

La Objeción de Conciencia frente a la Interrupción Voluntaria del Embarazo: Motivaciones que traspasan las Creencias Morales y Religiosas en Profesionales de la Salud Chilenos.¹

Conscientious Objection to the Voluntary Interruption of Pregnancy: Motivations that go beyond Moral and Religious Beliefs in Chilean Health Professionals.

*Carolina Alveal-Álamos**
*Beatriz Pérez Sánchez***
*Augusto Obando Cid****
*Lindsey Carte*****
*Luisa Jara Sepúlveda******

Resumen

En Chile, la objeción de conciencia (OC) es un obstáculo para garantizar el acceso a la interrupción voluntaria del embarazo (IVE) de las mujeres, debido al alto número de objetores en los servicios públicos de salud, quienes objetan por un conflicto de conciencia entre la práctica médica y la moral o creencias religiosas. El objetivo de este estudio es comprender las diferentes

¹ Este trabajo forma parte del proyecto FONDECYT/Nº11180588.

* Licenciada en Sociología. Doctorante en Ciencias Sociales, Universidad de La Frontera, Temuco, Chile. c.alveal03@ufrontera.cl

** Licenciada en Psicología. Doctora en Psicología. Departamento de Psicología, Universidad de Oviedo, España, perezbeatriz@uniovi.es; Departamento de Psicología, Universidad de La Frontera. Autora de Correspondencia beatriz.perez@ufrontera.cl

*** Licenciado en Matronería. Licenciado en Educación. Magíster en Ciencias Sociales Aplicadas. Doctor en Procesos Sociales y Políticos en América Latina. Doctor en Ciencias Sociales. Departamento Salud Pública, Universidad de La Frontera. augusto.obando@ufrontera.cl

**** Licenciada en Estudios Latinoamericanos. Master en Estudios Latinoamericanos. Doctora en Geografía. Núcleo Científico Tecnológico en Ciencias Sociales y Humanidades, Universidad de La Frontera. lindsey.carte@ufrontera.cl

***** Educadora de Párvulos. Estudiante Magister en Psicología, Universidad de La Frontera. luisa.jara@gmail.com

motivaciones de los profesionales de la salud para adherirse a la OC. Para cumplir con este objetivo, nos basamos en teorías de la psicología social y el feminismo, analizando entrevistas con profesionales médicos y no médicos del servicio público de salud de la Región de la Araucanía. Identificamos motivaciones que no califican como creencias morales o religiosas, como son las laborales, la desconfianza en el criterio de la mujer que solicita la IVE y colegas, o el miedo a problemáticas legales. Concluimos que la declaración de la OC está constituida no solo por creencias y valores personales, sino también por factores contextuales y relacionales constitutivos de una pseudo-objeción de conciencia (P-OC), limitando aún más el acceso de las mujeres a la IVE.

Palabras Claves: Derechos Reproductivos, Aborto Inducido, Aborto Terapéutico, Pseudo, Objeción de Conciencia.

Abstract

In Chile, conscientious objection (CO) is an obstacle to guarantee access to voluntary interruption of pregnancy (IVE) for women, due to the high number of objectors in public health services, who object due to a conflict of conscience between medical practice and moral or religious beliefs. The objective of this study is to understand health care professionals' different motivations for becoming conscientious objectors. To meet this objective, we draw on theories from social psychology and feminism to analyze interviews with medical and non medical professionals of the Araucanía Region's public health service. We identified motivations that do not qualify as moral or religious beliefs, such as workings, distrust in the criteria of the woman requesting the IVE and colleagues, or the fear of legal problems. We conclude that CO is constituted by factors influenced by personal beliefs and values, as well as by contextual and relational factors, generating a conscientious pseudo-objection (CP-O) statement, which further limits women's access to IVE.

Keywords: Reproductive Rights, Induced Abortion, Therapeutic Abortion, Pseudo, Conscientious Objection.

Fecha de recepción: Marzo 2022

Fecha de aprobación: Junio 2022

Introducción

El debate sobre la interrupción voluntaria del embarazo (IVE) en Chile, se inscribe en diversas miradas políticas, médicas y sociales, lo que conlleva el encuentro de posturas antagónicas a nivel valórico, moral e ideológico. Así, el acceso al derecho a la IVE se ha mantenido históricamente supeditado a la postura de quienes ostentan posiciones de poder en ámbitos de decisión sanitario y legislativo (Vial, 2019; Muñoz et al., 2021).

La reforma al artículo 119 del Código Sanitario en el año 1989 bajo la dictadura militar de Augusto Pinochet, estableció la prohibición y penalización de toda forma de aborto, fortaleciendo posturas de sectores sociales conservadores políticos y religiosos (Maira y Carrera, 2019; Muñoz et al., 2021). Como reacción, desde la década de los 2000, movimientos feministas posicionaron las discusiones sobre el derecho al aborto en el debate político, destacando la Línea Aborto, la Mesa Acción por el Aborto y feministas liberales en espacios de decisión, (Maira y Carrera, 2019). En consecuencia, en 2015 el ejecutivo ingresó un proyecto de ley que finalmente entró en vigencia en 2017 como Ley de IVE en 3 causales o Ley 21.030, para la despenalización del aborto en 3 circunstancias: (1) riesgo vital para la mujer; (2) inviabilidad fetal de carácter letal; (3) violación (Maira y Carrera, 2019; Muñoz et al., 2021), marcando un antes y un después en la esfera valórica y conservadora de la sociedad chilena (Vial, 2019).

En consecuencia, la ley de IVE ha supuesto un avance en materia de derechos reproductivos sin precedentes para el país, sin embargo, posee limitaciones en su normativa que traban su aplicabilidad. Estas, se basan principalmente en la definición de las 3 causales para la IVE y en la figura de la objeción de conciencia (OC), y son reflejo de los intereses de sectores conservadores desde la derecha chilena y grupos religiosos (Vial, 2019; Muñoz et al., 2021). Además, la constitución vigente no reconoce los derechos reproductivos de las mujeres, trayendo consigo problemáticas observadas por organismos internacionales, como el aumento de abortos clandestinos, la despreocupación por el embarazo adolescente y la prohibición y penalización del aborto (Corporación Humanas, 2016). Por ello, el acceso al aborto en las 3 causales no solo depende de la decisión y autonomía de las mujeres que desean, quieren o deben abortar, sino que también, de la normativa constitucional que desconoce las problemáticas reproductivas. Además, a este escenario político lleno de obstáculos hacia la autodeterminación de la mujer en pro de los derechos del “que está por nacer”, se suman los derechos de las y los profesionales que deben realizar el procedimiento quirúrgico del aborto bajo la figura de OC (Vial, 2019; Muñoz et al., 2021).

La objeción de conciencia ante la interrupción voluntaria del embarazo.

La OC es un derecho fundamental de los seres humanos validado de manera constitucional (Montero y González, 2011) ante un conflicto de conciencia, invocado cuando los individuos se niegan a actuar en contra de valores y creencias personales (Beca y Astete, 2015). Se sostiene en lo moral y no en lo legal: quien se declara objetor, logra “oponerse a acciones que violenten su conciencia y atentando así contra su dignidad, integridad y autonomía” (Beca y Astete, 2015, p.494). Este es un proceso dinámico en constante revisión y variación personal, que puede tener cambios apelando a la madurez de la conciencia (Beca y Astete, 2015). Así, es

importante que sea declarada e informada, y utilizada en momentos o procedimientos específicos de la práctica clínica que generen un conflicto de conciencia.

En Chile, profesionales de la salud (obstetras, anestesistas, no médicos y paramédicos), vinculadas y vinculados al proceso de interrupción dentro del pabellón quirúrgico, son quienes pueden acogerse a la OC, informando previamente su declaración al establecimiento de salud y derivando a las mujeres que deseen acogerse a la IVE a profesionales no objetoras u objetores (Ley 21.030, 2017). Según el último reporte elaborado por el Ministerio de Salud (MINSAL), se constata un alto número de OC a nivel nacional, concentrado en mayor medida en el causal 3 (ver Tabla 1). Esta disparidad entre tipos de causales coincide con lo observado en estudios internacionales, tanto a nivel comunitario como en muestras de profesionales de la salud (Bahr y Marcos, 2003; Buga, 2002; Kibsgaard et al., 2014; Mahomed, 2016; Suranga et al., 2016; De Zordo, 2017; Mosley et al., 2020; Pérez, et al., 2020; Osborne et al., 2022). La aceptación disminuye cuando se permite bajo cualquier circunstancia o bajo causales socioeconómicas, y aumenta cuando se encuadra bajo razones físicas, como salvaguardar la vida de la madre o malformación del feto. Desde la literatura, se ha explicado esta mayor permisividad debido a la estigmatización de la discapacidad (Mosley et al., 2020; Varga, 2002) y por el entendimiento de los causales físicos como ajenos a la voluntad de la mujer, no como una resistencia a los roles de género tradicionales (Yanshu et al., 2016).

Tabla 1

Datos descriptivos sobre OC en Chile según tipo de profesional y causal, de acuerdo a la Ley 21.030. MINSAL, septiembre 2019.

