

“OBJECCIÓN DE CONCIENCIA” EN CIFRAS

Datos de Uruguay al 2021

Hoja Informativa / Octubre 2021

La ley 18.987 de interrupción voluntaria del embarazo (IVE) en su artículo 11 habilita la posibilidad de recurrir a la **objección de conciencia como excepción de no cumplimiento de la norma**, en tanto los servicios de aborto se convierten en prestación obligatoria del Sistema Nacional Integrado de Salud (SNIS). Sin embargo, esto no supone que las mujeres pierdan su derecho de acceder a un aborto cuando lo requieren y cumplen los requisitos establecidos por la norma.

El uso abusivo de la objeción de conciencia o la falta de recursos humanos no objetores en el territorio no pueden constituirse en barreras de acceso. En ese sentido, la falta de control riguroso de la regulación de la objeción de conciencia, el alto porcentaje de profesionales que objetaron y la importante falta de datos sobre un porcentaje importante de servicios, se convierte en un problema. Uruguay ya ha sido observado por dos comités internacionales de Derechos Humanos por su alta incidencia de objeción de conciencia, y exhortado a subsanar las barreras para el acceso derivadas de esta. Por omisión del Estado no siempre se garantiza que, en caso de que algún profesional médico alegue objeción de conciencia, otro profesional no objetor de conciencia se haga cargo del procedimiento, para que un derecho no se superponga o suprima al otro. Resulta más grave cuando se asigna responsabilidad sobre el funcionamiento de los servicios a profesionales objetores¹, al no poder garantizarse un accionar sin sesgo.

Como parte de las acciones de monitoreo ciudadano realizadas desde el Observatorio Nacional en Género y Salud Sexual y Reproductiva, Mujer y Salud en Uruguay - MYSU, mediante el recurso de solicitud de información oficial (habilitado por la ley 18.381), pudo acceder a cifras oficiales sobre la **incidencia de la objeción de conciencia para la atención en aborto**. Tanto el Ministerio de Salud Pública (MSP) como la Administración de Servicios de Salud del Estado (ASSE) en el año 2021 reportaron a MYSU **porcentajes de profesionales objetores**, con cifras actualizadas hasta 2019 en el caso del MSP y hasta 2020 en el caso de ASSE.

El Comité de Expertas de La Convención sobre la Eliminación de todas las formas de Discriminación contra la Mujer (CEDAW) de Naciones Unidas, en su informe de 2016, observa con preocupación a Uruguay sobre el uso generalizado de la objeción de conciencia entre los profesionales médicos, lo que limita el acceso a los servicios de aborto sin riesgo generalizado por ley y le recomienda al Estado que *“adopte medidas para asegurar que las mujeres tengan acceso al aborto legal y cuidados posteriores e incorpore requisitos de justificación más estrictos para evitar el uso indiscriminado por parte de los profesionales médicos de su derecho de objeción de conciencia ante la realización de un aborto”* (Comité para la Eliminación de la Discriminación contra la Mujer, Observaciones finales sobre los informes periódicos octavo y noveno combinados del Uruguay², CEDAW/C/URY/CO/8-9, 25 de julio de 2016, obs. 36.)

En este mismo sentido, el Comité de Derechos Económicos, Sociales y Culturales en sus observaciones finales sobre el quinto informe periódico del Uruguay, en 2017, destacó los altos niveles de objeción de conciencia y recomendó al Estado uruguayo que *“se asegure que el ejercicio de la objeción de conciencia no sea un obstáculo para que las mujeres tengan acceso a servicios de salud sexual y reproductiva, particularmente a la interrupción voluntaria del embarazo y asegure la aplicación efectiva del “Manual de Procedimiento para el Manejo Sanitario de la Interrupción Voluntaria del Embarazo” mencionado por la delegación”* (Comité de Derechos Económicos, Sociales y Culturales, Observaciones finales sobre el quinto informe periódico del Uruguay³, E/C.12/URY/CO/5, 20 de julio de 2017, obs. 51, b.)

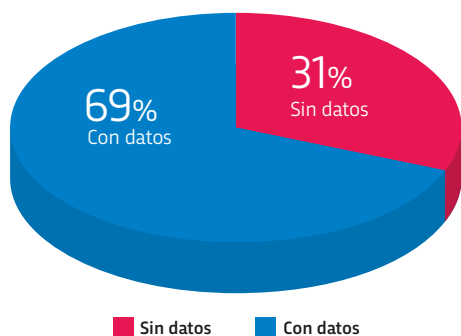
1. <https://www.m24.com.uy/encargada-del-equipo-coordinador-referente-de-salud-sexual-y-reproductiva-de-la-rap-del-area-metropolitana-es-publicamente-antiaborto-dijo-lilian-abracinskas-directora-de-mys>
2. <https://bit.ly/3DRmdaP>
3. <https://bit.ly/2Z2BFSx>

¿Cuál es el impacto de la objeción de conciencia en los servicios de Interrupción Voluntaria del Embarazo?

