diferencia alude a la variación entre hospitales y regiones, la falta de transparencia con relación a la condición de objetor en los hospitales y los matices de negar servicios en ciertas situaciones, pero no en todas. La clave aquí es que *todas* las personas entrevistadas tenían conocimiento de prestadores de servicios que se negarían a proporcionar servicios de interrupción legal del embarazo en ciertas situaciones. Cabe señalar que el mal uso de la OC fue identificado como un problema principalmente en los hospitales públicos. Esto se atribuyó en gran medida a las diferencias en incentivos económicos entre los prestadores de servicios en establecimientos de salud pública comparados con consultorios privados. Los prestadores de servicios no reciben pago por los servicios de aborto que proporcionan en hospitales públicos como empleados asalariados, mientras que reciben la mayor parte o la totalidad del pago por los servicios que proporcionan en su consultorio privado. Muchos prestadores de servicios no objetores utilizaron el término “doble estándar” para referirse a prestadores de servicios que trabajan en entornos público y privado, pero solo están dispuestos a proporcionar servicios de aborto en su consultorio privado. Como explicó un prestador de servicios en Bolivia:

Lo tomo como... como un doble discurso, que se trata de mostrar públicamente que él no quiere hacer algo, cuando quizás... lo hacen incluso en forma privada, una doble moral. [No objetor, Chuquisaca, Bolivia]

Razones para objetar

En todos los ámbitos, médicos/as y personal de salud aliado entrevistados en México y Bolivia definieron correctamente la OC en términos de objeciones morales, religiosas o éticas para proporcionar servicios de aborto. Sin embargo, cuando se les preguntó a las personas entrevistadas sobre sus motivos específicos por los cuales ellos u otros prestadores de servicios se oponen a proporcionar servicios de interrupción legal del embarazo, encontramos una gran variedad de razones e interpretaciones que se pueden clasificar fuera del alcance de la definición legal de la OC. En las siguientes secciones se destacan las razones más comunes mencionadas para negar servicios de aborto legal en ambos países.

Falta de conocimiento sobre las leyes y protocolos

A pesar de definir la OC correctamente, los prestadores de servicios generalmente carecen de conocimiento sobre las leyes, políticas, protocolos y procedimientos que aclaran y normalizan el ejercicio de la OC. Casi nadie de las personas entrevistadas identificó correctamente si y cómo se regula el ejercicio de la OC en su país. De manera similar, se carece de conocimiento sobre las leyes que definen cuándo se puede proporcionar servicios de interrupción legal del embarazo. Aunque algunos prestadores de servicios en México y Bolivia identificaron correctamente las causales para la interrupción legal del embarazo en su respectivo contexto, la confusión e incertidumbre acerca de las leyes y políticas relacionadas con el aborto continuaban siendo generalizadas. Muchas de las personas entrevistadas definieron incorrectamente las leyes y políticas relacionadas con el aborto o mencionaron que muchos de sus colegas tienen dudas al respecto. En particular, había confusión sobre la documentación exigida para acceder a servicios de aborto en casos de violación en México y Bolivia; muchas de las personas entrevistadas describieron incorrectamente el tipo de documentación exigida. En Bolivia, donde la violación es causal para la interrupción legal del embarazo, una iteración anterior de la ley disponía que las sobrevivientes de violación presentarían una denuncia oficial del incidente ante la policía y que un juez firmara la denuncia antes de que se les concediera acceso a servicios de aborto en un establecimiento de salud pública. Este requisito fue modificado en 2014. Actualmente, *no es obligatorio* que un juez firme la denuncia oficial del incidente exigida para poder acceder a los servicios de aborto en establecimientos de salud pública en casos de violación [18]. En México, la NOM 046 dispone que las sobrevivientes de violación no tienen que presentar una denuncia oficial del incidente ante las autoridades para poder acceder a servicios de interrupción de un embarazo que sea producto de una violación; solo deben indicar que fueron violadas cuando busquen servicios de aborto en un establecimiento de salud pública [14]. Sin embargo, esta política federal a menudo entra en conflicto con las leyes y políticas estatales (aunque no en los dos estados donde se realizó este estudio) y hay una falta persistente de conocimiento y comprensión de la política. Esa confusión se ejemplifica en la siguiente cita de un prestador de servicios en México:

[...] antes del cambio en la normatividad nos pedían que para que una paciente pudiera tener acceso a la interrupción legal del embarazo por aborto debía venir con un apoyo del ministerio público, o sea una demanda o haber levantado una demanda ante el ministerio público y que el

ministerio supiera que esa paciente fue abusada sexualmente, y por eso quedó embarazada, ese tipo de cambio que ha habido ha costado mucho trabajo en los médicos entenderlo. [Objetor, Estado de México, México]