	Nº Profesionales Habilitados	Causal vital para la mujer	Riesgo para la Inviabilidad de carácter letal	Causal de Violación
Médicos Obstetras	1.124	223 (19,83%)	307 (27,31%)	559 (49,73%)
Anestesiastas	823	74 (8,99%)	111 (13,48%)	185 (22,47%)
No Médicos	1.018	96 (9,43%)	160 (15,71%)	212 (20,82%)
Paramédicos	1.754	140 (7,98%)	169 (9,63%)	209 (11,97%)

Fuente: MINSAL (2019).

No obstante, aunque proporcionalmente consistente entre los causales, la declaración de OC no es homogénea a lo largo del país. La situación se agrava más en regiones alejadas de la capital, como en la Araucanía, región caracterizada por presentar una tradición política conservadora (Pérez et al, 2020). Según datos recogidos por el MINSAL el año 2019, está entre las tres regiones con mayor número de médicos obstetras objetores: 30,6% para el causal 1; 41,9% para el causal 2; y 69,3% para el causal 3.

Otra dificultad añadida es que cualquier proceso de toma de decisión, como es el caso de la OC, se encuentra afectado por múltiples variables de influencia, y no solo por los valores y creencias personales. En consecuencia, nos encontraremos con profesionales que se acogen a la OC debido a motivaciones ajenas a un conflicto moral, causa única que debiera motivar la adherencia a la OC. En la literatura, se denomina a este fenómeno como pseudo-objeción de conciencia (P-OC), profesionales quienes toman “decisiones que se basan más bien en conveniencias o razones prácticas que en un sistema de valores debidamente elaborado” (Beca y Astete, 2015, pág. 494).

La perspectiva, o enfoque de género, permite comprender algunas de estas motivaciones. El orden de géneros es construido en sociedad, impactando en nuestras concepciones sobre las definiciones y experiencias de vivir como mujer, hombre o una persona no-binaria (Lagarde, 1994). Esta perspectiva, desde un enfoque feminista, deconstruye las dinámicas de poder que mantienen el orden de género y estructuran las relaciones de género (Lamas, 1996). En la sociedad chilena, y la mayoría de las sociedades occidentales, las concepciones, relaciones, expectativas y roles de género emanan del patriarcado, en el cual los hombres siguen dominando, a pesar de los grandes logros del movimiento feminista para otorgar derechos a mujeres y personas no-binarias. Dentro de esta estructura de relaciones de poder, las mujeres enfrentan barreras en su acceso a oportunidades, libertad, y al disfrute de sus derechos, entre otras cosas. La manera patriarcal de mantener subyugada a la mujer, es a través de la propagación de estereotipos que caracterizan a la mujer como débil, irracional/emocional, o sin poder de decisión, entre otros (Deaux y Kite, 1993).

La IVE ha sido clave en la lucha feminista para la justicia reproductiva, y los debates sobre el tema se impregnan también de las actuales actitudes sobre el género de la sociedad chilena (Pérez et al., 2021; 2022). Como resultado, analizar las motivaciones de las y los profesionales desde esta perspectiva, permite descubrir cómo sus decisiones y percepciones están influenciadas por las estructuras e ideologías producto de la estructura dominante sobre el género. La lectura desde tal enfoque es importante porque provee un esquema para comprender las barreras de acceso a la IVE de las mujeres. Dentro de este esquema, el control de la sexualidad y la reproducción de las mujeres es clave (Díaz-Gutiérrez et al., 2022; Christ, 2016; MacKinnon, 2018).

Por otro lado, la Teoría de la Acción Razonada (TAR) (Fishbein y Ajzen, 1975) y la Teoría de la Acción Planificada (TAP) (Ajzen, 1991) señalan la norma subjetiva como variable de

relevancia en el proceso de toma de decisión, es decir, la percepción del individuo sobre las creencias de los otros y por tanto de lo que es socialmente aceptado, proporciona un marco de referencia sobre el cual actuar. Al respecto, la literatura señala que las creencias de las y los profesionales sobre lo que es correcto para la comunidad y para sus colegas es una variable de relevancia para la declaración de la OC (McLemore et al., 2015), ya que tratan de evitar sufrir la desaprobación de los demás, y un potencial estigma por realizar el aborto (Norris et al., 2011; Aniteye y Mayhew, 2013; Martin et al., 2014; Aniteye et al., 2016; Martin et al., 2017).

Además, la TAP añade otro elemento en este proceso de toma de decisión: el control conductual percibido sobre el propio proceso de toma de decisión. Este se basa en las creencias sobre los recursos, y las oportunidades disponibles para llevar a cabo la acción. Por ejemplo, profesionales de la salud en Ghana denuncian la falta de apoyo institucional para la prestación del servicio de IVE y la falta de facilitación de medios y recursos logísticos por parte de las clínicas (Aniteye y Mayhew, 2013; Aniteye et al., 2016). En Chile, la OC, viene acompañada de una OC Institucional, la cual entrega la facultad a clínicas privadas y espacios de formación universitaria, para negarse a la realización de abortos considerando sus principios ideológicos y religiosos (Cabello, 2018). A estos se añaden otros argumentos o variables que se han esgrimido para la declaración de la OC: evitar la sobrecarga de trabajo que supone realizar este tipo de procedimiento y las responsabilidades adicionales (Contreras et al., 2011); evitar realizar un trabajo poco interesante, desagradable y desprestigiado, identificado por ginecoobstetras españoles e italianos como “el trabajo sucio que nadie quiere hacer” (De Zordo, 2017, p. 7); o la insuficiente capacitación en técnicas de aborto (De Zordo, 2017).

Por su parte, Kurt Lewin (1935, 1948) en su Teoría del Campo Psicológico, plantea que la conducta, en este caso la adherencia a la OC, se encuentra supeditada a diferentes fuerzas de influencia que pueden provocar aproximación o el rechazo de la conducta. Así, las y los

profesionales que pudieran tener una actitud relativamente favorable hacia la IVE (aproximación), pueden decidir finalmente declararse objetoras u objetores, pues no hacerlo implica costos personales que no están dispuestos a asumir (generan rechazo), como por ejemplo, la vivencia de la estigmatización del aborto, invertir parte de su carrera en un procedimiento que implica bajo atractivo profesional y prestigio, o la excesiva carga laboral (Aniteye et al., 2016; Contreras et al., 2011; McLemore et al., 2015; De Zordo, 2017).

En consecuencia, el conflicto ético se agudiza en la práctica clínica debido a los altos niveles de OC, alimentados por la desapercibida P-OC. Se pone en confrontación o pugna el derecho individual del personal de la salud para actuar de acuerdo a sus decisiones morales, y el derecho al acceso a la prestación médica de la paciente (Montero y González, 2011; Heino et al., 2013; Beca y Astete, 2015) en términos de “recibir una atención de salud digna, de calidad y sin discriminación” (Montero y González, 2011, p. 124). Las experiencias internacionales muestran que un alto porcentaje de profesionales acogidos a la OC, dificultan la procuración de un servicio suficiente (Casas, 2009; Heino et al., 2013; Bo et al., 2017). Este escenario sitúa a la mujer en desigualdad ante el acceso al servicio, que dependerá de su lugar de residencia, o nivel socioeconómico. Por otro lado, el retraso en la atención aumenta la morbilidad de abortos tardíos o inseguros, e incluso la mortalidad debido a éstos (Chavkin et al., 2013; Kassebaum et al., 2014). Además, se ha argumentado que la OC fortalece el estigma del aborto (Heino et al., 2013). En Chile, tras varios años de experiencia sobre la aplicación de la Ley 21.030, se constata que los altos niveles de OC han menoscabado el acceso equitativo a este derecho, sobre todo para el causal 3 (MAACH, 2019; 2021; Muñoz, et al., 2021).

A lo anterior se añade que la declaración de la OC no solo afecta al acceso al servicio per se, sino también la calidad de la atención. Por ejemplo, en el caso de Brasil, se han identificado prácticas de re-victimización desde profesionales, sobre mujeres que buscan acceder a la IVE

por causal de violación (Diniz et al., 2014). Con respecto a Colombia y Uruguay, se identifican objetoras y objetores que habitúan dar conferencias morales a sus pacientes, obstaculizan el acceso a la IVE entregando información errónea, tanto legal como médica, y niegan la posibilidad de derivaciones hacia profesionales no objetores (Coppola et al., 2016; Fink et al., 2016). Algunos y algunas profesionales chilenos y chilenas interfieren en el derecho a la información, o incurren en la disuasión de las mujeres (MAACH, 2019; 2021). Esta situación se agrava en Chile debido a que profesionales, pese a no poseer el derecho de la OC pues no participan en el proceso de interrupción, se declaran objetoras/es “simbólicamente”, obstaculizando la atención para la IVE a través de violencia verbal y simbólica, afectando la ruta de atención (MAACH, 2019; 2021). Esta situación es identificada también en otras sociedades, como la mexicana (Contreras et al., 2011).

En consecuencia, actualmente se ha instalado en el debate público de algunos Estados el cuestionamiento de la legitimidad de la OC, como es el caso de Italia (Minerva, 2015; Bo et al., 2017) o Portugal (Heino et al., 2013). Mientras unos defienden la búsqueda de un equilibrio (Casas, 2009), aquellos que denuncian el incumplimiento de los derechos reproductivos de la mujer, abogan por debilitar los derechos de las y los profesionales de la salud (Vélez, 2009), o por la eliminación del derecho a la OC (Bo et al., 2017). Esta solución se encuentra instalada en países como Suecia, Finlandia, Bulgaria, República Checa e Islandia (Heino et al., 2013). En Latinoamérica, la identificación de una buena aplicabilidad de la OC, guía las discusiones sobre IVE (Diniz et al., 2014; Coppola et al., 2016; Fink et al., 2016).

