

Opiniones del personal académico de medicina y partería de Chile sobre la objeción de conciencia en los servicios de aborto

CONTEXTO: En 2017, Chile reformó su ley para permitir el aborto bajo circunstancias limitadas. Explorar las opiniones del personal académico de medicina y partería en relación con el aborto y el uso de la objeción de conciencia (OC) en el momento de la reforma, puede informar sobre los temas que están siendo enseñados a los futuros prestadores de servicios de salud del país.

MÉTODOS: Entre marzo y septiembre de 2017, fueron entrevistados 30 miembros del personal académico clínico de las facultades de medicina y partería de las universidades en Santiago, Chile. Veinte de ellos enseñaban en universidades laicas y 10 en universidades con afiliación religiosa. Se analizaron las perspectivas del personal académico sobre la OC y el aborto, el alcance de la OC y la enseñanza sobre OC y aborto, mediante el uso de un enfoque de teoría fundamentada.

RESULTADOS: La mayoría del personal académico clínico de las universidades laicas y de las de afiliación religiosa apoyó el derecho del personal clínico a rehusarse a prestar servicios de aborto. En general, el personal académico de las universidades laicas pensó que la OC debería limitarse a prestadores de servicios específicos y rechazó la idea de una OC institucional, mientras que el personal académico de las universidades con afiliación religiosa apoyó decididamente el uso de la OC por un amplio conjunto de prestadores y a nivel institucional. Solamente el personal académico de las universidades laicas avaló la idea de que la OC debería ser regulada de tal forma que no obstaculizara el acceso a los servicios de aborto.

CONCLUSIONES: El amplio apoyo a la OC en relación con el aborto por el personal académico de las universidades con afiliación religiosa genera preocupaciones sobre si se está enseñando a los estudiantes sobre su responsabilidad ética de poner las necesidades de sus pacientes por encima de las propias. Futuras investigaciones deben monitorear si las reglamentaciones y prácticas en materia de OC en Chile están garantizando el acceso de las mujeres a los servicios de aborto.

Perspectivas Internacionales en Salud Sexual y Reproductiva, número especial de 2020, <https://www.guttmacher.org/es/journals/ipsrh/2020/12/chilean-medical-and-midwifery-facultys-views-conscientious-objection-abortion>

El principio de objeción de conciencia (OC) se originó en el ámbito militar, para dar a las personas la oportunidad de negar a participar en el servicio militar obligatorio por razones morales o religiosas,¹ pero desde entonces ha sido aplicado en otros contextos. En el cuidado de la salud, la OC describe la capacidad de los prestadores de servicios para negarse a participar en servicios —como el aborto— que consideran incompatibles con sus creencias.² El equilibrio entre los derechos de los pacientes para recibir la atención médica y los derechos del personal médico para actuar de acuerdo con su conciencia ha creado un conflicto de larga data.³

Algunas personas han argumentado que la OC se utiliza como una herramienta para limitar el acceso al aborto,⁴ evitar el estigma, dejar de proporcionar un servicio en el que un médico tiene una formación limitada, o reducir la alta carga de trabajo.^{3,5} La evidencia sugiere que esta negativa para participar en los servicios de aborto puede ser mal utilizada y poner en riesgo la atención a la paciente. Una revisión sistemática que examinó las opiniones de enfer-

meras y parteras sobre la OC en la atención de aborto identificó una variedad de posiciones sobre el tema, así como un conflicto para conciliar los derechos de las pacientes y los profesionales de la salud.⁶ Una encuesta en el norte de Ghana encontró que muchos médicos capacitados para realizar abortos se oponían a realizarlos, y que los prestadores de servicios que practicaban abortos experimentaban un mayor estrés emocional y físico.⁷ Las entrevistas similares en Australia identificaron el uso indebido de la OC: Algunas personas encuestadas informaron conocer a prestadores de servicios que objetan por razones distintas a la moral y se niegan ilegalmente a derivar a sus pacientes.⁸ De manera similar, una encuesta de obstetras y ginecólogos en Brasil encontró que muchos prestadores invocaron la OC cuando no estaban seguros de si las mujeres que buscaban un aborto por la causal de violación estaban diciendo la verdad.⁹

Las organizaciones de derechos humanos han identificado el uso de la OC para negar los servicios del aborto como problemático; en respuesta, han pedido a los países

Por Lidia Casas, Lori Freedman, Alejandra Ramm, Sara Correa, C. Finley Baba y M. Antonia Biggs

Lidia Casas es directora del Centro de Derechos Humanos, Facultad de Derecho y Sara Correa es instructora y secretaria de estudios en el Instituto de Investigación en Ciencias Sociales, ambas en la Universidad Diego Portales, Santiago, Chile. C. Finley Baba es gerente de proyectos y tanto Lori Freedman como M. Antonia Biggs son profesoras asociadas, todas ellas en el programa Advancing New Standards in Reproductive Health (ANSIRH), Bixby Center for Global Reproductive Health, Universidad de California, San Francisco, Oakland, CA. Alejandra Ramm es profesora asociada de la Escuela de Sociología, Universidad de Valparaíso, Valparaíso, Chile.

que protejan el acceso al aborto.^{10,11} En 2016, una resolución legal del Comité Europeo de Derechos Económicos y Sociales reafirmó que la OC no debería obstaculizar el acceso a la atención a la salud; en otras palabras, que un número adecuado de prestadores debería estar disponible para garantizar el acceso a los servicios.¹²

Las leyes de aborto en América Latina son algunas de las más restrictivas del mundo. Los pocos países que han liberalizado sus leyes en los últimos años han tomado caminos diferentes con respecto a la OC. Por ejemplo, Uruguay limita su uso al personal directamente involucrado en la intervención y no permite la OC para la atención postaborto. Según entrevistas con partes interesadas y expertos clave, la ley de Uruguay que despenaliza el aborto ha dado lugar a altas tasas de OC, lo que limita el acceso a los abortos legales.^{13,14} La ley de Colombia incluye disposiciones adicionales que sancionan a los prestadores que invocan falsamente la OC o que no cumplan con los requisitos de la OC.¹⁵ En Argentina, por el contrario, no existen consecuencias legales por no cumplir con las regulaciones de la OC.¹⁵

Además de permitir la OC a nivel de prestador individual, algunos países permiten la OC a nivel institucional, lo que da lugar a que toda una institución, como un hospital clínico-docente de una universidad, se niegue a brindar servicios de aborto. Cuando las instituciones invocan la OC, los profesionales de la salud empleados por estas instituciones no están autorizados a brindar los servicios de aborto, ya sea que los empleados individuales se opongan personalmente o no. Las entidades políticas de la región tienen leyes diferentes en materia de la OC institucional para el aborto: Colombia no permite que las instituciones invoquen la OC,¹⁵ mientras que la Ciudad de México y Uruguay permiten que solo las instituciones privadas la invoquen; y Argentina permite que tanto las instituciones privadas como las públicas lo hagan.^{13,15}

Chile —país sujeto del estudio— cambió su ley de aborto en agosto de 2017 de prohibir todos los abortos a permitir el aborto bajo tres causales: cuando la vida de la mujer está en riesgo, el feto tiene una malformación letal y el embarazo resulta de una violación. En ese momento, el apoyo público para despenalizar el aborto en estas tres causales fue consistentemente alto, variando entre el 70% y el 77%.¹⁶⁻¹⁸ La ley inicial permitía únicamente al médico que realizaba el aborto de invocar la OC. Sin embargo, poco después de que el Congreso de Chile aprobara la ley, se la enmendó para permitir que las instituciones y una gama más amplia de personal sanitario clínico (médicos, parteras, anestelistas y enfermeras) y no clínico que participa en los procedimientos de aborto invoquen la OC.