Temor a tener problemas jurídicos y falta de apoyo jurídico

El temor generalizado a “involucrarse” o “meterse” en la prestación de servicios de aborto está asociado directamente con la falta de conocimiento y comprensión de las leyes, políticas, protocolos y procedimientos. Los prestadores de servicios terminan evitando la prestación de servicios de aborto por completo debido a la incertidumbre sobre las leyes y políticas relacionadas con el aborto y a sus responsabilidades en virtud de éstas, así como a las contradicciones entre las leyes y políticas promulgadas en diferentes niveles del gobierno (federal, estatal, local), especialmente en el caso de México. Como explicó un prestador de servicios en México:

[...] el problema es que no quieren ponerse en problemas legales porque el código penal no empata con la norma oficial mexicana, y entonces hay un vacío de poder allí entre que sí, que no. Entonces, no queremos problemas legales. Este es el problema. No es que somos muy religiosos, ni muchos menos. [No objetor, Jalisco, México]

Prestadores de servicios en Bolivia expresaron lo mismo. Como señaló un prestador de servicios:

Hay colegas que dicen de que por objeción de conciencia ellos no harían, pero, digamos eso sería una salida al que no lo quiere hacer porque no quiere complicarse digamos ¿no?, no porque realmente sea por su religión o algo, sino que es para evitar unos problemas a la larga. [No objetor, Santa Cruz, Bolivia]

En particular, los prestadores de servicios en estos países temen enfrentar reclamos por negligencia médica, quejas y demandas como resultado de su prestación de servicios de aborto, lo cual se demuestra en las siguientes citas:

Hay digamos eso de... la susceptibilidad ¿cuáles son las reglas o normas o pasos que la paciente legalmente tiene que hacer para que uno le practique, porque después pasa algo, alguna complicación con la paciente y entonces ¿cómo el médico va a justificarse? Digamos, y la paciente o el familiar puede hacer una demanda o algo... entonces nosotros queremos saber cuál es la

legalidad, bajo qué nosotros nos vamos a amparar, digamos ¿no? [No objetor, Santa Cruz, Bolivia]

[...] hay mucho acceso de las pacientes a quejarse, a quejarse del servicio. Desafortunadamente algunos de mis médicos la mala experiencia de, pues de hacerse acreedores de una demanda o de una queja en la que tiene que ir a aclarar su participación y eso los pone como más en alerta [Objetor, Estado de México, México]

El hecho de que las pacientes en estos hospitales públicos rara vez solicitan servicios de interrupción legal del embarazo contribuye a la falta continua de familiaridad y conocimiento de su existencia entre quienes proporcionan esos servicios. Casi todos los prestadores de servicios entrevistados hablaron sobre la baja demanda de servicios de interrupción legal del embarazo en sus respectivos hospitales:

La mayoría de los pacientes que vienen aquí vienen con aborto en curso, donde ya no se puede hacer nada más que realizar el proceso. Esa es la vivencia que tiene el hospital, los otros son casos muy mínimos. [Subdirector Médico, La Paz, Bolivia]

Juicio de valores de los prestadores de servicios

En Bolivia, encontramos que los prestadores de servicios se sentían más incómodos proporcionando servicios de aborto en casos de violación. Al parecer, esa incomodidad surge de que los prestadores de servicios desconfían de las pacientes que citan la violación como causal legal para buscar servicios de aborto, especialmente dado que en Bolivia se han relajado los requisitos para acceder a los servicios de interrupción legal del embarazo en casos de violación. Como dijo un prestador de servicios objetor:

Cuando hicimos la capacitación, creo que incluso querían que simplemente a la solicitud del paciente tendríamos que hacer... yo le había dicho esa vez entonces la mayoría de [de las pacientes] van a venir y van a decir "me ha violado" sin haber violación entonces, imagínese, cuántos abortos se van a hacer por día. [Objetor, Potosí, Bolivia]

Tanto en México como en Bolivia, los prestadores de servicios expresaron sentirse incómodos proporcionando servicios de aborto cuando perciben que una paciente actuó irresponsablemente y quedó embarazada por no haber tomado ciertas precauciones. En particular, culpan a la paciente por no aprovechar lo que ellos perciben ser servicios y métodos de anticoncepción fácilmente disponibles y accesibles.

[...] o sea vamos, "me embarace porque no me tome la pastilla, porque se me chispoteó, porque estaba borracha, porque..." yo creo que ahí es en donde no se vale ¿no? [segundos de silencio] yo creo, o sea independientemente de que la paciente tiene la libertad de elegir, pues también hay métodos anticonceptivos, o sea si tu vas a ejercer tu vida sexual libremente y en tu perspectiva y en tu proyecto de vida no está embarazarte, bueno por qué no usas un método anticonceptivo. [Objetor, Estado de México, México]

[...] ¿yo estoy a favor o en contra?... dependiendo el caso ¿no?, el caso de por qué ha sido concebido ese embarazo para empezar, porque normalmente en todos los Centros de Salud dan planificación familiar gratuito, entonces hay que ver la causa de ese embarazo para que yo vea si, pero aun acá en Bolivia no está autorizado ese- lo que es el aborto legal, y no estoy a favor todavía de eso. [Objetor, Santa Cruz, Bolivia]