En síntesis, y en base a los estudios internacionales revisados y la actual situación en Chile sobre la aplicación de la Ley 21.030, se identifica la OC como una amenaza para garantizar los derechos reproductivos de las mujeres. Esta cuestión es más dramática para el causal de violación y en regiones alejadas de la capital chilena, como la Araucanía. Considerando que la literatura científica señala en otras realidades socioculturales la existencia de P-OC, profesionales

que se acogen a la OC bajo motivaciones no legítimas, nos preguntamos ¿Cuáles son los motivos ajenos a creencias morales y religiosas, que sostienen la declaración de OC ante la IVE de profesionales de salud para cada causal, en la región de La Araucanía, Chile? Nos planteamos como objetivo general del presente estudio, identificar los motivos ajenos a creencias morales y religiosas, que influyen en el proceso de toma de decisión de las y los profesionales de la salud para declararse OC en alguna de las 3 causales de la ley de IVE, en una muestra de profesionales de la salud en La Araucanía, con la finalidad última de contribuir a la garantía de un derecho reproductivo de las mujeres.

Método

La investigación se sitúa en el paradigma de la Teoría Feminista (Guba y Lincoln, 2005; Denzin y Lincoln, 2012), mostrando los obstáculos del acceso a la IVE y la garantía de sus derechos reproductivos, desde la declaración de OC y P-OC. Se identificaron las motivaciones para la OC desde las vivencias y subjetividades de profesionales de la salud, médicos, médicas, no médicos y no médicas, que interactúan en diversos espacios clínicos o de formación, y realizan un proceso comprensivo e interpretativo del fenómeno. La investigación es de tipo cualitativa (Valles, 1999; Denzin y Lincoln, 2012), ya que a través de datos no estandarizados se logra un análisis profundo e interpretativo sobre el fenómeno a estudiar y la información construida. Además, se sitúa desde un diseño fenomenológico e interpretativo (Denzin y Lincoln, 2005), considerando las subjetividades y experiencias de profesionales de la salud. La identificación de motivaciones diferentes a creencias morales y religiosas se basa en un proceso comprensivo, donde se considera la realidad e interacción de los profesionales en relación a la ley de IVE, y quienes entregan o no la prestación.

La muestra es de tipo teórica (Vivar, et al., 2010). Participaron 14 expertas y expertos, profesionales de la salud de La Araucanía: 8 se identifican como mujeres y 6 como hombres, 8

son Gineco Obstetras y 5 son Matronas. Una de las participantes decidió mantener la confidencialidad sobre su profesión. Las y los participantes, son profesionales vinculados a procesos de IVE en atención primaria de salud, y espacios de formación universitaria. En un inicio, se consideró a gineco obstetras, vinculados al trabajo en pabellón de la IVE. Mientras avanzaba la construcción de datos y análisis, se incluyeron matronas y profesionales que realizan ejercicio docente en la región, para acercarnos de manera más amplia a la declaración de OC.

Las entrevistas se realizaron en el año 2020 en diferentes servicios de salud e instituciones educativas. Como criterios de inclusión se consideró ser gineco-obstetra o matrona o matrón, en contacto con colegas que deben enfrentarse a la declaración de la OC. Las entrevistas tuvieron lugar en espacios públicos con una duración aproximada de 30 minutos y fueron audio grabadas. La entrevista se estructuró en base al listado de motivaciones alegadas para la declaración de la OC recogidas en la literatura científica, dando espacio para el surgimiento de otras novedosas. Esta investigación fue aprobada por el Comité de Ética Científica (CEC) de la Universidad de La Frontera (UFRO), considerando resguardos sobre la voluntariedad y confidencialidad de la información. Las y los participantes mostraron su disposición a participar mediante la firma previa de un Consentimiento Informado aprobado por el CEC de la UFRO.

Los datos se construyeron desde entrevistas en profundidad (Valles, 1999; Canales, 2006), teniendo mayor detalle en la interpretación y análisis de la información, para conocer las motivaciones que llevan a la declaración de la OC. Se busca identificarlas a través de los relatos de profesionales que interactúan de manera directa o indirecta con objetoras, objetores, no objetoras y no objetores, en espacios clínicos o de formación, donde se entrega la prestación de IVE o se entregan conocimientos sobre la ley. La construcción de los datos se basó en criterios de saturación teórica de la información, vinculada a un proceso de revisión y comparación constante (Glaser y Strauss, 1967; Carrero et al., 2012) en paralelo al análisis, guiados por la

relevancia y significancia de las motivaciones de objetar según causal, en un primer momento, y la constitución de OC en un segundo momento.

El proceso de análisis se desarrolló en base a la Teoría Fundamentada (Strauss y Corbin, 2002; Carrero et al., 2012), utilizando el software de procesamiento de información ATLAS ti. Consideramos un corpus compuesto por tres niveles de categorización. El primero de carácter abierto (Strauss y Corbin, 2002), donde se recogió, a través de un muestreo teórico (Ruiz, 1996), las diferentes motivaciones para la declaración de OC en términos de categorías y subcategorías teóricas (Glaser, 1978). Con ello, logramos construir las categorías emergentes y las más relevantes en base a la saturación teórica de la información obtenida, entendiendo su relación y significancia por causal (Charmaz, 2005).

Luego, una categorización de carácter axial y selectiva (Strauss y Corbin, 2002), desde la cual se trabajó con categorías relevantes según los criterios de saturación teórica de la información. Estas se relacionaron teóricamente a la (1) definición de OC y de P-OC, (2) las teorías de acción razonada y de acción planificada, (3) la teoría del campo psicológico, y (4) el enfoque de género. Se definió como categoría central de análisis las motivaciones que constituyen la declaración de OC o P-OC, y como los códigos (Glaser y Strauss, 1967; Glaser, 1978) que agrupan las motivaciones, desde las creencias morales, religiosas y el contexto, guardan una relación con la revisión de la literatura.

Presentación de resultados y análisis

1. Categorización de las motivaciones para la declaración de objeción de conciencia

Se presentan las motivaciones que emergieron de los relatos de las y los profesionales participantes. En la Tabla 2 exponemos las principales motivaciones exploradas.

Tabla 2

Categorización abierta de motivaciones para la declaración de OC en el marco de la Ley IVE por profesionales de la salud de la Araucanía.

Categoría Motivación OC	Sub – Categoría Motivación OC
Religión	-
Valores	Personales Como Médico
Orientación Institucional	Clínicas Universidades
Miedo a la Discriminación	Por parte de la familia y amigos Por parte de compañeros
Motivos Laborales	Desconocimiento de procedimientos Demasiada carga laboral Rechazo de tareas administrativas Prestigio
Desconfianza	Criterio de compañeros Credibilidad de la mujer Vacíos en la ley Problemas legales derivados

Fuente: Elaboración Propia (2022).

Se exponen las motivaciones según los causales de interrupción, consideradas en base a la saturación teórica de la información:

Motivaciones para la declaración de Objeción de Conciencia en Causal 1, Riesgo Vida de la Mujer

La declaración de OC en el causal 1 es una de las que menos adhesión tiene por parte de las y los profesionales, quienes califican de indiscutible interrumpir un embarazo al momento que la vida de la mujer está en peligro, ya que genera un conflicto con respecto a la defensa de la vida:

cuando es el riesgo inminente en la madre, obviamente yo creo que ninguno de los

médicos tiene objeción alguna a la interrupción del embarazo porque eso se ha hecho siempre (...) si la mamá está en peligro y es un embarazo que no es viable o que es viable y hay que exponer al feto a cierto riesgo de complicaciones no nos cuestionamos mucho la interrupción (Gineco-Obstetra, Mujer).

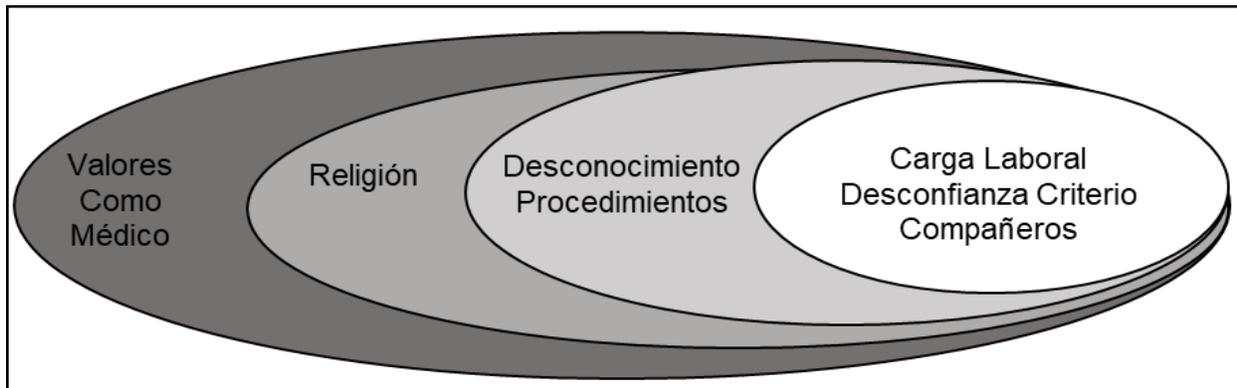
Es importante destacar que la mayoría de las y los profesionales señalan que esta práctica se realizaba con anterioridad a la entrada en vigencia de la Ley 21.030, pero no estaba definida dentro de una normativa para su realización: “esa causal, en general siempre ha existido, solo que no tenía nombre, pero siempre se ha realizado interrupción cuando la vida de la madre está en riesgo, solo que no ha tenido nombre ni apellido” (Matrona),

Antes de que se promulgara la ley, si la madre cursaba, por ejemplo, una patología grave como un síndrome hipertensivo (...) y tiene un bebé in-útero de menos de 28 semanas, y la solución de evitar el riesgo de muerte de la madre pasa por suspender el embarazo...eso se hacía, no se necesitó una ley para eso, porque hay un tema de salvar la vida de la madre (Gineco-Obstetra, Mujer).