Las regulaciones actuales permiten que las instituciones privadas, incluidas las que reciben fondos públicos, invoquen la OC, pero prohíben que las instituciones públicas lo hagan. La ley intenta garantizar que la OC no impida por completo el acceso al aborto legal; por ejemplo, no se la puede usar para negar ni la atención pre-aborto (es decir, el diagnóstico de la inviabilidad fetal o una condición que

ponga en peligro la vida de la embarazada) ni la atención postaborto. Los prestadores que objetan deben registrarse y notificar al director de su institución sobre su condición de objetor antes de hacer cualquier manifestación de su OC; y los prestadores que objetan deben derivar a todas las mujeres que buscan un aborto legal a un prestador no objetor.⁴ En el caso de una emergencia que ponga en peligro la vida de la mujer y en la que no haya un prestador no objetor disponible, se requiere que un prestador objetor realice o ayude en el aborto.

Desde septiembre de 2017 (cuando la ley entró en vigor) y junio de 2018, se estima que entre los obstetras-ginecólogos que trabajaban en los 66 hospitales públicos de Chile habilitados para brindar servicios de aborto, el 47% invocó la OC para casos de violación, el 27% para casos de una inviabilidad fetal y un 20% para casos en los que la vida de la mujer estuvo en riesgo.¹⁹ En algunos hospitales públicos, las invocaciones de la OC han reducido el acceso al aborto, especialmente en aquellos en los que el 100% de obstetras-ginecólogos se niegan a realizar abortos legalizados por la ley de 2017.¹⁹ De hecho, en el primer aborto realizado bajo la ley, una niña menor de 12 años que buscaba un aborto por la causal de violación tuvo que ser transportada a 750 millas de su casa para encontrar un prestador dispuesto a realizar la intervención.²⁰

La Pontificia Universidad Católica de Chile —una institución privada con afiliación religiosa y que es la universidad y facultad de medicina de más alto rango del país²¹— fue la primera universidad en el país en invocar la OC a nivel institucional. En respuesta, su organización de estudiantes de medicina realizó una encuesta entre los estudiantes de toda la universidad que reveló una oposición importante a la OC.²² El 55% de los estudiantes no creían que la OC debería invocarse en la red de centros de salud de su institución; y el 76% se opuso que la institución prohíba que su personal académico realizara abortos en otros centros de salud. De manera similar, una encuesta de estudiantes de medicina y de Obstetricia y Puericultura de universidades laicas y religiosas en el área metropolitana de Santiago, realizada poco después de la despenalización parcial del aborto, encontró que el 97% de los estudiantes apoyaban el acceso legal al aborto en al menos una causal, y del 70% al 78% estuvieron de acuerdo en que su universidad debería capacitar a los estudiantes para brindar servicios de aborto.^{23,24}

Debido a que el aborto estaba completamente prohibido antes de la reforma, la capacitación en el tema para los prestadores sanitarios en Chile era extremadamente limitada en términos de enseñanza general y en las técnicas clínicas. Después de la despenalización parcial, el Ministerio de Salud comenzó a capacitar a los prestadores en ejercicio en todo el país sobre la técnica de la aspiración y a suministrar a los hospitales públicos el equipo necesario para este método de aborto. Los estudiantes que se están preparando para ser prestadores de servicios de atención médica, primero reciben capacitación sobre aborto por parte del personal académico. Por lo tanto, las opiniones

del personal académico de medicina y partería sobre la prestación de abortos y la OC podrían afectar el conocimiento, las actitudes y la capacitación de los estudiantes —y, en consecuencia, el acceso futuro de las pacientes a los servicios de aborto. Solo los médicos están autorizados legalmente para realizar un aborto, pero las parteras con frecuencia brindan atención relacionada. Para los abortos con medicamentos, los médicos son los únicos prestadores autorizados a recetar las píldoras, pero las parteras pueden asesorar a la paciente, proporcionar la receta y denunciar casos sospechosos de abortos ilegales a la policía.²⁵

Este estudio cualitativo es parte de un proyecto más amplio que evalúa las actitudes sobre la despenalización parcial del aborto y su prestación, incluida sobre la OC, entre el personal académico clínico y estudiantes de escuelas de medicina y partería en Santiago, Chile, durante los meses cuando se debatió y aprobó la reforma legal. Aquí, nos enfocamos específicamente en las opiniones del personal académico clínico sobre la OC. Hasta donde sabemos, este es el primer estudio que examina la OC entre el personal académico clínico de medicina o partería en Chile. Esta investigación aporta información sobre la implementación de la ley al explorar los puntos de vista del personal sobre la invocación de la OC en los servicios de aborto. Es importante comprender las perspectivas del personal académico sobre la OC porque sus puntos de vista reflejan lo que podrían enseñar a sus estudiantes y nos dan una idea de si el personal académico está revisando sus planes de estudios para reflejar el cambio en el estatus legal del aborto.

MÉTODOS

Muestra y recolección de datos

Después de revisar el sitio web del Ministerio de Educación de Chile, identificamos 14 universidades en Santiago que ofrecen títulos de medicina con especialización en obstetricia y ginecología, o títulos de matrona/matrón —comúnmente denominado partera en la región. (Usamos el término “partera” a continuación, salvo en las citas directas). De entre esas universidades, identificamos siete que sirvieran de sitios de reclutamiento; las escuelas seleccionadas incluían universidades públicas y privadas, laicas y de afiliación religiosa (católicas). Estimamos que las siete universidades participantes tienen más de 7,000 estudiantes que aspiraban obtener títulos de medicina o partería, lo que representa el 72% de los estudiantes de medicina y el 38% de los estudiantes de partería en la región metropolitana de Santiago.²⁶

Los miembros del personal académico clínico de las escuelas de medicina o partería que impartían clases de obstetricia, ginecología u otros campos relacionados eran elegibles para participar. Utilizamos un enfoque de muestreo intencional en el que nos propusimos entrevistar al menos a un miembro del personal académico de cada departamento de medicina o de partería dentro de cada universidad. Obtuvimos información de contacto del personal académico a partir de los sitios web y por medio de los administradores de las universidades, e invitamos

a participar a 114 personas por correo electrónico o por teléfono. Volvimos a contactar a algunas personas que no habían respondido, hasta que alcanzamos nuestras metas numéricas, así como la saturación temática y la variación suficiente entre participantes con las mismas creencias religiosas o que trabajaban en el mismo tipo de instituciones. Entrevistamos a un total de 30 miembros del personal académico clínico. Las personas que no participaron incluyeron a una profesora que se consideró no elegible porque ya no trabajaba en la universidad; el resto del personal académico no respondió a nuestras invitaciones telefónicas o por correo electrónico.

Realizamos entrevistas de marzo a septiembre de 2017; este período coincidió con la despenalización parcial del aborto en Chile en agosto de 2017. Todas las entrevistas se realizaron antes de la aprobación de la ley, excepto dos que se realizaron después de la aprobación, pero antes de su implementación. Dos investigadoras chilenas nativas, cada una con maestría en sociología y capacitada en métodos de investigación cualitativa y técnicas de entrevistas en profundidad, realizaron las entrevistas en español utilizando una guía semiestructurada. Se reunieron con el personal académico en un lugar privado de la elección de los participantes (por ejemplo, oficina de la universidad, consultorio, cafetería). Antes de las entrevistas, el personal académico leyó y firmó un formulario de consentimiento y dio su permiso para ser grabado. Las entrevistas duraron aproximadamente 45 minutos. Las personas entrevistadas no fueron compensadas por su participación. Todas las entrevistas fueron grabadas en audio y luego transcritas en español. A medida que se llevó a cabo el trabajo de campo, las dos entrevistadoras y la autora principal se reunieron con regularidad para repasar los avances y para identificar líneas de investigación y temas emergentes.