El MSP respondió ante solicitud del Observatorio de MYSU con información sobre el porcentaje de ginecólogos que, por declararse objetores de conciencia, no realizan los procedimientos previstos en la ley de IVE. Se solicitaron datos de 2019 y 2020, sin embargo, en la respuesta recibida "Se informan los porcentajes de objetores de conciencia, discriminados por prestador de salud, correspondientes al 2019, según la información brindada por los referidos prestadores". Desde el MSP no se sistematizaron los del último año, a pesar que cada institución proveedora del SNIS, por declaración jurada, debe elevar esta información anualmente a la autoridad sanitaria. De los 81 servicios sobre los que el MSP ha reportado, **no hay datos sobre ginecólogos objetores en 25 de ellos, 31% del total**. De estos 25 servicios de aborto, 21 son de ASSE, o sea, públicos.

No se cuenta con información oficial sobre objeción de conciencia para 1 de cada 3 servicios.

DISTRIBUCIÓN DE SERVICIOS DE ABORTO LEGAL SEGÚN SI SE CUENTA O NO CON DATOS OFICIALES DE OBJECCIÓN DE CONCIENCIA. AÑO 2019 (N=81)



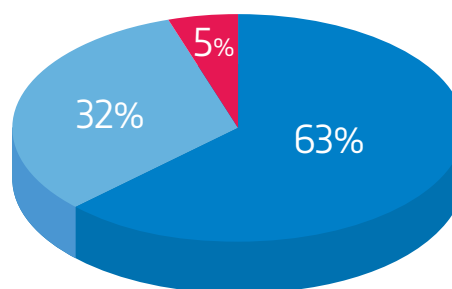
Fuente: Elaboración propia en base a información proporcionada por el Ministerio de Salud Pública, a través de solicitud de acceso a la información realizada por MYSU en junio de 2021.

Las cifras oficiales sobre objeción de conciencia son muy preocupantes, incluso siendo incompletas y desactualizadas. **Cerca del 5% (3) de los servicios de aborto tienen un 100% de objetores**, es decir, las mujeres deben ser derivadas a otros centros para poder recibir el servicio. En el 32% (18) de ellos, o sea 1 de cada 3, hay entre 50% y 99% de ginecólogos objetores. Sólo el 63% de los servicios tiene menos del 50% de objetores de conciencia. Cabe destacar que en muchos casos, esto supone uno o dos profesionales sosteniendo servicios para todo un departamento, como es el caso de Rivera.

De los 81 servicios legales de aborto (públicos o privados), sólo 56 tienen información reportada y sistematizada por el MSP, y solamente 35 cuentan con menos del 50% de profesionales objetores.

Los servicios que presentan el 100% de los profesionales objetores de conciencia son los hospitales de ASSE en Cerro Largo (Melo), Colonia (Colonia del Sacramento) y Soriano (Mercedes).

DISTRIBUCIÓN DE PORCENTAJES DE OBJECCIÓN DE CONCIENCIA EN LOS SERVICIOS DE ABORTO LEGAL. AÑO 2019 (N=56)



■ De 0 a 49% de ginecólogos objetores
■ De 50 a 99% de ginecólogos objetores
■ 100% de ginecólogos objetores

Fuente: Elaboración propia en base a información proporcionada por el Ministerio de Salud Pública, a través de solicitud de acceso a la información realizada por MYSU en junio de 2021.

A su vez, **la confidencialidad de la nómina de profesionales objetores** por resolución del Tribunal de lo Contencioso-Administrativo⁴ (TCA) y los mecanismos de relevamiento que el MSP ha diseñado⁵, tiene como consecuencia que **ni las propias autoridades sanitarias conocen quiénes son los profesionales que rechazan brindar servicios por razones de conciencia**. Esto resulta de alarma en tanto la JUNASA confirma que **"no existe posibilidad metodológica de chequear si un profesional es objetor en una institución y no lo es en otra"**, situación abiertamente prohibida por la ley IVE⁶.

"La objeción de conciencia como su revocación, realizada ante una institución, determinará idéntica decisión respecto a todas las instituciones públicas o privadas en las que el profesional preste servicios" (Ley 18.987, artículo 11, inciso 3°.)

4. <https://www.mysu.org.uy/wp-content/uploads/2012/10/FALLO-TCA.pdf>

5. <https://mysu.org.uy/que-hacemos/observatorio/normativas/ley-decreto-y-ordenanza/ordenanzas-ministeriales-no-243016-247016-y-366016-marco-normativo-sobre-ive-pos-fallo-del-tca/>

6. Ley 18.987, artículo 11.

Por más que la ley habilite este estado de excepción, esto no supone vía libre para obstaculizar la implementación de los servicios o eximirse de responsabilidades con criterios arbitrarios como la objeción en un prestador y otro no. Si las autoridades no conocen quiénes son los objetores y no tienen ningún mecanismo de chequeo interno, aun cuando se busque el resguardo de la confidencialidad, no existen garantías para el debido cumplimiento de la ley.