Se expone un esquema acerca del comportamiento de las principales motivaciones identificadas por los entrevistados para oponerse a interrumpir los embarazos a causa de riesgo de vida para la mujer (ver Figura 1):

Figura 1

Comportamiento motivaciones OC Causal 1, riesgo vida materno.



Fuente: Elaboración Propia (2022).

En su mayoría, las motivaciones están dadas por valores como médico y valores religiosos, tomando la idea de defensa y resguardo de la vida. Por otro lado, surgen tres motivaciones identificadas, que no se condicen con la definición de OC. La declaración de OC se constituiría en estos casos por factores externos y contextuales: motivaciones ligadas al desconocimiento de procedimientos en el ámbito formativo y generacional; aumento en la carga laboral, debido a la suma de procedimientos ligados a la IVE; y la desconfianza en el criterio de las y los compañeros, con respecto a la identificación diagnóstica o de patologías para declarar la interrupción.

En el primero de los casos, se señala que existe falta de capacitación en los equipos de salud con respecto a la ley, lo cual constituiría un motivo para la declaración de OC:

Falta formación, capacitación, falta que nos inculquen más de la Ley, que la Ley se pueda modificar y ser un poco más, trabajas con los equipos de salud y asegurar a la mujer, si ya tenemos una ley, asegurar equipo con matrones que no solo por trabajo no sean objetores de conciencia (Matrona)

Con este mismo punto, se sostiene que la formación para generaciones más antiguas de profesionales, no introdujo los conocimientos sobre la IVE. Se desconocen los procedimientos, las formas de acompañar y el resolver dudas. Los vacíos en lo formativo se plantean como motivación:

las generaciones que trabajamos allá, todos egresamos cuando esto todavía no estaba, yo egresé, yo soy la más joven del equipo y egresé hace 8 años, (...) casi no nos hablaron de aborto, más que nada de los que son espontáneos, (...) hay un desconocimiento como para poder hacer un acompañamiento como corresponde, resolver las dudas, se supone que la decisión no la toman con nosotros, pero para poder nutrir la orientación no hay tampoco una formación (Gineco-Obstetra, Mujer)

Sobre motivaciones guiadas por el aumento en la carga laboral, aparece el factor dinero. La prestación de la IVE no genera un ingreso extra en el sueldo de quienes recurran a la práctica médica: “como es parte de la Ley, no te van a pagar extra o algo porque tú fuiste, porque tú eres el único que no objeta el aborto y por lo tanto tú tienes que ir porque también hay plazos que se tienen que cumplir”. Se incluye que, atender tanto en servicio público, como privado, no permite que las y los profesionales puedan conciliar los tiempos para la IVE:

como generalmente los ginecólogos tiene un trabajo en que además por ejemplo de trabajar en ese servicio público, trabajan en consultas privadas y atienden pacientes y atienden partos y programan cesáreas, entonces, sacarlo de su mundo organizado por un aborto igual es complejo, entonces van a preferir obviamente ser más objetores (Matrona)

La tercera motivación ajena a valores y creencias, refiere a la desconfianza en el criterio de compañeras y compañeros de trabajo. Es importante confiar en los gineco-obstetras principalmente, al momento de definir la realización de una interrupción:

tú ya conoces a los profesionales con que vienes trabajando y tú ya sabes en quienes confiar y en quienes no, (...) cuando tú sabes que es leal un ginecólogo, yo con mucho mayor razón me voy a trabajar con el bajo las 3 causales (...) es 99,9 de seguridad y yo creo que una queda más tranquila y es lo que les pasa a mis colegas igual, moralmente quizás se cuestionarían o se cuestionan que no fuera cierto y que ellos fueran productores de la matanza de un ser que iba a nacer (Matrona)

Motivaciones para la declaración de objeción de conciencia en Causal 2, inviabilidad fetal

Con respecto a la causal de inviabilidad fetal, las motivaciones para declarar OC tienen clara relación con valores morales y religiosos. Se presenta la idea de salvar la vida del feto, que, pese a su inviabilidad, es una vida que hay que proteger. Se destacan concepciones religiosas en pro de proteger la vida, valores personales y valores como médico. Estas motivaciones se entrelazan, comprendiendo que la justificación para declarar la OC, es proteger la vida. Se exponen dos relatos:

muchos católicos dentro de los ginecólogos, son objetores en esa causal en específico, porque dicen que a pesar de que el feto venga con alguna mal formación o incompatibilidad con la vida, es una vida que se creó, que tiene derecho a nacer, a conocer a sus padres y que sus padres lo conozcan, y que fallezca cuando tiene que fallecer, no quitarle la oportunidad (Gineco-Obstetra, Hombre)

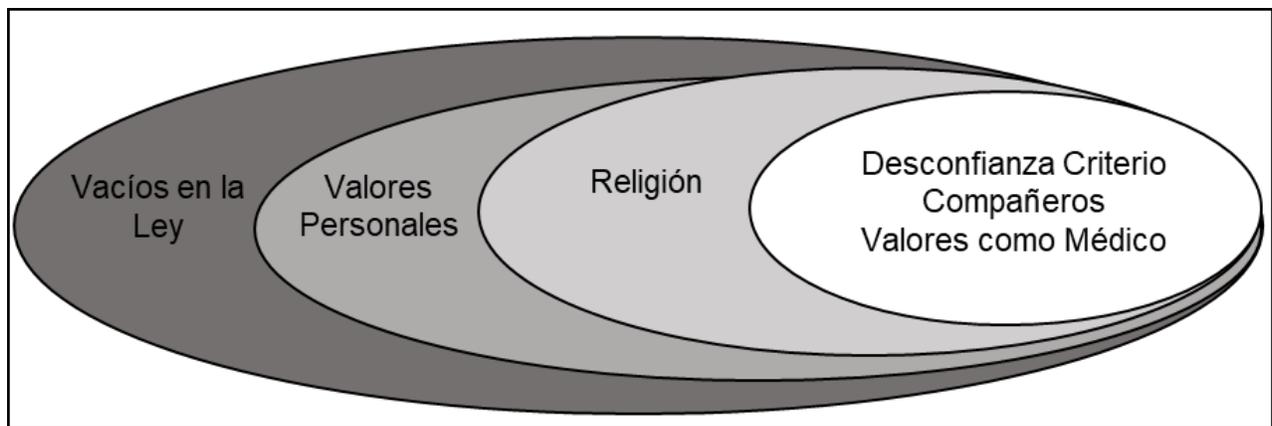
entiendo la decisión de la madre, puedo apoyar la decisión de la madre, ¿pero yo no lo puedo hacer por qué? Porque mientras el feto esté en contacto directo con la madre es un feto que está vivo, entonces yo no puedo...no puedo ir a matarlo porque yo estudié para otra cosa, yo estudié para salvar vidas en la medida de lo posible, sé que a lo mejor este feto va a nacer y va a morir, y que eso puede significar un dolor para la mamá y que ella no está dispuesta a vivirlo y que desea terminarlo antes, perfecto, yo la puedo apoyar

y la puedo asesorar cuál es la mejor forma de hacerlo y derivarla con quién lo pueda hacer, pero yo no puedo (Gineco-Obstetra, Mujer)

De igual manera existen motivaciones que responden al marco normativo de la ley y las relaciones entre pares. Se expone esquema sobre motivaciones identificadas en el causal 2 (ver Figura 2):

Figura 2

Comportamiento motivaciones OC Causal 2, inviabilidad fetal



Fuente: Elaboración Propia (2022).