Nuestro estudio recibió la aprobación del Comité de Ética del Instituto de Investigaciones en Ciencias Sociales de la Universidad Diego Portales en Santiago, Chile, para aplicarlo en sujetos humanos.

Guía de la entrevista

Desarrollamos una guía de entrevista semiestructurada que incluyó preguntas para el personal académico clínico sobre sus actitudes hacia el aborto y la prestación de servicios de aborto; sobre si se debe denunciar y castigar a las personas involucradas en abortos ilegales; y sobre la OC en el cuidado de la salud y cómo abordan estos temas en sus aulas. También presentamos escenarios a los participantes —por ejemplo, una mujer que busca atención postaborto o una mujer que busca información sobre cómo autoadministrarse un aborto— y les preguntamos cómo instruirían a sus estudiantes para que aborden estos casos en la práctica. Diseñamos la guía de entrevistas para que fluyera libremente, lo que permitió a los participantes presentar nuevas ideas y al mismo tiempo garantizar que cubriéramos ciertas áreas temáticas. La guía de entrevistas también recolectó datos demográficos, incluida la escolaridad, la experiencia docente, el género, la edad, el número

de hijos, la religión, la afiliación política y la región de residencia. Realizamos una entrevista piloto con un miembro del personal académico para probar y finalizar la guía.

Análisis

Si bien la mayor parte del análisis se realizó en español, un traductor certificado tradujo posteriormente al inglés todos los códigos relacionados con la OC para ayudar en la etapa final del análisis y resumen de los resultados, que se realizó en inglés. Cuatro de las autoras del estudio son chilenas nativas y dominan el español, mientras que dos de las autoras nacieron en los Estados Unidos y dominan el español; todas las autoras dominan el inglés.

Usamos un enfoque de teoría fundamentada para el análisis de datos cualitativos.²⁷ Dos de las autoras del estudio, chilenas y capacitadas en sociología y con experiencia en salud reproductiva e investigación cualitativa, de forma independiente codificaron una serie inicial de entrevistas y repasaron sus respectivas listas de códigos con la autora principal, una investigadora chilena con formación en leyes. Juntas, revisaron la lista de códigos de forma iterativa después de la discusión y de llegar a un consenso; y aplicaron la lista final de códigos a todas las entrevistas, utilizando NVivo. Se identificó un total de 27 códigos que reflejaban los principales temas tratados en las entrevistas. Una cuarta autora, socióloga y experta en investigación cualitativa sobre salud reproductiva, analizó y resumió los datos relacionados con la OC después de haber sido traducidos al inglés.

Nuestro estudio se centra en las opiniones del personal académico clínico sobre la OC y el aborto, el alcance de la OC (cuáles empleados deberían poder objetar y las obligaciones de las instituciones de salud hacia las pacientes), así como la enseñanza sobre la OC y el aborto. También clasificamos las respuestas según si el personal médico encuestado trabajaba para una universidad laica o católica, y por sus antecedentes académicos —ya fueran de medicina o partería—. Esto nos permitió obtener un análisis más sólido y profundo que vinculó las perspectivas individuales con la capacitación de un miembro del personal académico.

RESULTADOS

De los 30 miembros del personal académico clínico entrevistados, 17 eran mujeres y 13 eran hombres (Cuadro 1). Cuatro profesores habían estado enseñando durante menos de cinco años, 10 durante 5–9 años, ocho durante 10–19 años y siete durante al menos 20 años. En cuanto a su formación clínica, 18 tenían títulos de medicina y 12 tenían títulos de partería. La mayoría, 17, se especializó o se centró en obstetricia-ginecología, mientras que cuatro miembros del personal académico se especializaron o se enfocaron en medicina materno-fetal; ninguna otra categoría, excepto “otra”, tenía más de dos personas. Once eran miembros del personal académico clínico de universidades públicas, nueve de universidades privadas laicas y 10 de universidades privadas religiosas. Once miembros del personal académico se identificaron como católicos prac-

CUADRO 1. Distribuciones porcentuales de personal académico clínico de medicina y partería participante en el estudio, Santiago, Chile, 2017

Característica	N	%
Género		
Mujer	17	57
Hombre	13	43
Experiencia en la docencia (en años)		
<5	4	14
5–9	10	34
10–19	8	28
≥20	7	24
Faltante	1	3
Título clínico		
Médico	18	60
Partera	12	40
Área de especialidad/enfoque*		
Obstetricia-ginecología	17	57
Materno-fetal	4	13
Infertilidad	2	7
Bioética	2	7
Neonatología	2	7
Salud sexual	2	7
Otra	3	10
Tipo de universidad		
Pública	11	37
Privada laica	9	30
Privada religiosa	10	33
Religión		
Católica, practicante	11	38
Católica, no practicante	8	28
Ninguna	6	21
Otra	4	14
Faltante	1	3
Tiene hijos		
Sí	23	77
No	7	23
Apoya cambios departamentales†		
Contenido de cursos actuales		
Sí	14	47
No	13	43
Faltante	3	10
Tipos de cursos requeridos		
Sí	6	20
No	21	70
Faltante	3	10
Total	30	100

*Algunos miembros del personal académico clínico tuvieron más de una especialidad. †Después de la despenalización parcial del aborto. Nota: Los porcentajes pueden no sumar 100% debido al redondeo.

ticantes, ocho como católicos no practicantes, seis como carentes de religión y cuatro como afines a otras religiones.

Nuestro análisis dio cinco resultados principales: el personal académico expresó su firme apoyo al derecho de los prestadores individuales a objetar a prestar los servicios de aborto; estaban divididos respecto de si ese derecho debería limitarse a tipos específicos de prestadores, lo cual puede resultar en la reducción en el acceso a los servicios; solo aquellos que trabajan en entornos de afiliación religiosa apoyaron la extensión ilimitada de los derechos de

OC a nivel institucional; el debate sobre la OC destacó la dificultad de equilibrar los derechos del personal médico con los de las pacientes; y había incertidumbre acerca de si los planes de estudio deberían cambiarse como resultado de la nueva ley y cómo hacerlo.

Apoyo generalizado para la OC al aborto

Si bien la gran mayoría de miembros del personal académico clínico describió la OC en la atención de aborto como necesaria y válida, su nivel de apoyo al derecho al aborto varió ampliamente. Algo más de la mitad del personal académico de universidades laicas apoyó el derecho legal al aborto en cada una de las tres causales, mientras que más de la mitad del personal académico de las universidades religiosas apoyó el derecho al aborto solo para salvar la vida de una mujer; tres encuestados que trabajaban en universidades religiosas y uno en una universidad laica se opusieron al aborto en cada una de las tres causales. El apoyo al aborto legal también difirió entre el personal académico de partería y de medicina: La mayoría (nueve de 12) de miembros del personal académico de partería apoyó el aborto en las tres causales, mientras que la mayoría (16 de 18) de los de medicina apoyó el aborto bajo menos causales o en ninguna.