Edad gestacional y viabilidad fetal

Nuestra investigación también reveló las razones para objetar que estaban asociadas con la edad gestacional y la viabilidad fetal. Como expresó un prestador de servicios en México:

O sea, es como [...] si yo tengo que hacerlo por cuestión de beneficio de la paciente y porque sucedió lo que haya sucedido pues no hay problema, yo puedo apoyar ¿no? pero cuando son pacientes que sí sobrepasan ciertas semanas y que yo sé que a mí no me va a dejar estar con ese sentimiento digo bueno yo no te puedo ayudar al cien por ciento, tampoco la dejo ir pero sí canalizo a alguien... [No objetor, Estado de México, México]

Para algunos objetores en Bolivia, esto estaba asociado estrechamente con su creencia de que el feto es una vida humana que debe valorarse y protegerse. Esta creencia fue mucho menos prevalente en nuestras entrevistas con prestadores de servicios y demás personal de salud aliado en México. La creencia de que el feto es una vida que debe protegerse fue una de las únicas razones descubiertas en nuestro análisis que puede clasificarse bajo las definiciones legales de la OC y se comunicó de las siguientes maneras:

Bueno, nadie tiene derecho a quitarle la vida ¿no? a un ser. Creo que por ese punto, sobre todo. [Objetor, Santa Cruz, Bolivia]

[...] porque hay una vida que está presente y que es totalmente inocente y no tiene la culpa de... de estar vivo, ¿no? [Objetor, Chuquisaca, Bolivia]

Las personas entrevistadas en Bolivia también asociaron la creencia de que el feto es una vida con la responsabilidad médica de proteger esa vida, como se expresó en las siguientes citas:

[...] siempre ha primado el principio de nuestro juramento hipocrático ¿no? de poder defender la vida... desde su concepción [Objetor, La Paz, Bolivia]

Yo creo que en algunos casos es el tema... el tema moral, el tema religioso, porque no deja [el feto] de ser una... una vida, ¿no es cierto?, y como nuestro juramento nos dice que es “salvar vidas”, yo pienso que es eso. [Objetor, Santa Cruz, Bolivia]

Razones para proporcionar servicios de aborto **Cumplimiento de la ley**

En México y en Bolivia, los prestadores de servicios no objetores identificaron el cumplimiento de la ley como la principal razón para proporcionar servicios de interrupción legal del embarazo. Como dijo un prestador de servicios no objetor en Bolivia:

La parte de tus deberes profesionales para lo que has sido formado, servir a la usuaria sin juzgar, criticar, nada de eso, entonces, si viene la paciente y está dentro de la norma, y hay que realizar... [No objetor, Potosí, Bolivia]

Curiosamente, la defensa del derecho de una persona a tener un aborto o a tomar decisiones sobre su cuerpo de manera más amplia fue citada con mucho menos frecuencia por los prestadores de servicios de salud en ambos países. Cuando se mencionaba el derecho a tener un aborto legal, éste a menudo se discutía en términos de las consecuencias de ser negada servicios de interrupción legal del embarazo: por ejemplo, muerte o discapacidad a causa del aborto inseguro.

Responsabilidad médica

Aunque algunos objetores en México y la mayoría de los objetores en Bolivia citaron su deber de proteger la vida del feto como justificación para negarse a proporcionar servicios de aborto, en ambos países los no objetores utilizaron su responsabilidad médica para justificar su prestación de servicios de aborto. Sin embargo, los no objetores tienen una noción diferente de qué bienestar son responsables de salvaguardar en calidad de médicos/

as, es decir, se enfocan en la persona embarazada y no en el feto:

[...] cuanta clínicas rinconeras hay?, ¿cuántas pacientes nos llegan perforadas, infectadas, con problemas: prefieren eso a que se haga como debe que ser? Sin problemas, medicamento, sin problema de correr riesgo de muerte para la mujer. Porque esta es una de la finalidad, también de disminuir la morbi-mortalidad de las embarazadas. [No objetor, Estado de México, México]

Perfiles de usuarios de la OC

Dado que en México y Bolivia los abortos son efectuados exclusivamente por médicos/as¹ [18, 19], todas las personas entrevistadas identificaron a médicos/as como las principales instancias decisorias cuando se trata de la prestación de servicios de aborto y, por ende, como el principal obstáculo al acceso al aborto en casos de objeción. Sin embargo, es importante señalar que médicos/as objetores/as no son las únicas personas que pueden ser obstáculos para recibir servicios oportunos y de alta calidad de interrupción legal del embarazo en establecimientos de salud pública. Las personas entrevistadas identificaron a varios otros miembros del personal, tales como enfermeras/os, trabajadoras/es sociales, personal de la recepción y policías o guardias de seguridad colocados en las entradas de los hospitales. Esas personas podrían estar poco familiarizadas o no actualizadas con las leyes y políticas más recientes —tales como las causales para la interrupción legal del embarazo, la documentación exigida y/o la cobertura de seguro— por lo cual podrían proporcionar desinformación sin querer o rechazar a las personas que buscan servicios de aborto. Sin embargo, la mayoría de las personas entrevistadas reconocen que algunos de estos miembros del personal, a pesar de no poder invocar la OC legalmente, se apropian de la OC y obstaculizan el acceso al aborto adrede. Para ello, podrían exigir ilegalmente una denuncia oficial del incidente en casos de violación, informar a las pacientes que no se proporcionan servicios de aborto en determinado establecimiento de salud y/o de otro modo maltratar a las pacientes que buscan servicios de aborto. Un ejemplo es el siguiente relato por un prestador de servicios en México:

Sí, era una chica como de veintitantos años que llegó y pidió la interrupción legal del embarazo entonces pues prácticamente le comentaron los compañeros

¹ En la Ciudad de México, se ha establecido que solo médicos/as pueden efectuar abortos; en el resto del país, esto no está establecido en la ley, pero es una práctica aceptada.

que aquí no lo realizábamos y la mandaron a la Ciudad de México para que allá en el hospital que le correspondía en el Distrito Federal, allá sí le realizaran el...la interrupción legal del embarazo, pero aquí no traía teóricamente ningún documento. [No objetor, Estado de México, México]

El siguiente comentario de una prestadora de servicios en Bolivia también ejemplifica el maltrato al cual algunas pacientes son sometidas por el personal hospitalario cuando reciben servicios de aborto:

El principal problema es que se le ofrece trabas primero, se le ofrece trabas en el sentido de que culpabilizan a la mujer sobre el embarazo y muchas veces emiten juicios de valor, indicando que son pacientes que, por el gusto de embarazarse, se embarazaron, y que ahora por no encontrar otro rédito, buscan producirse un aborto. [No objetor, Chuquisaca, Bolivia]

Otras personas con poder de toma de decisiones también influyen a sabiendas o sin saberlo en las maneras en que las personas pueden acceder a los servicios de interrupción legal del embarazo. En México y Bolivia, muchos establecimientos de salud aún exigen que las personas que buscan servicios de aborto por causal violación presenten y proporcionen una prueba firmada de una denuncia oficial del incidente, a pesar de que la documentación no es exigida o que los requisitos se han relajado. Como dijo un prestador de servicios en México:

[...] al menos en el Estado de México todavía existe está situación de que muchos médicos dicen que trabajan en instituciones como esta, en donde sí están solicitando pues que venga el papel del ministerio público ¿no? porque dicen “y bueno que tal que no y qué tal que le pasa algo” [Objetor, Estado de México, México]

Además, las decisiones que impactan el hecho de que una persona pueda o no acceder a servicios de aborto provienen de más arriba en la cadena de mando de cada establecimiento de salud. Si las personas responsables de tomar las decisiones son objetoras, su influencia puede limitar en gran medida el acceso a estos servicios. En México, algunas de las personas entrevistadas discutieron una miríada de barreras administrativas para acceder a los servicios de aborto, mientras que en Bolivia, mencionaron las solicitudes de las pacientes para servicios de aborto a menudo son referidas a la junta médica del hospital y revisadas caso por caso antes de la prestación de servicios. En algunos casos, el/la director/a del hospital también po-

dría tener la autoridad final para la toma de decisiones en cuanto a si proporcionar o no el servicio de aborto.

Aquí es una traba, ¿no? Porque el administrativo lo ve mal, por su concepción personal, filosófica, lo acepta, entonces allí empieza un rechazo hacia el paciente. [No-objector, Estado de México, México] [...] utiliza todavía el hospital la Junta Médica, en el cuál se analiza el caso, se ve se- expectativas, se ve realidades y ahí aceptan entre dos, o tres, o cuatro médicos deciden que se proceda al acto, entonces, ahí se puede observar algún médico que si... indica que no está de acuerdo con el procedimiento, y trata de hacer objeción de conciencia [No-objector, Chuquisaca, Bolivia]

No, en realidad... eh- y eso, usted que toca esto me preocupa un poco porque se deja bajo la responsabilidad exclusiva de una sola persona, que es el Jefe de Servicio... si es que... él dice no, y punto [Objetor, Chuquisaca, Bolivia]

No, en realidad..., eh y eso, usted que toca esto, me preocupa un poco porque se deja bajo la responsabilidad exclusiva de una sola persona, que es el Jefe de servicio... Si es que... él dice no, y punto. [Objetor, Chuquisaca, Bolivia]

Impactos de la OC

La mayoría de las personas entrevistadas reconocieron que el mal uso de la OC impacta a las personas que buscan servicios de interrupción legal del embarazo en México y Bolivia. En ambos países, los efectos citados con más frecuencia fueron los impactos psicológicos; muchas de las personas entrevistadas hicieron hincapié en la depresión y frustración que creen que las pacientes podrían sufrir después de ser rechazadas por los servicios de aborto legal. Muchas de las personas entrevistadas también reconocieron que estos impactos psicológicos podrían causar resultados significativamente peores para las personas que son negadas servicios de interrupción legal del embarazo, tales como la muerte o una lesión a causa de un aborto inseguro e intento de suicidio o suicidio consumado, como se refleja en las siguientes citas:

Bueno, yo creo que... cuando se le niega [el aborto], creo que si, hay ¿no?... sentimientos de miedo, temor, culpa, soledad, angustia, ideaciones suicidas, episodios depresivos... es una decisión que se le está negando ¿no? y hacerse a la idea de asumir... una maternidad forzada, ¿no? [Psicólogo, Potosí, Bolivia]

Es que la familia –o la persona – se queda frustrada, decepcionada, al final resignada, o caso contrario, elige el acudir digamos, a... donde las señoras que practican el aborto, pero no en las condiciones de salubridad, sino en las otras condiciones ¿no? En una oportunidad vino una paciente que la habían introducido el palillo al úter ¿me entiende? ¿para qué? para que pueda botar la wawita [bebé], mire, llegamos a ese extremo [Trabajador social, Potosí, Bolivia]

Por otra parte, algunas de las personas entrevistadas mencionaron que después de ser negadas servicios de aborto, muchas personas optaron por autoinducirse el aborto adquiriendo píldoras, como misoprostol, en farmacias o vía vendedores oficiales y extraoficiales por internet. Las personas entrevistadas también mencionaron los efectos de la OC en servicios oportunos. Muchas describieron los retrasos prolongados que las pacientes son obligadas a sufrir cuando solicitan servicios de aborto y un/a prestador/a de servicios no objetor/a no está presente o no está disponible. A menudo las pacientes se ven obligadas a esperar en el hospital hasta el próximo turno, o incluso hasta el próximo día, para recibir por fin sus servicios sensibles al factor tiempo.

Algunas personas entrevistadas, pero no todas, también reconocieron que la OC afecta a otros prestadores de servicios, especialmente a los no objetores. Los efectos en otros prestadores de servicios citados más comúnmente fueron el estrés de tener mayor carga de trabajo y el estigma de ser etiquetado/a como “doctor/a abortista”. Como relataron dos prestadores de servicios,

La OC satura el servicio y ahí mismo el estrés de los médicos que están saturados digamos también influye la calidad de la atención ¿no? [No-objeto, Santa Cruz, Bolivia]

Bueno, es un decir ...sí, sí estereotipan tus mismos compañeros, voz de pasillo, los hospitales son pueblos chicos infernos muy grandes, sí te estereotipan con que eres la matabebés, cosas negativas, como tú ya lo sabes. Matabebé, proabortista, cosas despectivas... [No-objeto, Estado de México, México]

Curiosamente, estos efectos fueron reconocidos con mayor frecuencia por prestadores de servicios no objetores; la mayoría de los prestadores de servicios objetores no identificaron o reconocieron los posibles efectos de su objeción en otros prestadores de servicios.

Mitigación del impacto de la OC

Preguntamos a los prestadores de servicios y demás personal de salud aliado qué se necesita para mitigar los impactos negativos de la OC en las personas que solicitan servicios de interrupción legal del embarazo. En general, expresaron la necesidad de recibir sensibilización y capacitación en el aborto como un servicio de salud esencial, en las leyes y políticas relacionadas con el aborto y en el ejercicio y los límites de la OC.

[...] la capacitación continua en estos temas, como hemos visto tenemos falencias, no tenemos conocimiento de muchas normas, que si supiéramos podíamos practicar ¿no? no tenemos mucho conocimiento. [Administrador, Potosí, Bolivia]

y que nosotros estemos capacitados para poder ayudar ¿no? porque a veces no estamos ni capacitados ¿no? ¿porqué? porque ni nosotros sabemos qué es lo que tenemos que hacer. Si nosotros no sabemos que tenemos que hacer, pues ¿qué vamos a a brindarle a estas niñas? ¿no? [Non-objeto, Mex-ico State, Mexico]

Muchos prestadores de servicios y personal de salud aliado también hablaron sobre la necesidad de educar al público en general con énfasis especial en llegar a las mujeres y niñas. Estas respuestas fueron clasificadas bajo dos categorías: educación para mujeres y niñas sobre su derecho a la interrupción legal del embarazo y educación de mujeres y niñas sobre la prevención del embarazo. Cabe señalar que la creencia de que las mujeres y niñas necesitan más educación e información sobre el control de la natalidad era compartida principalmente por prestadores de servicios objetores. Esta creencia hace eco del nivel percibido de responsabilidad individual de las pacientes que buscan servicios de aborto, mencionado anteriormente, responsabilidad atribuida principalmente a las mujeres y niñas.

Con menor frecuencia, las personas entrevistadas hicieron otras sugerencias, por ejemplo: formular nuevas leyes y políticas (especialmente en el caso de México, donde la ley estatal y la ley y política federales a menudo entran en conflicto una con otra), mejorar las políticas, protocolos y procedimientos hospitalarios que garantizan la prestación de servicios de aborto en el momento en que son solicitados o cerca de ese momento y dedicar espacios en los hospitales para los servicios de aborto, atendidos exclusivamente por prestadores de servicios y personal de salud aliado no objetores.