Las motivaciones ligadas al plano normativo, se relacionan con diagnósticos médicos para declaración de inviabilidades. Las y los profesionales destacan que no existe un listado de patologías específico para la realización de la interrupción. Esto muestra diferencias en el criterio de las y los profesionales o “colegas”, como se puede ver en el siguiente relato; “en el causal número 2, si la número 2 de la malformación y riesgo de la vida, que no especifica exactamente que patologías, y ahí puede haber muchas discrepancias entre los criterios de los colegas” (Gineco-Obstetra, Hombre). Esta idea se refuerza, ya que desde el ser promulgada la Ley hasta la realización de la investigación, no existe esta lista. Así, los profesionales ponen en tensión, que ciertas patologías por las cuales se realiza la IVE no componen una inviabilidad:

Hablaron de que algunos diagnósticos podían cambiar, y en esos momentos la ley no estaba escrita, no estaba promulgada, entonces quedaba como la duda de cuales diagnósticos prenatales iban a ser considerados incompatibles con la vida y cuáles no, entonces en ese momento ese argumento era que algunos diagnósticos en la realidad no eran incompatibles con la vida, pero se podría interpretar como que sí, ahora sinceramente no sé si algún catalogo como de patologías que están incluidas (Gineco-Obstetra, Mujer)

La necesidad de un listado de patologías, se fortalece con la desconfianza en los compañeros. No contar con una lista específica abre el camino a la existencia de diagnósticos erróneos o poco fiables, lo que permitiría el mal ejercicio de la IVE, motivando la declaración de OC:

ningún examen permite esa certeza diagnóstica, entonces, de pronto igual da miedo decir ya, vamos a interrumpir esto” y que después ese bebé no haya tenido la malformación que se diagnosticó, o la enfermedad que se diagnosticó, y a lo mejor eso igual influye en que uno sea objetor. A lo mejor, aunque uno no sea tan religioso, uno igual espera como el milagro, o que existe el error diagnóstico, si no somos infalibles (Gineco-Obstetra, Hombre)

Se señala que los diagnósticos pueden ser poco fiables desde una mirada técnica, pero igualmente una entrevistada hace alusión a la invención de diagnósticos dentro del causal:

culturalmente en algún momento, yo decía por el tema de que el aborto no es legal en Chile, pueden hasta inventar un diagnóstico de un feto mal formado, pero acá como se requiere la opinión de dos expertos en el área, hasta lo que yo he visto, por lo menos donde se ha hecho la intervención, han sido fetos con malformación, solo de repente en la parte hospitalizada lo hemos visto, porque tenemos pacientes llegan pacientes sin

diagnóstico de malformación, se comprueba, se deriva y bueno la madre decide finalmente decide si quiere abortar o no (Matrona)

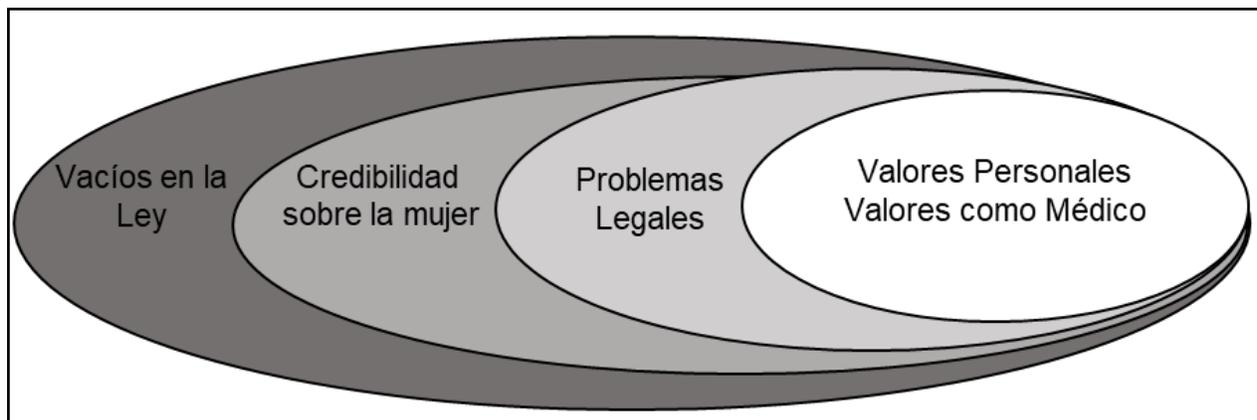
Si bien la invención de diagnósticos y la desconfianza en los compañeros aparece dentro de los relatos, no es algo que la entrevistada haya podido ver o identificar empíricamente, pero si es un elemento que inquieta para motivar la OC.

Motivaciones para la declaración de Objeción de Conciencia en Causal 3, Embarazo a Causa de Violación

Las motivaciones que rodean la OC para el causal 3, son las que más se alejan de las creencias morales y religiosas. Existen factores ligados a la normativa, la relación médica o médico/paciente y posibles represalias o problemas legales que pudieran tener después del ejercicio de la IVE. Se expone esquema sobre motivaciones de OC para causal 3 (ver Figura 3):

Figura 3

Comportamiento motivaciones OC Causal 3, embarazo a causa de violación.



Fuente: Elaboración Propia (2022)

Con respecto a la normativa, se habla de la existencia de vacíos legales. Hay profesionales que señalan como problemático, la no existencia de una denuncia previa a la solicitud de acogerse a la IVE. La inexistencia de denuncia, facilita el camino para acogerse a la Ley sin haber sufrido una violación, haciendo mal uso de la prestación:

en la parte 3, hay varias cosas donde supuestamente queda como un vacío, primero, no hay una denuncia de por medio, para evitar la re victimización de la paciente, tampoco, esto queda también subyugado a la entrevista el psicólogo o la psiquiatra, para saber si hay una veracidad del relato o no, ahora muchos de los argumentos de los obstetras es decir “estas cabras van a empezar a tener relaciones sin protección, y cuando queden embarazadas van a inventar que las violaron e interrumpidos, ósea yo creo, si tu partes de una base, en que piensas de esa forma, todo mal (Gineco-Obstetra, Hombre)

Esta motivación se complementa con la credibilidad hacia las mujeres. El declararse objetora u objetor, se justifica debido a que las mujeres hacen mal uso de la Ley. Esto porque estarían mintiendo, haciendo énfasis en que en algunos casos han dejado los procesos de interrupción inconclusos, como a su vez, no se ha considerado la voz de las familias y las parejas en la decisión, por lo cual concluyen que las mujeres se arrepienten. Además, lamentan la poca decisión que tiene las parejas y familiares, dudando con ello de la capacidad de las mujeres para tomarse la decisión de interrumpir un embarazo por ellas mismas:

Ha habido algunos casos muy dudosos, y se ha visto, y después las pacientes mismas se echan al agua por decirlo así, y no terminan el proceso y se van, piden alta voluntaria y se van porque cacharon que en realidad no les va a funcionar (Matrona)

Se le puso el primer día, se le puso a las 12 hrs. Se le puso a las 24 hrs. Y no se alcanzó a poner a las 48 hrs. Porque dijo no, dijo yo ahora no quiero hacérmelo ¿y por qué cómo esto, no entiendo? Ay es que con mi pololo nos arreglamos así que... ¿Te fijas? Aah y ella iba a tomar la decisión no más po, ella no más toma las decisiones, nadie le pregunta al pololo, por eso te digo eso es feminismo no más un feminismo sin sentido digamos, la mujer toma la decisión, sino en la familia no toma la decisión la mujer, toma la decisión todos los de la familia, ahí interviene la mujer, el hombre, los hijos, todos, entonces para

mí no es real que la mujer tome la decisión, o sea no es así (Matrona)

Existe una relación entre la motivación sobre vacíos en la Ley y la motivación sobre credibilidad de la mujer. Ambas apuntan al mal uso de la Ley por parte de la mujer que desea acogerse a la IVE mediante la mentira, y la falta de empatía por parte de la mujer hacia la familia al momento de decidir interrumpir un embarazo.

Se señala que el causal 3 puede generar problemas legales. Las y los profesionales no quieren someterse a un proceso judicial, debido a lo “tedioso” del proceso. Además, puede sumar problemas a la alta demanda en el trabajo cotidiano, “más encima en estos días a los médicos los demandan mucho, entonces más encima tener este otro tema de la ley, o sea es sumarle más problemas a tú trabajo, entonces mejor estemos tranquilitos” (Matrona);

también hay por problemas legales, porque, en la causal 3 que por ejemplo, violación, en caso de menores de esas, si la violación no ha sido informada a fiscalía o carabineros hay que hacer la denuncia, y nadie se quiere meter en hacer una denuncia de violación porque el proceso que hay detrás es tedioso, te llaman a declarar, te llaman al juicio para los mismo antecedentes, entonces todo el mundo quiere saltarse esa parte, pero algunos son objetores por eso, y algunos que no son objetores simplemente no realizan la denuncia, porque no es obligación tampoco de la víctima (Gineco-Obstetra, Hombre)

Sobre los factores valóricos, estos son menos reiterativos dentro de los relatos, pero rodean la motivación que contempla la credibilidad de la mujer, ya que se pone la figura de la confianza, la relación de pareja y la relación con la familia. La práctica de la interrupción, es entendida como “traición”, que no considera a terceros, más allá de la mujer. Esta lectura se complementa con la falta de empatía como valor, lo que hace a los profesionales declararse objetores:

Sumado a otras creencias arraigadas desde antes y la poca posibilidad de evolucionar en el pensamiento y en el contexto actual en el que estoy, y la poca empatía hacia la paciente que viene aquí denunciando una situación que para muchos o para muchas en este caso, no se denunció antes por miedo o por qué se yo, amenazas, etc., y más encima someterla al estrés de un embarazo no deseado, es una cuestión tan traumática (Gineco-Obstetra, Hombre)

En esta causal, desde los valores de profesionales, la mejor opción antes de decidir realizar un aborto, es considerar la adopción, agregando que la IVE es una experiencia que no ayudará a superar el trauma de la violación. Se insiste en que la adopción es la mejor opción para la mujer, explicando el aumento de la OC dentro de la causal:

Desde el punto de vista de la violación, claro, está todo el daño emocional que eso implica, pero hacer pasar a la mamá también por un aborto, es súper traumático. Hay distintos testimonios, hay mujeres que dicen que es lo mejor que les pudo haber pasado, haber abortado y otras que dicen que tienen pesadillas todas las noches. Entonces uno no sabe si le está haciendo un favor o no a esa mamá (Gineco-Obstetra, Mujer)

Si bien en las violaciones, o sea, creo que es el tema más complejo, porque, por lo traumático, el trauma que genera una violación, entonces para muchos que dicen según estudios o cosas a nosotros nos informamos cuando empezó a salir la ley, que el tema era, aunque tú hagas el aborto, el trauma queda igual, entonces por eso empezó a haber más objetores creo yo, porque ellos consideran que pueden tener el hijo y después darlo en adopción, ya, no es necesario dar un aborto (Gineco-Obstetra, Hombre)

2. Categorización teórica de la declaración de OC y de P-OC, en relación con, TAR y TAP, Teoría del Campo Psicológico y Enfoque de Género

En la categorización teórica, las motivaciones sostenedoras de la OC se categorizaron desde la moralidad y creencias religiosas, y las motivaciones constituyentes de la P-OC según la definición entregada por Beca y Astete (2015), se encuentran ligadas al plano contextual (ver Tabla 3):

Tabla 3

Categorización axial de motivaciones identificadas por profesionales de la salud de la Araucanía, para la declaración de OC y P-OC según definición de OC y P-OC.

Motivaciones que responden a la constitución de OC	Motivaciones que responden a la constitución de P-OC
Religión	Laborales
Valores	Desconocimiento de procedimientos
Personales	Demasiada carga laboral
Como médico	Desconfianza
	Criterio de Compañeros
	Credibilidad de la mujer
	Vacíos en la Ley 21.030
	Problemas legales derivados

Fuente: Elaboración Propia (2022).

Las motivaciones enmarcadas en la definición de OC se identifican según creencias religiosas, pero también, en valores personales y como médico, sustentadas en la defensa de la vida del feto, y el rol de las y los profesionales sobre el cuidado de la vida. Las motivaciones que constituyen P-OC se conjugan principalmente por: razones laborales, relacionadas al desconocimiento de la normativa y aumento de tareas que acarrea realizar el procedimiento; desconfianza sobre el criterio de colegas a la hora de constituir las causales, y sobre la mujer al solicitar la IVE; vacíos en la ley sobre la no exigencia de denuncia en tercer causal y falta de una

lista de patologías en la segunda causal; y los posibles problemas legales que trae consigo involucrarse en un proceso de interrupción. Sin embargo, identificamos algunos puntos críticos en esta definición y clasificación que deben ser discutidos.

Sabemos que las motivaciones basadas en creencias se fundamentan en la defensa de la vida (Crawford et al., 2021). No obstante, se genera un cuestionamiento en causal 1. La posibilidad de OC provocó que una práctica clínica tradicionalmente construida sobre la defensa de la vida de la mujer, actualmente se sostenga en la valoración del profesional de la salud sobre la vida de la paciente versus la vida del feto. La motivación para la declaración en este causal, además de tener un componente valórico, está relacionada con la interacción profesional/paciente, sumando un elemento contextual a la declaración.

Según la definición de Beca y Astete (2015), la declaración de OC se constituye por un conflicto de conciencia que debe estar continuamente en revisión. Las motivaciones que resultan más significativas para las y los participantes del estudio, son posturas que podrían definirse como absolutas. No existe una apertura a asumir o realizar nuevas tareas, y si la hay, esta apertura depende de elementos contextuales y no morales. Por ejemplo, un pago extra por tomar más trabajo al que se está dispuesto o dispuesta a asumir en el sistema público; o evitar problemas legales derivados de ser prestador de la IVE, justificando que no quieren tener involucramiento en procesos judiciales que pueden ser extensos y afectar al prestigio.

Con respecto a la desconfianza, se trata de sostener desde la moralidad, planteando justificaciones que aluden a lo valórico, como el no mentir sobre un diagnóstico, el no mentir sobre ser víctima de una violación, el no considerar la opinión de la pareja en la decisión de la IVE o el excluir a las familias en el proceso. Estos elementos no constituyen un conflicto de conciencia, ya que se construyen en base a la desconfianza y desaprobación de la autodeterminación de la mujer, no en base a un conflicto interno de la o el profesional (Beca y Astete, 2015).

La TAR y TAP (Ajzen, 1991; Fishbein y Ajzen, 1975) permiten notar que las decisiones se construyen, no solo en base a las creencias personales, también, desde la posición de las y los profesionales en los espacios sociales. Sin embargo, las creencias y actitudes de otras y otros, más el control percibido, no han tenido el peso que anunciaban dichas teorías, pues el miedo a la discriminación y la orientación institucional no se han perfilado como motivaciones de primer nivel para la OC. Tampoco la amenaza al prestigio profesional. Igualmente es de reseñar la diferencia de valoración entre el proceso de toma de decisión propio, el de las y los profesionales, y el de las mujeres. Por un lado, las evaluaciones de los compañeros son cuestionadas cuando se asume que parten de códigos valóricos contrarios a los propios. En este caso, y al contrario de lo esperado desde ambas teorías, las actitudes de otras u otros no solo no son consideradas para el proceso de decisión, sino que empujan a reafirmarse en la OC. En cambio, cuando se trata del proceso de toma de decisión de la mujer para acceder a la IVE, es castigada por no considerar las opiniones de las y los demás, aunque sean contrarias a sus códigos valóricos.

Estas teorías permiten problematizar la situación de los recursos dispuestos en el ejercicio de la IVE. Se entiende que la toma de decisión se guía por elementos que se desconocen o faltan dentro de la normativa. La falta de conocimientos sobre los procedimientos de IVE, acompañamientos adecuados, y trato con la paciente, aún es una motivación para no realizar interrupciones. Por otro lado, los vacíos legales, reflejados principalmente en la necesidad de un listado de patologías para la inviabilidad fetal, y la denuncia previa por el causal de violación, son demandas que tienen las y los profesionales de la salud para poder ejercer la IVE. Además, la sobrecarga laboral que recae sobre profesionales no objetoras u objetores, tampoco es considerada en la normativa (Aniteye et al., 2016; Contreras et al., 2011; McLemore et al., 2015; De Zordo, 2017).

En relación a la propuesta Teórica del Campo Psicológico de Kurt Lewin (1935, 1948), y según los y las profesionales de la salud, los objetores y objetoras de conciencia no experimentan un conflicto intrapsíquico al momento de declarar la OC, ya que no son sus valores o creencias los que rigen totalmente la decisión, sino que influyen factores externos. Las motivaciones externas o diferentes a creencias religiosas o morales, se basan principalmente en situaciones de desconfianza o desconocimiento. Los valores negativos se superponen al momento de decidir si ser o no objetor u objetora en la interrupción de embarazos. En términos de Lewin, existe un acercamiento al conflicto (situación de interrupción/aborto), pero se hace necesario evitarlo (objetar).

Tal como se señaló anteriormente, la TAR y la TAP sustenta que las motivaciones en el marco de la OC, se sostienen desde elementos contextuales. En este sentido, resulta importante destacar que la definición de las motivaciones, pese a tener una fuerte carga valórica, siempre está relacionada con algún elemento contextual que la constituye, ya que se basa en la forma en que las personas visualizan su entorno y las personas que en él se desenvuelven. Por otro lado, los aportes de Lewin acerca de la evitación del conflicto, fortalecen que las decisiones de los profesionales vengán acompañadas de motivos contextuales, ya que estas, son un elemento para la evitación de conflictos.

Finalmente, un análisis desde la perspectiva de género puede ayudar a explicar los motivos contextuales identificados. Por ejemplo, la mayor aceptación histórica de la IVE bajo el causal 1, se debe a que se entiende como ajeno a la voluntad de la mujer, y por ende no cuestiona los arquetipos esenciales de la feminidad: que la sexualidad femenina es sólo para la reproducción, la inevitabilidad de la maternidad, y el cuidado instintivo de los hijos (Kumar et al., 2009). Las y los objetores a la IVE bajo el causal 3, cuestionan la credibilidad de la mujer—si hubo violación y si la hubo, por qué, no hubo denuncia—. No creer a las víctimas de violación, o

culparles a ellas mismas por ser violadas, es común y refuerza la posición desempoderada de la mujer al acceder a sus derechos (Diniz et al. 2014). La idea de que las mujeres no pueden tomar la decisión de abortar por ellas mismas, sin consultar a sus parejas o sus familias, es evidencia de las actitudes paternalistas e infantilizantes hacia las mujeres como forma de dominación y control de su reproducción (Lagarde, 1997). En esta misma línea, las y los profesionales profesan saber lo que es mejor para las mujeres que ellas mismas- es preferible que opten por la adopción para evitar el trauma. Además, la caracterización de la mujer como traidora por no contar con la opinión de su familia y pareja, también evidencia las creencias aceptadas sobre cómo las mujeres deben aceptar la maternidad, y que serían incapaces de tomar una decisión al respecto (Pizarrosa, 2019) En suma, desconfiar, cuestionar y estereotipar a la mujer solicitante de IVE es evidencia del sesgo implícito en contra de la mujer, que existe no solo en el ámbito de la salud, sino en la sociedad general y resulta ser barrera para el acceso al derecho a IVE bajo los 3 causales.