Quienes se oponían al aborto en todas las causales consideraban que el aborto violaba la ética médica; todos los miembros del personal académico que expresaron esta opinión procedían de universidades con afiliación religiosa. Dijeron que la OC permitía a los médicos trabajar de acuerdo con la creencia de que la vida de la embarazada y del feto se valora por igual. Como lo expresó un obstetra-ginecólogo, “no es una objeción de conciencia por razones personalísimas... el aborto vulnera los principios de la medicina, entonces, nosotros jamás vamos a hacer algo que vulnere los principios y los valores de la medicina”. Los miembros del personal académico que expresaron este punto de vista creían que el aborto dañaba a uno de dos pacientes igualmente valorados. Como explicó una partera de la facultad, “yo estoy absolutamente pro los derechos de la mujer y la mujer puede hacer lo que quiera con su cuerpo, pero, mi pensamiento es que la guaguüta [pequeño bebé] no es parte de su cuerpo”.

Sin embargo, el personal académico clínico opuesto al aborto expresó que ayudar a interrumpir un embarazo una vez que el proceso ya ha comenzado, como en el caso de un aborto incompleto, o cuando la vida de la mujer está en riesgo, era una situación diferente. La mayoría de los miembros del personal académico clínico que se oponía firmemente al aborto lo apoyaba en las emergencias obstétricas; algunos incluso dijeron que las personas que no se sienten cómodas con el aborto mientras manejan las complicaciones del embarazo, deberían trabajar en una especialidad médica diferente o en un hospital donde otros médicos estén dispuestos a realizar abortos. Como explicó un médico:

“Si una mujer se está muriendo o está en peligro su vida y digo ‘No, en realidad, yo no le voy a interrumpir el emba-

razo porque va en contra de mis principios’ ... yo creo que esa persona debería buscar otra profesión... todos los que estamos contra el aborto entendemos que hay situaciones difíciles en las que uno tiene que interrumpir el embarazo”. —*Obstetra-ginecólogo de una universidad con afiliación religiosa*

Ser de afiliación religiosa, no significó necesariamente que un miembro del personal académico de una universidad se opusiera al aborto o apoyara la OC incondicionalmente. De los participantes que se identificaron como católicos practicantes, uno apoyó el aborto en todas las tres causales, siete apoyaron el aborto en la causal de salvar la vida de una mujer, y solo dos se opusieron a las tres causales. Un especialista en medicina materno-fetal, que trabajaba en una universidad laica y fue entrevistado justo antes de que se aprobara la ley del aborto, no tuvo ningún problema en proporcionar servicios de aborto según la ley propuesta a pesar de ser religioso, y dijo: “Yo soy cristiano, tengo una formación de colegio cristiano, tengo un tema de fe de por medio, pero no se me ocurriría hacer una objeción de conciencia frente a la interrupción en alguna de las causales que hoy día son las que se están tratando...”.

Algunos miembros del personal académico explicaron la forma en que la OC puede garantizar los derechos tanto de las pacientes como de los médicos. Como lo expresó un especialista en medicina materno-fetal de una universidad laica: “yo creo que tal cual como una persona tiene el derecho o la libertad de decidir abortar un embarazo, el médico tiene todo el derecho también de aconsejarte si eso no es lo apropiado dentro de sus parámetros éticas ...”

Quienes se oponen al aborto favorecen la expansión de la OC

Los miembros del personal académico que creían firmemente que todos los empleados involucrados en la atención de aborto tenían derecho de invocar la OC trabajaban casi en su totalidad para universidades con afiliación religiosa. Por ejemplo, un médico describió la gama de profesionales que deberían poder invocar la OC:

“El procedimiento mismo del aborto no es un procedimiento que haga el médico solo, entonces lo va a ayudar, probablemente, un anestesista, una arsenalera [enfermera quirúrgica], una matrona, un auxiliar, y yo creo que es absolutamente lógico pensar que todos puedan tener objeción de conciencia ... en el fondo, lo hace la que está al lado”. —*Obstetra-ginecólogo de una universidad con afiliación religiosa*

Muchos miembros del personal académico de universidades con afiliación religiosa se inclinaron a priorizar los derechos de una amplia gama de profesionales a invocar la OC ante el aborto por encima de los derechos de las pacientes a la atención médica. Si bien estos miembros del personal académico no declararon explícitamente su posición de esta manera, muchos omitieron cualquier mención de los derechos de las pacientes cuando se les preguntó sobre cómo equilibrar la objeción del prestador de servicios de salud con el derecho de la mujer a recibir atención médica. Por ejemplo, un médico dijo:

“Uno no es un ejecutor de los pacientes, si alguien me

pide que yo le dispare un tiro a ella porque quiere morirse, mi conciencia me dice que no estoy actuando de acuerdo a los fines de la profesión que elegí, que es el respeto a la vida, curar cuando se puede, acompañar la mayoría de los veces”. —*Médico de una universidad con afiliación religiosa*

La mayoría de los miembros del personal académico de universidades laicas, pero pocos de las universidades religiosas, prefirieron limitar el derecho a la OC a aquellos prestadores de servicios con el mayor nivel de participación y autoridad en el procedimiento. Un obstetra-ginecólogo de una universidad religiosa hizo la siguiente observación:

“Si yo soy el camillero que lleva a la persona al pabellón o algo así, me cuesta creer que en eso uno pueda objetar de conciencia por ese lado, pero el que le da la anestesia y para qué decir el médico que lo practica, yo creo que sí”.

Un obstetra-ginecólogo de una universidad laica agregó que otros miembros del personal clínico deberían tener el derecho a la OC si no hay médicos presentes; y dijo que “tiene que ser por los médicos [la invocación de OC], salvo en lugares donde no existan médicos para la atención de salud”. Una partera de una universidad laica consideró que el derecho a invocar la OC debería extenderse a quienes brindan información y consejería sobre el aborto: “Yo creo que los que intervienen directamente en los procedimientos, en el [solicitar] consentimiento y en [dar] la información a las usuarias, deberían tener derecho a objetar [de] conciencia”.

Algunos miembros del personal académico señalaron el vínculo explícito entre ampliar los derechos de OC y restringir el acceso al aborto. Por esta razón, esta médica se opuso a un enfoque expansivo de la objeción, ya que creía que crearía más barreras para que las mujeres se sometieran a un aborto legal:

“Creo que los que indican el tratamiento ahí son los médicos, yo creo que hasta ahí no más debería llegar... la matrona también influya, pero creo que el farmacéutico no, creo que no pueden haber más trabas en proceso, creo que ya basta con el médico que le toque a la pobre señora como para que hayan más trabas”. —*Médica de una universidad laica*

Las opiniones difieren sobre la OC institucional

Solamente el personal académico que trabaja en instituciones con afiliación religiosa dijo que apoyaba la OC institucional. Por ejemplo, un médico del personal académico de una universidad religiosa, afirmó que defender los valores institucionales era importante para inspirar a quienes trabajan apegados a ellos, afirmando que “más que conciencia, las instituciones tienen un ideario, un espíritu, tienen cosas que las motivan”. Otro médico dijo que las instituciones privadas deberían tener derecho a la OC, pero cuestionó si el mismo derecho se aplicaba a las instituciones públicas; este médico sugirió que las instituciones públicas podrían incluso tener la obligación de garantizar el acceso a la atención del aborto, asegurándose de tener suficiente personal no objetor:

“Efectivamente, yo creo que un hospital público no va a poder negarse como institución... cada hospital, en ese caso, debiese asegurarse de, si es que tiene gente que tiene objeción de conciencia, tener a otro que sí esté de acuerdo con la línea del hospital”. —*Obstetra-ginecólogo de una universidad religiosa*