Discusión

Nuestros hallazgos hacen eco de trabajo anterior que demuestra que la OC relacionada con el aborto a menudo es utilizada indebidamente para negar servicios de interrupción legal del embarazo por razones distintas a las creencias morales, religiosas o éticas [4–8] y agrega a la literatura perspectivas de prestadores de servicios y personal de salud aliado no objetores y objetores en México y Bolivia. La gran mayoría de los prestadores de servicios y personal de salud aliado citaron como las principales razones para objetar la falta de conocimiento y comprensión de las leyes y políticas relacionadas con el aborto y el temor a tener problemas jurídicos por proporcionar servicios de aborto. En cambio, la principal *razón* para proporcionar servicios es cumplir con la ley, lo cual demuestra que, para muchas personas, conocer y comprender las leyes y políticas y cumplirlas es razón suficiente para no objetar. Esta falta de familiaridad, conocimiento y comprensión con relación a las leyes de aborto es reforzada por la escasez de casos de interrupción legal del embarazo en muchos de estos hospitales públicos; muchos prestadores de servicios hablaron sobre el hecho de que rara vez ven solicitudes o casos de interrupción legal del embarazo en su establecimiento de salud.

La creencia de que las personas que buscan servicios de aborto son irresponsables también se manifestó en muchas de las entrevistas. Muchos prestadores de servicios y personal de salud aliado ven el aborto como opción de último recurso y/o como el lamentable resultado de que la persona embarazada no haya tomado las precauciones necesarias utilizando anticoncepción. Esto está estrechamente asociado con la desconfianza en personas que buscan servicios de aborto, la creencia de que la interrupción legal del embarazo es una laguna por medio de la cual las personas irresponsables que no tienen derecho a un aborto por ley pretenden acceder a los servicios.

En general, los prestadores de servicios y personal de salud aliado identificaron la necesidad significativa de recibir más formación y capacitación sobre las leyes y políticas relacionadas con el aborto, en respuesta a la falta de conocimiento y al temor a tener problemas jurídicos. El miedo generalizado a las ramificaciones jurídicas amplifica la necesidad de proporcionar a médicos/as recursos adicionales y apoyo para que puedan adquirir más confianza, conocimientos y habilidades clínicas y no clínicas para proporcionar servicios de interrupción legal del embarazo. Quienes abogan por ampliar el acceso a los servicios de interrupción legal del embarazo deben reconocer que la falta de conocimiento y comprensión aunadas al temor son los principales motivos de la negación a proporcionar servicios de interrupción legal del embarazo en México y Bolivia. Estos objetores son una población clave que podría proporcionar servicios de aborto si fueran sen-

sibilizados y equipados con los recursos necesarios para sentirse cómodos, confiados y protegidos.

Las razones para negar servicios expresadas por las personas entrevistadas en nuestro estudio reafirman la realidad de que la práctica actual de la OC no está alineada con el ejercicio previsto de la OC según se define legalmente ni con las normas internacionales de derechos humanos que antepone la primacía del derecho de acceder a servicios de salud reproductiva al ejercicio individual de la OC. Más aún, nuestra investigación revela que la OC es apropiada incluso por personas que no proporcionan los servicios y no tienen derecho legal a objetar. Esto destaca la necesidad de tener regulación más clara y mejor difundida, a nivel nacional e internacional, que aclare los límites de la OC y establezca los procesos para quienes desean invocar la OC. Además, hace una importante distinción de términos: a pesar de que las personas entrevistadas etiquetaron como objetores a quienes se niegan a participar en la prestación de servicios de interrupción legal del embarazo en ciertas situaciones, no son objetores según la definición legal de OC. El lenguaje de la OC se complica aun más por el hecho de que las palabras *de conciencia* implican que los objetores son quienes tienen una conciencia. Sin embargo, muchos prestadores de servicios no objetores vinculan su prestación de servicios de aborto con su propia conciencia, lo cual algunos investigadores han sugerido que se denomine *prestación de conciencia* [20, 21]. Promotores, investigadores y formuladores de políticas deben entender este matiz. Aunque a las personas entrevistadas no se les preguntó específicamente sobre el aborto con medicamentos (AM) con relación a la objeción de conciencia, es importante reconocer que el AM ha cambiado y continúa cambiando el panorama del aborto, tanto en términos de mayor acceso al aborto fuera de los establecimientos de salud y mayor disposición por parte de los prestadores de servicios que podrían estar más dispuestos a administrar AM que a efectuar procedimientos de aborto quirúrgico [22]. Se necesitan más investigaciones para entender mejor la relación entre el AM y el uso de la OC entre el personal de salud en diferentes ámbitos, así como las implicaciones para la prestación de servicios de aborto y la regulación de la OC.