A manera de síntesis, señalar que en relación a las motivaciones identificadas, y a su vez, a la definición de OC, P-OC, y las teorías que acompañan el estudio, se hace relevante tensionar, que quizás la mayoría de las declaraciones, están constituidas no por un conflicto moral, sino que desde un conflicto que involucra aspectos morales, contextuales y relacionales.

Conclusiones

La OC, vista desde la práctica médica en relación a la IVE, es limitante para garantizar el acceso a la IVE en 3 causales en Chile. El alto número de objetoras y objetores restringen las opciones para que las mujeres accedan a una interrupción dentro del sistema público de salud. Se reafirma desde la revisión teórica, ya que múltiples países que incorporan la IVE en la normativa, señalan que la OC limita los derechos reproductivos de las mujeres, refuerza el

estigmas acerca del aborto y reproduce prácticas violentas sobre las mujeres. Se destaca que países con mayor permisividad sobre el aborto han logrado reducir su mortalidad materna.

Desde observaciones al funcionamiento de la Ley, se constata que existe una falta de claridad sobre la definición de OC y sus fundamentaciones técnicas, generando la cabida a la existencia de P-OC. Por otro lado, desde los hallazgos de este estudio, se constata que la declaración de OC no se establece exclusivamente desde cuestionamientos morales y/o religiosos, lo que confirma la existencia de P-OC entre las y los profesionales de la salud. La desconfianza entre pares, la desconfianza en las mujeres que deciden solicitar acceso a la IVE, el aumento en la carga laboral y el desconocimiento de la ley, son algunas de estas motivaciones. Esto resulta problemático, ya que no se condice con la normativa técnica de la Ley, generando una contradicción en la definición de OC. A esto se añade que existen confusiones entre la comprensión de lo valórico y otras motivaciones para abortar. Por ejemplo, en el causal 3, se expone la credibilidad sobre la mujer como una cuestión valórica, quien dicen que está mintiendo, y dejando de lado o traicionando a su pareja y/o familia. Similar a lo que sucede en el causal 2, y la desconfianza en el diagnóstico clínico de las y los gineco-obstetras para la constitución de las causales. Si bien dichas motivaciones se basan en un alegato valórico de honestidad, salpicado también de una visión valórica patriarcal sobre el género, estos no son los valores que atañen y recogen la Ley de IVE como justificados para acogerse a la OC. En definitiva, las motivaciones no estarían exclusivamente dadas por un conflicto de conciencia entre las creencias y la práctica clínica (sobre todo para el causal de violación), también entran en el juego cuestiones de contexto y relación entre profesionales o médico/paciente, constitutivas de una P-OC.

Así, y a la luz de diversas teorías, los factores contextuales y relacionales parecen ser relevantes al momento de explicar la alta adherencia de las y los profesionales a la OC en Chile: La TAR y TAP, nos entregan elementos para entender el peso de las otras, los otros y el contexto

en la toma de decisiones, más allá de las actitudes personales; La Teoría del Campo psicológico de Kurt Lewin explica el peso de diversos factores o elementos que implican costos personales no asumibles por quienes rechazan el conflicto; y la perspectiva de género nos muestra el proceso de pensamiento y toma de decisión de las y los profesionales empañado por una visión estereotipada y jerárquica sobre el género.

Finalmente, concluimos que las declaraciones de OC entre las y los profesionales presentan cierto nivel de inmadurez, irreflexividad, y absolutismo, sin cavidad para la madurez de la conciencia, debido a que las evaluaciones sobre la IVE no se enmarcan exclusivamente en las motivaciones constitutivas de OC. No obstante, la P-OC, presente entre las y los profesionales de salud, puede ser entendida como una suerte de oportunidad para el diseño de estrategias de intervención: un listado de motivaciones ajenas a las resguardadas por la Ley de IVE para la declaración de OC, que pueden ser abordadas desde las instituciones y desde una perspectiva laboral y psicoeducativa entre las y los actuales y futuros profesionales de la salud, para la disminución de los altos niveles de OC y el aumento de las garantías del derecho a la IVE de las mujeres en Chile.

Referencias

- Ajzen, I. (1991). *Theory of planned behavior. Organizational Behavior and Human Decision Processes*, 50,179-211.
- Aniteye, P., y Mayhew, S. H. (2013). *Shaping legal abortion provision in Ghana: Using policy theory to understand provider-related obstacles to policy implementation. Health Research Policy and Systems*, 11(1). <https://doi.org/10.1186/1478-4505-11-23>
- Aniteye, P., O'Brien, B., y Mayhew, S. H. (2016). *Stigmatized by association: Challenges for abortion service providers in Ghana. BMC Health Services Research*, 16(1). <https://doi.org/10.1186/s12913-016-1733-7>

- Beca I, J. P., & Astete A, C. (2015). *Objeción de conciencia en la práctica médica. Revista Médica de Chile*, 143(4), 493–498. <https://doi.org/10.4067/s0034-98872015000400011>
- Bahr SJ, y Marcos AC. (2003) *Cross-cultural attitudes toward abortion--Greeks versus Americans. J Fam Issues*. Apr;24(3):402-24. <https://doi.org/10.1177/0192513x02250892>. PMID: 15871159.
- Bo M., Zotti CM. y Charrier L. (2017) *The no correlation argument: can the morality of conscientious objection be empirically supported? The Italian case. BMC Med Ethics*. 2017;18:64
- Buga, G. A. B. (2002). *Attitudes of medical students to induced abortion. East African Medical Journal*, 79(5), 259-262.
- Cabello, N. (14 de abril de 2018). Casi un tercio de los médicos obstetras de los hospitales se declaró objetor de conciencia. *El Mercurio*, p. 1
- Canales, M (2006) *Metodologías de la investigación social*. Santiago: LOM Ediciones p. 163-165.
- Casas, L. (2009). *Invoking conscientious objection in reproductive health care: evolving issues in Peru, Mexico and Chile. Reprod Health Matters*, 17(34), 78-87. [https://doi.org/10.1016/S0968-8080\(09\)34473-0](https://doi.org/10.1016/S0968-8080(09)34473-0).
- Carrero, V., Trinidad, A., y Soriano R. M. (2012). *Teoría fundamentada Grounded Theory: el desarrollo de teoría desde la generalización conceptual*.
- Charmaz, K. (2005). *Grounded theory in the 21st century*. Dans Denzin, N.K., & Lincoln, Y.S. (Eds.), *The Sage Handbook of Qualitative Research* (3ed.)
- Chavkin, W., Leitman, L., y Polin, K. (2013). *Conscientious objection and refusal to provide reproductive healthcare: A White Paper examining prevalence, health consequences, and policy responses. International Journal of Gynecology & Obstetrics*, 123(S3), S41-S56. [https://doi.org/10.1016/S0020-7292\(13\)60002-8](https://doi.org/10.1016/S0020-7292(13)60002-8)

- Christ, C. P. (2016). *A new definition of patriarchy: Control of women's sexuality, private property, and war. Feminist Theology*, 24(3), 214-225.
- Contreras, X., Marieke, van D., Sanchez, T., y Sanhueza, P. (2011). *Experiences and Opinions of Health-Care Professionals Regarding Legal Abortion in Mexico City: A Qualitative Study*.
- Coppola, F., Briozzo, L., Nozar, F., Fiol, V., y Greif, D. (2016). *Conscientious objection as a barrier for implementing voluntary termination of pregnancy in Uruguay: Gynecologists' attitudes and behavior. International Journal of Gynecology and Obstetrics*, 134, S16–S19.
<https://doi.org/10.1016/j.ijgo.2016.06.005>
- Crawford, B. L., Jozkowski, K. N., Simmons, M., Willis, M., LaRoche, K. J., Turner, R. C. y Lo W. J. (2021). *Attitudes toward fetal development-based abortion bans in the United States, The Social Science Journal*. <http://dx.doi.org/10.1080/03623319.2021.1975481>
- De Zordo S (2017) *The moral case for abortion Ann Furedi. Feminism & Psychology*. ;27(2):251-255. <https://doi.org/10.1177/0959353517698998>
- Deaux, K., y Kite, M. (1993). *Gender stereotypes. Psychology of women: A handbook of issues and theories*, 107-139.
- Denzin, N. K. Y y. S. Lincoln (2012): «*Introduction: The discipline and practice of qualitative research*», en N. K. Denzin y Y. S. Lincoln (eds.), *The Sage Handbook of Qualitative Research*, 2.^a ed., Thousand Oaks, CA: Sage, pp. 1-32.
- Díaz-Gutiérrez, C., Pérez, B., y Concha-Salgado, A. (2022). *Propiedades psicométricas de la Escala de Doble Estándar Sexual (DSS) en universitarios chilenos: sexo, actitudes de género y religiosidad. International Journal of Psychological Research*, 15(2).
<https://doi.org/10.21500/20112084.5435>.