Otro personal académico clínico de una institución religiosa anticipó que su institución nunca accedería a realizar abortos, descartando así la necesidad de realizar cambios en sus planes de estudio o que los prestadores invoquen la OC. Cuando se le preguntó si había una razón para tener OC, respondió:

“No tiene ningún sentido hacer objeción de conciencia frente a una acción que va a ser siempre ilícita, así que tal como está el proyecto de ley, no hay ninguna dificultad... Este hospital, existía cuando había ley de aborto [antes de la penalización total en 1989]... No hacíamos abortos y nunca tuvimos ningún problema, así que no veo que hay ningún problema”. —*Ginecólogo de una universidad religiosa*

Un miembro del personal académico de una universidad laica estuvo de acuerdo en que los hospitales públicos no deberían tener derecho a la OC y agregó que estos hospitales deberían asegurarse de tener suficiente personal dispuesto a realizar abortos:

“La objeción de conciencia es personal, no institucional, por lo tanto, la institución es la que tiene que proveer de la persona que quiera hacerlo, que esté sin objeción de conciencia. Yo no puedo obligar a una persona a proceder un aborto si sus creencias no lo permiten pero como institución sí hay que tener las salvaguardas para que la paciente tenga el derecho a ser atendida y en toda institución pública hay gente que va a estar a favor o gente que va a tener objeción o no va a tener objeción, por lo tanto, no va a haber problema en ese manejo”. —*Médico de una universidad laica*

Finalmente, la OC institucional fue inaceptable para todos los miembros del personal académico de universidades laicas a quienes se les preguntó sobre el tema. Por ejemplo, un miembro de la facultad de parteras dijo que la OC institucional priva a los médicos de sus derechos:

“Yo creo que la objeción de conciencia es un tema individual, no institucional, y me parece a mí que es parte de los derechos que tiene todo ser humano a querer participar o no de una determinada actividad o decisión... si yo trabajo en una institución donde está prohibida, yo creo que eso no me parece a mí correcto”. —*Partera de una universidad laica*

Dificultad para equilibrar los derechos del personal médico y las pacientes

Para algunos miembros del personal académico, todos de universidades laicas, el debate sobre la OC destaca la tensión entre el derecho de la paciente a la atención médica y el derecho del personal médico a hacer lo que él o ella cree que es ético. Como explicó un miembro del personal académico de una escuela de parteras:

“Si hay algo con lo que yo no estoy de acuerdo, yo tengo

que procurar que haya persona que pueda hacer mi trabajo... porque si no, absolutamente queda nulo el derecho para la usuaria, entonces, estoy velando por el derecho a mi objeción de conciencia y no por el derecho a la atención de esa señora”. —*Médico de una universidad laica*

De manera similar un ginecólogo comentó: “Prevalece el derecho de la mujer, no la conciencia. Si tú estás en un lugar como residente único por ejemplo, que es mi caso en [ciudad], yo no puedo según mi opinión prestarle o no prestarle atención a una paciente, ahí prevalece el derecho de la paciente, todo el rato”. —*Ginecólogo de una universidad laica*

Otro médico colocó el respeto por las libertades religiosas individuales por debajo de los derechos de acceso de una mujer a la atención médica:

“Cualquier individuo, siento yo, que su formación cristiana pudiera hacer sentir que sus principios, sus conceptos, sus valores están transgredidos [puede objetar], en la medida que se resguarden los derechos de los pacientes, o sea, yo podría tener una objeción de conciencia y no resolverle el problema a una mujer, pero tengo la obligación de llevarla para que otro doctor lo pueda hacer”. —*Médico de una universidad laica*

Notoriamente, todos aquellos preocupados por preservar el acceso al aborto provenían de instituciones laicas. En contraste, el personal académico de las universidades religiosas —todos quienes se oponían al aborto en la mayoría, si no en todas las causales— no expresaron preocupación por el acceso.

Incertidumbre en la enseñanza sobre el aborto y la OC

Cuando se les preguntó si los planes de estudios universitarios deberían cambiarse debido a la reforma legal, la mayoría del personal académico de las universidades laicas, pero solo uno de una universidad religiosa, dijeron que sus planes de estudios deberían adaptarse para enseñar sobre la nueva ley y sus implicaciones para la OC. Cuando se les preguntó sobre la forma en que el personal académico enseña actualmente sobre la OC, algunos describieron que lo abordan de manera neutral, como lo harían en cualquier caso ético. Como lo describió un médico materno-fetal de una universidad religiosa: “que uno lo aborda [a la OC] como un tema de discusión y un caso pero sin llegar a una respuesta, solamente a las opciones posibles”. Algunos otros profesores se propusieron enseñar a los estudiantes a no juzgar el aborto o pensar en las razones para objetar cuando hablan con sus pacientes, e invocar la OC solo cuando hay otro médico que puede realizar el aborto. Como explicó un miembro del personal académico:

“Siempre le he dicho a los chiquillos [estudiantes], el juicio personal no es transmisible al paciente, nosotros estamos en una situación de prestar servicio... te puedes negar siempre y cuando haya algún colega que está en el mismo lugar tuyo, haciendo turno y le puedes decir ‘Sabe qué, yo no hago abortos, yo no indico abortos pero el colega sí, le puede prestar el servicio’, si no, estás frito, no puedes negarte”. —*Médico de una universidad laica*

Una partera miembro del personal académico de una universidad laica reconoció que, si bien “son cosas que surgen con los estudiantes, surjan entre nosotros como académicos y que son temas que todavía quizás no se están tan zanjados”; lo que quieren transmitir a los estudiantes es que las personas tienen “el derecho a la salud por sobre la objeción de conciencia, a pesar de que se reconoce el derecho [a la OC] de que todos los prestadores la tienen”. Algunos miembros del personal académico incluso enseñaron a los estudiantes a decir a las pacientes que ellos no tienen las habilidades necesarias para la atención del aborto, en lugar de decirles que tienen objeción de conciencia para evitar que la paciente se sienta juzgada. Una partera del personal académico explicó que su enfoque de la OC es enseñar a los estudiantes a no pensar en ellos mismos sino a abordarlo diciendo “yo no soy la persona más correcta para poder orientarlo al respecto”. Ella dijo: “yo hago práctica con ellos [mis estudiantes] entonces, ‘Chiquillos, yo siento que mi colega tal me da cancha en esto, así que vamos a derivar a la señora tal’ ”.

Un obstetra-ginecólogo de una universidad con afiliación religiosa consideró que la ley necesitaba más aclaraciones antes de que pudiera enseñar a sus estudiantes sobre el aborto, afirmando que “es un tema que todavía no lo hemos tratado, menos lo hemos enseñado... Estamos esperando un poco a ver qué es lo que se define, qué es lo que se legisla acerca de este tema”.

En general, el personal académico no había desarrollado planes de enseñanza, probablemente porque realizamos las entrevistas justo antes de que se levantara la prohibición del aborto.

DISCUSIÓN

Nuestros hallazgos indican un apoyo generalizado al derecho a la OC en la atención de aborto entre nuestra muestra de miembros del personal académico clínico de medicina y partería de universidades religiosas y laicas en Santiago, Chile. En general, comparados con sus colegas de universidades laicas, los profesores de universidades religiosas apoyaban más la invocación de la OC por parte de una amplia variedad de personas (por ejemplo, médicos, parteras, farmacéuticos y administradores) y apoyaba menos la prestación de servicios de aborto. Por su parte, el personal académico de las universidades laicas expresó una mayor preocupación sobre la garantía del acceso al aborto a través de la derivación de las pacientes y la transferencia de su atención a la vez que, en general, continuó apoyando el derecho a objetar de los prestadores de servicios médicos.