Este estudio tiene limitaciones. En primer lugar, no podemos generalizar los hallazgos a diferentes países o siquiera a diferentes estados y departamentos de México y Bolivia, respectivamente. Sin embargo, nuestros hallazgos corroboran las investigaciones realizadas en otros entornos y contribuyen a ampliar la base de evidencias sobre la comprensión y utilización de la OC a nivel mundial. En segundo lugar, todas las personas entrevistadas trabajan en hospitales públicos que tienen o tuvieron una relación de trabajo con Ipas y, debido a que recibieron capacitación impartida por Ipas, estos hospitales quizás no sean

representativos de otros hospitales públicos con relación a los servicios de aborto. Aunque no todas las personas entrevistadas recibieron capacitación o asistencia técnica de Ipas sobre el aborto, es posible que las perspectivas del personal de salud en estos hospitales públicos difieran de las perspectivas del personal en establecimientos, públicos o privados, que no han tenido interacción con Ipas. El hecho de que la afiliación de los entrevistadores a Ipas fuera conocida por las personas entrevistadas pudo haber contribuido al sesgo de deseabilidad social; sin embargo, la mayoría de las personas entrevistadas hablaron francamente sobre su negación o la negación de sus colegas a proporcionar servicios de aborto o asistir en la prestación de esos servicios. Por último, dado que en México y Bolivia no existen registros oficiales de prestadores de servicios objetores, el reclutamiento de prestadores de servicios objetores y no objetores estaba sujeto a un margen de error. Los prestadores de servicios fueron reclutados con la ayuda de supervisores familiarizados con las posturas objetoras o no objetoras del personal del hospital, pero en algunos casos, las personas percibidas como objetoras posteriormente se identificaron como no objetoras y viceversa. Tan pronto se confirmó la postura identificada por la persona a ser entrevistada, el/la entrevistador/a aplicó la guía correspondiente para realizar la entrevista. La inclusión de personal de salud objetor y no objetor es una fortaleza de este estudio.

Abreviaturas

OC: objeción de conciencia; IRB: Institutional Review Board; NOM 046: Norma Oficial Mexicana 046.

Agradecimientos

Queremos agradecer a Gretzel Brozovich, SIMO México y Emanuela Borzacchiello por su asistencia con la recolección de datos.

Contribuciones de quienes escribieron este artículo

EP concibió la idea para realizar este estudio. SAK y JDW analizaron los datos y redactaron el borrador del manuscrito. FDL, FH y EP participaron en la revisión crítica y finalización del manuscrito. Todos los autores leyeron y aprobaron el manuscrito final.

Financiamiento

Este estudio fue apoyado por el Ministerio de Relaciones Exteriores de los Países Bajos. El Ministerio de Relaciones Exteriores de los Países Bajos no participó en el diseño, análisis, interpretación de datos, redacción del manuscrito ni en ningún otro aspecto de la investigación o la publicación.

Disponibilidad de datos y materiales

Las transcripciones de las entrevistas con los prestadores de servicios y profesionales de salud aliados analizadas en este estudio no están disponibles públicamente. El proceso de obtener el consentimiento de cada participante garantizó que los datos no serían difundidos fuera del equipo de investigación; además, muchas de las personas participantes son médicos/as que proporcionan servicios de aborto y trabajan en entornos sensibles. Los datos podrían estar disponibles por medio de la autora correspondiente a petición razonable.

Conclusiones

Las principales razones para el mal uso de la OC en nuestras muestras en México y Bolivia fueron la falta de conocimiento de la ley sobre aborto y el temor a tener problemas jurídicos. Esta investigación es fundamental para contribuir a la base de evidencias sobre la OC a nivel mundial, en particular en América Latina, donde el mal uso de la OC representa una barrera importante al acceso a los servicios de interrupción legal del embarazo. Además, este estudio identifica maneras importantes de entender, reformular y responder al ejercicio de la OC en México y Bolivia, al reconocer que intervenciones destinadas a crear mayor conciencia de la ley sobre aborto y lograr que los prestadores de servicios se sientan protegidos al proporcionar servicios de aborto legal probablemente reducirían el mal uso de la OC en estos entornos.

Aprobación de ética y consentimiento para participar

El equipo de investigación recibió de cada participante su consentimiento escrito para participar. Este estudio recibió la aprobación del consejo de revisión institucional (IRB, por las siglas en inglés de *institutional review board*) del *Allendale Investigational Review Board* (AIRB).

Consentimiento para publicación

No aplicable.

Conflicto de intereses

Los autores declaran que no tienen conflicto de intereses.

Detalles de los autores

¹ Ipas, Chapel Hill, Carolina del Norte, EE. UU. ² Ipas Centroamérica y México, Ciudad de México, México. ³ Ipas Bolivia, La Paz, Bolivia.