- Diniz, D., Madeiro, A., y Rosas, C. (2014). *Conscientious objection, barriers, and abortion in the case of rape: A study among physicians in Brazil. Reproductive Health Matters*, 22(43), 141–148. [https://doi.org/10.1016/S0968-8080\(14\)43754-6](https://doi.org/10.1016/S0968-8080(14)43754-6)
- Fink, L. R., Stanhope, K. K., Roach, R. W., y Bernal, O. A. (2016). “*The fetus is my patient, too*”: *Attitudes toward abortion and referral among physician conscientious objectors in Bogotá, Colombia. International Perspectives on Sexual and Reproductive Health*, 42(2), 71–80. <https://doi.org/10.1363/42e1016>
- Fishbein, M. y Ajzen, I. (1975). *Belief, attitude, intention, and behavior: An introduction to theory and research*. Menlo Park: Addison-Wesley.
- Glaser, B. y Strauss, A. (1967). *The discovery of grounded theory: strategies for qualitative research*. New York: Aldine Publishing Company.
- Glaser, B.G. (1978). *Theoretical sensitivity*. Mill Valley, CA: Sociology Press.
- Guba, E., y Lincoln, Y. S. (2005). *Paradigmatic controversies and emerging confluences*. In N. K. Denzin & Y. S. Lincoln (Eds.), *The SAGE handbook of qualitative research* (3rd ed., pp. 191–216). Thousand Oaks, CA: Sage.
- Heino, A., Gissler, M., Apter, D., & Fiala, C. (2013). *Conscientious objection and induced abortion in Europe. European Journal of Contraception and Reproductive Health Care*, 18(4), 231–233. <https://doi.org/10.3109/13625187.2013.819848>
- Kassebaum NJ, Bertozzi-Villa A, Coggeshall MS, Shackelford KA, Steiner C, Heuton KR, Gonzalez-Medina D, Barber R, Huynh C, Dicker D, Templin T, Wolock TM, Ozgoren AA, Abd-Allah F, Abera SF, Abubakar I, Achoki T, Adelekan A, Ademi Z... Lozano R.(2014). *Global, regional, and national levels and causes of maternal mortality during 1990-2013: a systematic analysis for the Global Burden of Disease Study 2013. The Lancet*, 384(9947), 980-1004.

- Kibsgaard Nordberg, E. M., Skirbekk, H. & Magelssen, M. (2014). *Conscientious objection to referrals for abortion: pragmatic solution or threat to women's rights? BMC Medical Ethics*, 15:15. <https://doi.org/10.1186/1472-6939-15-15>.
- Kumar, A., Hessini, L., & Mitchell, E. M. (2009). *Conceptualising abortion stigma. Culture, health & sexuality*, 11(6), 625-639.
- Lagarde, M. (1994). *Perspectiva de género. Diakonia*, (71), 23-29.
- Lamas, M. (1996). *La perspectiva de género. Revista de Educación y Cultura de la sección*, 47, 216-229.
- Lewin, K. (1935) *A dynamic theory of personality*. New York: McGraw-Hill.
- Lewin, K. (1948) *Resolving Social Conflict*, New York, Harper's.
- Ley 21.030. Regula la despenalización de la interrupción voluntaria del embarazo en tres causales. 23 de Septiembre de 2017. D. O. No. 41866.
- MacKinnon, C. A. (2018). *Abortion: On public and private. In Living with Contradictions* (pp. 275-281). Routledge.
- Maira, G., y Carrera, C. (2019). *Estrategias feministas para la despenalización del aborto en Chile. La experiencia de la Mesa Acción por el Aborto. En Aborto en tres causales en Chile lecturas del proceso de despenalización* (pp. 181–201).
- Mesa Acción por el Aborto Chile (MAACH) (2019). *Informe de Monitoreo Social. Implementación de la Ley de Interrupción del Embarazo en tres causales*.
- Mesa Acción por el Aborto Chile (MAACH) (2021). *Informe de Monitoreo Social. Acceso a la Interrupción Voluntaria del Embarazo y a la Salud Sexual Y Reproductiva en tiempos de Coronavirus 2020*.
- Martin, L. A., Hassinger, J. A., Seewald, M. y Harris, L. H. (2017). *Evaluation of Abortion Stigma in the Workforce: Development of the Revised Abortion Providers Stigma Scale. Women's Health Issues*, 28(1), 59-67. <https://doi.org/10.1016/j.whi.2017.10.004>

- McLemore, M. R., Kools, S., y Levi, A. J. (2015). *Calculus Formation: Nurses' Decision-Making in Abortion-Related Care*. *Research in Nursing and Health*, 38(3), 222–231.
<https://doi.org/10.1002/nur.21655>
- MINSAL (2019) *Funcionarios objetores de conciencia por Servicio de Salud a septiembre 2019*.
<https://www.minsal.cl/funcionarios-objetores-de-conciencia-por-servicio-de-salud/>
- Mosley, E., Schulz, A., Harris, I., y Anderson, B. (2020) *South African abortion attitudes from 2007-2016: the roles of religiosity and attitudes toward sexuality and gender equality*. *Women & Health* 60:7, pages 806-820.
- Minerva, F. (2015). *Conscientious objection in Italy*. *Journal of Medical Ethics*, 41(2), 170-173.
<https://doi.org/10/gf6h96>
- Montero Vega, A., y González Araya, E. (2011). *La objeción de conciencia en la práctica clínica*. *In Acta Bioethica* (Vol. 17, Issue 1).
- Mahomed, F (2016) *Examining Attitudes Towards Reproductive Rights in the Gauteng City-Region of South Africa*. *Soc Indic Res* 127, 1297–1319. <https://doi.org/10.1007/s11205-015-1008-4>.
- Muñoz, P., Parrini, J., Dresdner, R., y Jiménez, M (2021). *Dilemas clínicos en la constitución de la tercera causal de la interrupción voluntaria del embarazo*. *En Artículo especial Rev Med Chile* (Vol. 149).
- Norris, A., Bessett, D., Steinberg, J. R. Kavanaugh, M. L., De Zordo, S. y Becker, D. (2011). *Abortion Stigma: A Reconceptualization of Constituents, Causes, and Consequences*. *Women's Health Issues*, 21, 3S, S49-S54. <https://doi.org/10.1016/j.whi.2011.02.010>
- Osborne, D., Huang, Y., Overall, N., Sutton, R., Petterson, A., Douglas, K., y Sibley, C. (2022). *Abortion attitudes: An overview of demographic and ideological differences*. *Political Psychology*. <https://doi.org/10.1111/pops.12803>

- Pérez, B., Concha-Salgado, A., Aburto, V., Mandiola, C., Muñoz, C., y Cerda, D. (2022). *Religiosity, abortion stigma and the mediating effect of gender attitudes. A study in the Chilean population. International Journal in Social Psychology*, 37(2), 211-241. <https://doi.org/10.1080/02134748.2022.2034290>
- Pérez, B., Concha-Salgado, A., Fernández-Suárez, A., Juarros-Basterretxea, J., y Rodríguez-Díaz, F. J. (2021). *The Gender Role Attitude Scale (GRAS) as an alternative for the crisis its measurement in Latin America: A study in Chilean university students. Anales de Psicología* 37(3), 567-576. <https://doi.org/10.6018/analesps.438431>
- Pérez, B., Sagner-Tapia, J., y Elgueta, H. E. (2020). *Decriminalization of abortion in Chile: a mixed method approach based on perception of abortion in the community population. Gaceta Sanitaria*, 34(5), 485–492. <https://doi.org/10.1016/j.gaceta.2018.11.004>
- Pizzarossa, L. B. (2019). 'Women Are Not in the Best Position to Make These Decisions by Themselves': Gender Stereotypes in the Uruguayan Abortion Law. *U. Oxford Hum. Rts. Hub J.*, 25.
- Ruiz J.I. (1996). *Metodología de la investigación cualitativa*, Bilbao, Universidad de Deusto.
- Strauss, A. y J. Corbin (2002): *Bases de la investigación cualitativa. Técnicas y procedimientos para desarrollar la teoría fundamentada*. Antioquía, Colombia: Editorial Universidad de Antioquía.
- Suranga, M.S., Silva, K.T. and Senanayake, L., (2016). *Perception on the abortion laws in Sri Lanka: A community based study in the city of Colombo. Ceylon Medical Journal*, 61(4), pp.171–175. <http://doi.org/10.4038/cmj.v61i4.8384>
- Varga, C. A. (2002). *Pregnancy Termination among South African Adolescents. Studies in Family Planning* 33(4), 283-98.
- Valles, M. S. (1999). *Técnicas Cualitativas de Investigación Social*. Madrid: Síntesis.

- Vélez, J. (2009) *Freedom of Conscience in Ethical Decision Making. The Linacre Quarterly*, 76(2), 120-132. <https://doi.org/10.1179/002436309803889232>
- Vial, T. (2019). Presentación. *En aborto en tres causales en Chile lecturas del proceso de despenalización* (pp. 7–23).
- Vivar, C., Arantzamendi, M., López-Dicastillo, O. y Gordo Luis, C. (2010). *La Teoría Fundamentada como Metodología de Investigación Cualitativa en Enfermería. Index de Enfermería*, 19(4), 283-288. Recuperado en 24 de junio de 2022, de http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1132-2962010000300011&lng=es&tlng=es.
- Yanshu, H., Davies, P. G., Sibley, C. G., y Osborne, D. (2016). “*Benevolent Sexism, Attitudes Toward Motherhood, and Reproductive Rights A Multi-Study Longitudinal Examination of Abortion Attitudes.*” *Personality and Social Psychology Bulletin* 42(7), 970–84.