Las regulaciones actuales sobre la OC en Chile permiten registrar de objetor cualquier profesional de la salud individual —incluso el personal no clínico presente durante un procedimiento de aborto— así como las instituciones privadas; y hay indicios de que el uso de la OC está limitando el acceso al aborto.^{19,28} Tras la despenalización del aborto en la Ciudad de México, el uso generalizado de la OC por parte de todo tipo de profesionales de la salud —incluidas las enfermeras y el personal de apoyo— y las preocupaciones

sobre la falta de prestadores dispuestos a brindar atención de aborto llevaron a la Secretaría de Salud de la Ciudad de México a restringir el uso de la OC a obstetras-ginecólogos y cirujanos generales; ampliar la gama de prestadores legalmente autorizados para proporcionar abortos al personal médico de nivel medio, incluidas parteras y enfermeras; y mejorar el conocimiento del misoprostol para el aborto entre los farmacéuticos.²⁹ Colombia ha limitado la invocación de la OC a los prestadores directamente involucrados en la prestación de servicios de aborto.¹⁵ Dado que muchos miembros del personal académico clínico, en particular los de universidades religiosas, no expresaron una preocupación por el impacto de la OC en el acceso a la atención médica, en Chile podría ser necesaria una acción similar para garantizar que las mujeres elegibles para un aborto legal puedan tener acceso a una atención oportuna y de calidad.

Investigaciones anteriores han encontrado que el personal médico de instituciones con afiliación religiosa no necesariamente comparten las mismas creencias que quienes administran sus lugares de trabajo: Por ejemplo, un estudio en los Estados Unidos encontró que el 52% de los obstetras-ginecólogos de instituciones católicas expresaron conflicto con las políticas institucionales de atención a pacientes.¹⁷ En contraste, en general, observamos una fuerte adhesión a los mandatos institucionales en el personal académico que trabajan en los hospitales de las universidades chilenas religiosas. Esto podría deberse a que en los hospitales con afiliación católica en Chile, con frecuencia se requiere al personal académico, a los médicos y a otro personal que respeten y compartan los valores católicos de la institución; de hecho, en algunos hospitales de universidades católicas de Chile se establece explícitamente que el personal académico debe cumplir con las directivas católicas incluidas en los estatutos y reglamentos universitarios.^{18,19}

Estos requerimientos dan como resultado que haya coherencia en las opiniones sobre el aborto y otros aspectos de salud sexual y reproductiva entre los administradores y el personal. Sin embargo, si bien en nuestro estudio muchos miembros del personal académico clínico en universidades religiosas defendieron el derecho de las instituciones privadas a negarse a brindar servicios de aborto bajo la nueva ley, su apoyo al aborto en emergencias obstétricas parecía entrar en conflicto con el hecho de que sus hospitales pudieran invocar la OC a nivel institucional para todos los servicios de atención de aborto. Estos miembros del personal académico parecían no darse cuenta de que la capacidad de los hospitales de universidades religiosas para invocar la OC institucional incluye negarse a brindar atención de aborto incluso en casos de emergencia.

La mayor parte del personal académico de instituciones con afiliación religiosa creían que la nueva ley no requería cambios en sus planes de estudio actuales o discusiones en el aula. Tal oposición de hacer cambios se basó en el supuesto de que los procedimientos de aborto nunca serán permitidos en sus instituciones de salud. Un miembro del personal académico quiso abstenerse de hablar sobre el aborto hasta que se aclarara más el reciente cambio le-

gal; su comentario sugiere que la falta de claridad sobre la nueva ley del aborto podría afectar la enseñanza en el aula. La falta de análisis sobre el aborto dentro de estas instituciones religiosas indica una discordancia entre la política institucional y las preferencias de los estudiantes para aprender sobre el aborto,²³ así como una incapacidad para considerar los posibles efectos beneficiosos de la enseñanza sobre el aborto en otros aspectos de la obstetricia-ginecología y la atención de partería, como la consejería, el manejo del aborto espontáneo y la atención postaborto.

Una investigación en los Estados Unidos encontró que los profesionales de la salud capacitados en la atención de aborto tienen más probabilidades de ofrecer a las pacientes consejería sobre opciones de embarazo e información médica precisa, así como tener una mayor competencia en la atención postaborto y el manejo del aborto espontáneo.³⁰ Además, los estudiantes en Chile probablemente eligen a qué programa médico o de partería asistir con base en su ubicación y prestigio, no por su afiliación religiosa. Las universidades católicas en Chile atraen a estudiantes de medicina y partería que tienen diferentes puntos de vista personales o religiosos. Los resultados de una encuesta reciente aplicada a estos tipos de estudiantes, indicaron que la mayoría—incluidos los estudiantes de instituciones religiosas— desea recibir capacitación en la prestación de servicios de aborto y cree que las necesidades de las pacientes son más importantes que las creencias del personal médico.²³ La discordancia aparente entre las opiniones del personal académico y los estudiantes sobre este tema tiene implicaciones para la calidad de la experiencia de la formación en los servicios de aborto y la satisfacción de los estudiantes con dicha formación.

Frecuentemente, las opiniones del personal académico sobre el aborto entran en conflicto con la obligación del prestador de servicios de promover la salud.³¹⁻³³ Cook, Dickens y Fathalla argumentan que los profesionales en instituciones privadas de atención médica no tienen la obligación ética de cuidar a todos los pacientes.³⁴ Los miembros del personal académico clínico de las instituciones religiosas de nuestro estudio expresaron opiniones similares, aunque algunos reconocieron los límites de invocar la OC cuando la vida de una mujer está en riesgo y nadie más está disponible para brindar atención. Incluso algunos miembros del personal académico que se oponen al aborto y trabajan en hospitales de universidades religiosas, argumentaron que los prestadores de atención médica que no estén dispuestos a realizar un aborto en situaciones de emergencia deberían considerar otra profesión. Sin embargo, las perspectivas del personal académico con frecuencia estaban en desacuerdo con su responsabilidad ética de colocar las necesidades de una paciente por encima de las suyas, un concepto respaldado por códigos internacionales de ética médica, organizaciones internacionales de derechos humanos y organizaciones médicas.^{32,33,35,36} Este concepto está incluido en la ley chilena actual, en la cual los prestadores tienen la obligación legal y ética de asegurar que la OC no obstaculice el acceso de las mujeres a una atención de alta calidad y sin prejuicios.⁴

El personal académico clínico de las universidades laicas —pero no el de las religiosas— expresó su preocupación de que la OC podría limitar el acceso de las mujeres a los abortos, particularmente cuando no hay suficiente personal para realizarlos. Sin embargo, en la evaluación más reciente, que se realizó en junio de 2018, el 5% de los 66 hospitales públicos habilitados para proporcionar abortos en Chile no tenían obstetras-ginecólogos dispuestos a realizar un aborto para salvar la vida de una mujer;²⁸ estos tres hospitales prestan servicios a comunidades marginadas de bajos ingresos y, en algunos casos, son el único hospital cercano. En su análisis de la OC en la Ciudad de México, Ortíz-Millán argumentó que la OC para la atención del aborto debe ser regulada porque su uso generalizado ejerce una presión indebida sobre los prestadores de servicios de aborto dispuestos y, en particular, limita el acceso para las mujeres de menores ingresos.³⁷ Se ha documentado un impacto negativo similar de la OC en el acceso al aborto en Italia, que fue sancionado por el Comité Europeo de Derechos Sociales en 2014 y 2016 por no garantizar el acceso de las mujeres a la atención del aborto.^{38,39}

Si bien los médicos pueden invocar la OC al aborto por razones distintas de la conciencia (ej., como una forma de manejar la confusión acerca de la ley, altas cargas de trabajo, salarios bajos y estigma⁴⁰), el personal académico clínico de nuestro estudio no expresó que invocaría a la OC por estas razones. Ahora que la ley ha estado vigente por algunos años, se necesita investigación para examinar si estos factores juegan un papel en la negativa de los prestadores chilenos a realizar abortos. Un estudio que comparó la experiencia del estigma en España con la en Italia, encontró que los médicos españoles que realizaron los abortos después de 14 semanas —legales únicamente por razones médicas— eran menos propensos a invocar la OC, dado que las causales de salud reducen de cierto modo el estigma social del aborto.⁴¹ En Chile, dadas las pocas causales en las que el aborto está permitido legalmente (para salvar la vida de la mujer, inviabilidad fetal y violación), la prestación de servicios de aborto podría no ser tan estigmatizada.