Recibido: 23 junio 2020. Aceptado: 7 febrero 2021

Publicado en línea, versión original en inglés: 17 de Febrero de 2021

En <https://doi.org/10.1186/s12978-021-01101-2>

Referencias

- Chavkin W, Leitman L, Polin K. Conscientious objection and refusal to provide reproductive healthcare: a white paper examining prevalence, health consequences, and policy responses. *Int J Gynecol Obstet*. 2013;123:S41–56.
- Rights Cfr. The World's Abortion Laws 2014. 2014. <https://www.reproductiverights.org/sites/crr.civicaction.net/files/documents/AbortionMap2014.PDF>. Accessed 3 Mar 2020.
- International Covenant on Civil and Political Rights, adopted Dec. 16, 1966, G.A. Res. 2200A (XXI), U.N. GAOR, 21st Sess., Supp. No. 16, at 52, U.N. Doc.A/6316 (1966), 999 U.N.T.S. 171 (entered into force March 23, 1976).
- Harries J, et al. Conscientious objection and its impact on abortion service provision in South Africa: a qualitative study. *Reprod Health*. 2014;11(16):1–7.
- Lopez-Gomez A, et al. Legal health services of abortion in Uruguay. Strategies of the primary health care public services. *Salud Publica Mex*. 2017;59(5):577–82.
- Fink LR, et al. "The Fetus Is My Patient, Too": attitudes toward abortion and referral among physician conscientious objectors in Bogota, Colombia. *Int Perspect Sex Reprod Health*. 2016;42(2):71–80.
- Diaz-Olavarrieta C, et al. El Programa de Interrupción Legal del Embarazo en la Ciudad de México: experiencias del personal de salud. *Rev Panam Salud Publica*. 2012;32(6):399–404.

8. Harris LH, et al. Development of a conceptual model and survey instrument to measure conscientious objection to abortion provision. *PLoS ONE*. 2016;11(10):e0164368.
9. Rights CFR. Law and policy guide: conscientious objection. <https://repro.uct.ac.za/verig-hts.org/law-and-policy-guide-conscientious-objection>. Accessed 15 Dec 2020.
10. Cabal L, Arango Olaya M, Montoya Robledo V. Striking a balance: conscientious objection and reproductive health care from the colombian perspective. *Health Hum Rights*. 2014;16(2):73.
11. FIGO. Ethical Guidelines on Conscientious Objection 26–27. 2012.
12. Causales Legales para el Aborto. Ipas México. <http://ipasmexico.org/pdf/ipasMx-2020-CausalesLegales.pdf>.
13. Decreto por el que se adiciona un artículo 10 Bis a la Ley General de Salud. http://www.dof.gob.mx/nota_detalle.php?codigo=5522437&fecha=11/05/2018. Accessed 11 May 2018.
14. MODIFICACIÓN de los puntos 6.4.2.7, 6.4.2.8, 6.6.1 y 6.7.2.9 de la Norma Oficial Mexicana NOM-190-SSA1-1999, Prestación de servicios de salud. Criterios para la atención médica de la violencia familiar, para quedar como NOM-046-SSA2-2005. Violencia familiar, sexual y contra las mujeres. https://www.dof.gob.mx/nota_detalle.php?codigo=5430957&fecha=24/03/2016. Accessed 16 April 2009 | Derecho a Decidir, Bolivia.
15. Estado de situación de la objeción de conciencia en Bolivia. 2020. <http://catolicasbolivia.org/wp-content/uploads/2018/11/HD-Estado-de-situacion-corregido.pdf>. Accessed 3 Mar 2020.
16. Código Penal Boliviano 1972 Decreto Ley 10426. https://oig.cepal.org/sites/default/files/1997_cod.penal_bolivia_est_plur.pdf.
17. Contreras X, et al. Experiences and opinions of health-care professionals regarding legal abortion in Mexico City: a qualitative study. *Stud Fam Plann*. 2011;42(3):183–90.
18. Sentencia Constitucional 0206/2014. <http://catolicasbolivia.org/wp-content/uploads/2015/09/cpe-sentencia-constitucional-plurinacional-02062014.pdf>.
19. Gaceta Oficial de la Ciudad de México. <http://data.consejeria.cdmx.gob.mx/porta/old/uploads/gacet/fe07c7d2cc26cb21d214b463a9497203f.pdf>. Accessed 25 Apr 2018.
20. Donnelly M, Murray C. Abortion care in Ireland: developing legal and ethical frameworks for conscientious provision. *Int J Gynaecol Obstet*. 2020;148(1):127–32.
21. Navarrete SA, Michel AR. Re-thinking the use of conscientious objection by health professionals: a regulatory proposal based on legal abortion practices in Argentina. Ipas and CEDES. 2019. https://ipas.azureedge.net/files/Re-thinking%20Conscientious%20Objection-%20Executive%20Summary_2019.pdf. Accessed 3 Mar 2020.
22. Chavkin W, Swerdlow L, Fifield J. Regulation of conscientious objection to abortion: an international comparative multiple-case study. *Health Hum Rights*. 2017;19(1):55–68.

Publisher's Note

Springer Nature remains neutral with regard to jurisdictional claims in published maps and institutional affiliations.

Ready to submit your research? Choose BMC and benefit from:

- fast, convenient online submission
- thorough peer review by experienced researchers in your field
- rapid publication on acceptance
- support for research data, including large and complex data types
- gold Open Access which fosters wider collaboration and increased citations
- maximum visibility for your research: over 100M website views per year

At BMC, research is always in progress.

Learn more biomedcentral.com/submissions