Limitaciones y fortalezas

Nuestro estudio tiene varias limitaciones. Su nivel de generalización se limita al personal académico clínico que imparte enseñanza en el centro urbano de Santiago; si bien la mayoría de las escuelas de medicina y partería chilenas se encuentran allí, el personal académico de Santiago podría tener opiniones diferentes sobre el aborto que las del personal que trabajan fuera de la capital del país. Además, mientras que capturamos una variedad de perspectivas del personal académico clínica que trabaja en universidades tanto laicas como religiosas, nuestra muestra podría no ser representativa de todo el personal académico que dan clases y trabajan en estas instituciones y sus hospitales. Además, es posible que las personas que apoyan el aborto hayan tenido más probabilidades de participar en nuestro estudio. Entrevistamos a los profesores-prestadores sobre

la OC durante el período en el que la reforma legal estaba siendo aprobada. Conforme los prestadores de servicios tratan a las pacientes que buscan un aborto legal bajo la ley actual, su apoyo a la OC podría cambiar. La principal fortaleza de este estudio es que obtuvimos perspectivas de miembros del personal académico clínico de universidades tanto laicas como religiosas, que representan un amplio rango de las universidades en Santiago que ofrecen títulos en medicina y partería.

CONCLUSIONES

Nuestros hallazgos tienen implicaciones significativas para los programas de formación médica y de partería en Chile, así como en otros países de América Latina. Es posible que se requieran ajustes a estos programas para garantizar que los futuros profesionales de la salud tengan una base ética sólida que les haga conscientes de su responsabilidad de priorizar las necesidades de atención médica de sus pacientes, incluidas sus necesidades de los servicios de aborto oportunos, de alta calidad y sin prejuicios. Estos programas deben centrarse en las implicaciones éticas de negar a las personas la atención del aborto, y evaluar si los prestadores podrían recurrir a la OC por razones distintas de la conciencia —como las de evitar el estigma, el acoso, el desgaste y el agotamiento— que a veces acompañan la prestación del aborto. Dada la posibilidad de que la OC se invoca extensivamente bajo la ley chilena, las universidades y su personal académico clínico deben fortalecer los sistemas de capacitación y apoyo dirigidos a los futuros prestadores potenciales de servicios de aborto, para que más proveedores estén dispuestos a atender a las mujeres que necesitan esos servicios.

Descubrimos que el personal académico clínico, independientemente de sus puntos de vista sobre el aborto, generalmente apoya el uso de OC en la atención de aborto y que el concepto de OC en dicha atención aún no está lo suficientemente desarrollado para ocasionar preocupaciones sobre el acceso —ni siquiera se incluye comúnmente en los planes de estudios médicos y de partería—. El fuerte apoyo entre el personal académico clínico de universidades religiosas para permitir que todos los involucrados en la atención de aborto, a nivel de la institución, invoquen el estatus de objetor incluso si eso limita el acceso al aborto, plantea preocupaciones sobre si los estudiantes en Chile están recibiendo la capacitación adecuada para brindar la atención de aborto legal. Las investigaciones futuras deben monitorear de cerca si las prácticas y regulaciones actuales de OC en Chile están garantizando el acceso de las mujeres a servicios de aborto oportunos y seguros.

REFERENCIAS

1. Moskos CC y Chambers JW, II, eds., *The New Conscientious Objection: from Sacred to Secular Resistance*, Nueva York: Oxford University Press, 1993.
2. Wicclair MR, *Conscientious Objection in Health Care: an Ethical Analysis*, Nueva York: Cambridge University Press, 2011.
3. Chavkin W, Leitman L y Polin K for Global Doctors for Choice, *Conscientious objection and refusal to provide reproductive health-*

- care: a White Paper examining prevalence, health consequences, and policy responses, *International Journal of Gynaecology & Obstetrics*, 2013, 123(Suppl. 3):S41–S56, [http://dx.doi.org/10.1016/S0020-7292\(13\)60002-8](http://dx.doi.org/10.1016/S0020-7292(13)60002-8).
4. Montero A y Villarroel R, A critical review of conscientious objection and decriminalisation of abortion in Chile, *Journal of Medical Ethics*, 2018, 44(4):279–283, <http://dx.doi.org/10.1136/medethics-2017-104281>.
5. Truong M y Wood S, *Unconscionable. When Providers Deny Abortion Services*, Nueva York: International Women's Health Coalition y Mujer y Salud Uruguay, 2018.
6. Fleming V et al., Conscientious objection to participation in abortion by midwives and nurses: a systematic review of reasons, *BMC Medical Ethics*, 2018, 19(1):31, <http://dx.doi.org/10.1186/s12910-018-0268-3>.
7. Awoonor-Williams JK et al., Prevalence of conscientious objection to legal abortion among clinicians in northern Ghana, *International Journal of Gynaecology & Obstetrics*, 2018, 140(1):31–36, <http://dx.doi.org/10.1002/ijgo.12328>.
8. Keogh LA et al., Conscientious objection to abortion, the law and its implementation in Victoria, Australia: perspectives of abortion service providers, *BMC Medical Ethics*, 2019, 20(1):11, <http://dx.doi.org/10.1186/s12910-019-0346-1>.
9. Diniz D, Madeiro A y Rosas C, Conscientious objection, barriers, and abortion in the case of rape: a study among physicians in Brazil, *Reproductive Health Matters*, 2014, 22(43):141–148, [http://dx.doi.org/10.1016/S0968-8080\(14\)43754-6](http://dx.doi.org/10.1016/S0968-8080(14)43754-6).
10. Entidad de las Naciones Unidas para la igualdad de género y el empoderamiento de la mujer, Comité para la eliminación de la discriminación contra la mujer, Recomendación General 24: derecho a la salud, 1999, <https://www.un.org/womenwatch/daw/cedaw/recommendations/recomm-sp.htm>.
11. International Network for Economic, Social & Cultural Rights, General observation No. 22 (2016) on the right to sexual and reproductive health, 2016, <https://www.escr-net.org/resources/general-comment-no-22-2016-right-sexual-and-reproductive-health>.
12. Consejo de Europa, Processed complaints. No. 99/2013: Federation of Catholic family associations in Europe, (FAFCE) v. Suecia, 2015, <https://www.coe.int/en/web/european-social-charter/processed-complaints/-/assetpublisher/5GEFkjmH2bYG/content/no-99-2013-federation-of-catholic-family-associations-in-europe-fafce-v-sweden?inheritRedirect=false>.
13. Coppola F et al., Conscientious objection as a barrier for implementing voluntary termination of pregnancy in Uruguay: gynecologists' attitudes and behavior, *International Journal of Gynaecology & Obstetrics*, 2016, 134(Suppl. 1):S16–S19, <http://dx.doi.org/10.1016/j.ijgo.2016.06.005>.
14. Stifani BM, Couto M y López Gómez A, From harm reduction to legalization: the Uruguayan model for safe abortion, *International Journal of Gynaecology & Obstetrics*, 2018, 143(Suppl. 4):45–51, <http://dx.doi.org/10.1002/ijgo.12677>.
15. Cabal L, Olaya MA y Robledo VM, Striking a balance: conscientious objection and reproductive health care from the Colombian perspective, *Health and Human Rights*, 2014, 16(2):E73–E83, <https://www.hhrjournal.org/2014/09/striking-a-balance-conscientious-objection-and-reproductive-health-care-from-the-colombian-perspective/>.
16. CADEM Plaza Pública, *Discusiones valóricas: grado de acuerdo con el aborto*, Santiago, Chile, 2015.
17. Stulberg DB et al., Obstetrician-gynecologists, religious institutions, and conflicts regarding patient-care policies, *American Journal of Obstetrics and Gynecology*, 2012, 207(1):73e1–5, doi:10.1016/j.ajog.2012.04.023.
18. Radio Cooperativa y Universidad Central, *Encuesta Cooperativa Imaginación*, Santiago, Chile: Universidad Central, 2015, http://encuesta.cooperativa.cl/temas/site/artic/20150908/asocfile/20150908101314/presentaci_n_encuesta_8_de_septiembre.pdf.
19. Corporación Humanas, *Realidad del aborto en Chile: revisión información estadística, agosto 2018*, Santiago, Chile: Corporación Humanas, 2018, <http://www.humanas.cl/realidad-del-aborto-en-chile-revision-de-informacion-estadistica-agosto-de-2018/>.
20. Hospital San José realiza primer aborto legal en Chile a menor de 12 años víctima de una violación, *El Mostrador*, 13 de febrero, 2018.
21. Top Universities, *Latin America rankings*, 2018, 2019, <https://www.topuniversities.com>.
22. Leiva L, Estudiantes de la UC inician plebiscito para fijar postura frente a aborto en tres causales y objeción de conciencia institucional, *La Tercera*, 11 de septiembre, 2017.
23. Biggs MA et al., Future health providers' willingness to provide abortion services following decriminalisation of abortion in Chile: a cross-sectional survey, *BMJ Open*, 2019, 9(10):e030797, <http://dx.doi.org/10.1136/bmjopen-2019-030797>.
24. Baba CF et al., Medical and midwifery student attitudes toward moral acceptability and legality of abortion, following decriminalization of abortion in Chile, *Sexual & Reproductive Healthcare*, 2020, 24:100502, <http://dx.doi.org/10.1016/j.srhc.2020.100502>.
25. Ramm A et al., "Obviously there is a conflict between confidentiality and what you are required to do by law": Chilean university faculty and student perspectives on reporting unlawful abortions, *Social Science & Medicine*, 2020, 261:113220, doi:10.1016/j.socscimed.2020.113220.
26. Consejo Nacional de Educación [Chile], *Índices base de datos: matrícula 2005–2018*, 2019, <https://www.cned.cl/bases-de-datos>.
27. Glaser BG y Strauss AL, *The Discovery of Grounded Theory: Strategies for Qualitative Research*, New Brunswick, NJ, EEUU: Aldine Transaction, 2006.
28. Corporación Humanas, Implementación de la ley No. 21.030 que regula la despenalización de la interrupción voluntaria del embarazo en tres causales, Corporación Humanas: Santiago, Chile, 2018.
29. Díaz Olavarrieta C et al., Twelve years after abortion decriminalization in Mexico City: Can we still remain an island of liberties? *Best Practice & Research Clinical Obstetrics & Gynaecology*, 2020, 62:63–78, <http://dx.doi.org/10.1016/j.bpobgyn.2019.07.009>.
30. Steinauer J y Freedman L, Institutional religious policies that follow obstetricians and gynecologists into practice, *Journal of Graduate Medical Education*, 2017, 9(4):447–450, <http://dx.doi.org/10.4300/JGME-D-17-00376.1>.
31. Lamb C, Conscientious objection: understanding the right of conscience in health and healthcare practice, *New Bioethics*, 2016, 22(1):33–44, <http://dx.doi.org/10.1080/20502877.2016.1151252>.
32. Confederación Internacional de Matronas, Código Deontológico Internacional para Matronas, La Haya, Países Bajos, 2008, <https://www.internationalmidwives.org/es/nuestro-trabajo/pol%C3%ADtica-y-pr%C3%A1ctica/c%C3%B3digo-deontol%C3%B3gico-internacional-para-matronas.html>.
33. Federación Internacional de Ginecología y Obstetricia (FIGO), Society of Obstetricians and Gynaecologists of Canada, International joint policy statement: FIGO professional and ethical responsibilities concerning sexual and reproductive rights, *Journal of Obstetrics and Gynaecology Canada*, 2004, 26(12):1097–1099, 1105–1107, [http://dx.doi.org/10.1016/S1701-2163\(16\)30439-X](http://dx.doi.org/10.1016/S1701-2163(16)30439-X).
34. Cook RJ, Dickens BM y Fathalla MF, *Reproductive Health and Human Rights: Integrating Medicine, Ethics, and Law*, Oxford: Clarendon Press, 2003.
35. FIGO Committee for the Study of Ethical Aspects of Human Reproduction and Women's Health, *Ethical Issues in Obstetrics and Gynecology*, Londres: FIGO, 2012, <https://www.glowm.com/pdf/English%20Ethical%20Issues%20in%20Obstetrics%20and%20Gynecology.pdf>.
36. American Medical Association (AMA), Code of medical ethics overview, Chicago, IL: AMA, 2012, <https://www.ama-assn.org/delivering-care/ethics/code-medical-ethics-overview>.

37. Ortiz-Millán G, Abortion and conscientious objection: rethinking conflicting rights in the Mexican context, *Global Bioethics*, 2017, 29(1):115, <http://dx.doi.org/10.1080/11287462.2017.1411224>.

38. Bo M, Zotti CM y Charrier L, Conscientious objection and waiting time for voluntary abortion in Italy, *European Journal of Contraception & Reproductive Health Care*, 2015, 20(4):272–282, <http://dx.doi.org/10.3109/13625187.2014.990089>.

39. Chavkin W, Swerdlow L y Fifield J, Regulation of conscientious objection to abortion: an international comparative multiple-case study, *Health and Human Rights*, 2017, 19(1):55–68.

40. Harris LF et al., Conscientious objection to abortion provision: why context matters, *Global Public Health*, 2018, 13(5):556–566, <http://dx.doi.org/10.1080/17441692.2016.1229353>.

41. De Zordo S, From women's 'irresponsibility' to foetal 'patienthood': obstetricians-gynaecologists' perspectives on abortion and its stigmatisation in Italy and Cataluña, *Global Public Health*, 2018, 13(6):711–723, <http://dx.doi.org/10.1080/17441692.2017.1293707>.

Agradecimientos

Este trabajo fue apoyado por una subvención de la Universidad de California, San Francisco, el National Center of Excellence in Women's Health y una fundación anónima. Su contenido es responsabilidad exclusiva de las autoras y no representa necesariamente las opiniones oficiales de los patrocinadores.

Contacto de la autora: antonia.biggs@ucsf.edu