El fallo del TCA hace una interpretación amplia del recurso de la objeción de conciencia, definiéndose también para los ámbitos del asesoramiento y otro tipo de consultas previas a la receta de medicación abortiva o intervención médica de otro tipo. La ordenanza N° 274/016 de MSP⁷ establece así **la posibilidad de “objeción parcial”**, determinando que profesionales de la ginecología puedan **objetar a distintas etapas de la ruta IVE** (IVE 1 - consulta inicial, IVE 2 - consulta con equipo interdisciplinario, IVE 3 - ratificación de la intención de interrumpir y procedimiento concreto). Se establece que no se puede objetar la IVE 4, **habilitando a profesionales objetores a intervenir en consultas pos-aborto.**

Tanto el MSP como ASSE declaran no tener un registro de objetores parciales, por tanto, no se cuenta con información respecto a la incidencia de la objeción de conciencia en sus distintas modalidades.

Inconsistencias en las cifras

Si bien las cifras reportadas por ASSE y el MSP refieren a años diferentes, **se registran inconsistencias entre los porcentajes reportados por una institución y por otra.** Resulta difícil imaginar que, en contexto de pandemia por COVID-19, las nóminas de profesionales de la ginecología hayan sufrido cambios a la interna de los servicios públicos que se traduzcan en variaciones sustantivas en el número de profesionales objetores y no objetores para cada unidad asistencial de ASSE.

La metodología de registro utilizada por los dos organismos públicos es poco clara. Un hecho que llama la atención es que de los 49 servicios de IVE enumerados, 18 no aparecen en los informes de ASSE, y uno no aparece en los informes de MSP. **En total, hay 19 servicios (38,8%) que no figuran en alguno de los dos reportes.** Solamente un caso no figura en

la información provista por el MSP (no se reporta información para el Hospital Departamental de Rocha), mientras que el resto son unidades asistenciales no reportadas por ASSE. La ausencia de datos sobre hospitales es de especial alarma, no hay información para 12 de 25 hospitales en alguna de las dos respuestas a las solicitudes de información realizadas por MYSU, lo que equivale al 48% del total.

Del total de 49 servicios, **hay consistencia en 14,3% lo que representa solamente 7 casos.** En uno de ellos, existe un porcentaje, en el resto de los casos, **la coincidencia es que no se registran datos.**

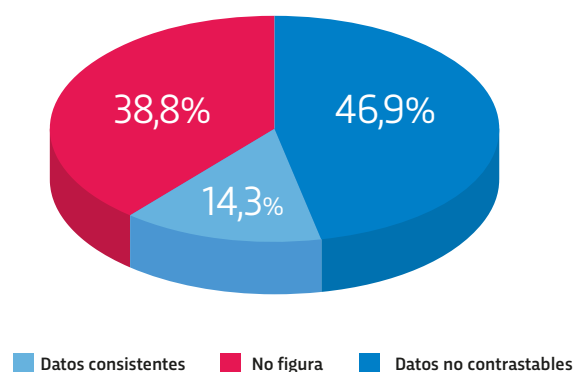
Para la mayoría de los casos (46,9%) no se pueden contrastar los datos fácilmente **registrándose diferencias que van desde variaciones porcentuales mínimas hasta diferencias de 50%.**

4 de cada 10 servicios no figuran en alguna de las respuestas institucionales.

Solamente el 14,3% de los servicios registran valores consistentes entre ASSE y el MSP.

La mayoría de los casos (46,9%) resultan incontrastables.

COMPARATIVO DATOS E OBJETORES DE CONCIENCIA MSP (2019) Y ASSE (2020) N=49



Fuente: Elaboración propia en base a solicitudes de información elevadas por MYSU ante el MSP y ASSE en 2021.

7. <https://www.mysu.org.uy/wp-content/uploads/2016/09/IVE-Ordenanza-N%c2%ba-247-1.pdf>

Reflexiones finales

Las debilidades del sistema de información oficial sobre aborto, incluyendo las cifras sobre incidencia de la objeción de conciencia, representan un problema para evaluar debidamente el funcionamiento de los servicios legales de aborto y garantizar efectivamente que se cumpla con aquello que establecen las normas.

Las cifras son incompletas, están desactualizadas o presentan inconsistencias de una institución a otra, poniendo en cuestión las herramientas utilizadas para la construcción de las mismas, y la capacidad de rectoría de las autoridades sanitarias frente a posibles barreras derivadas del uso abusivo de la objeción de conciencia. **Las metodologías y criterios de relevamiento y sistematización de la información no deberían ser inconsistentes o contradictorios entre instituciones**, en especial en aquellas que integran los servicios públicos.

La confidencialidad del registro de profesionales objetores impuesta por el TCA no puede significar que el Ministerio de Salud Pública en tanto ente responsable del Estado en las políticas públicas en salud, no conozca con cuántos recursos humanos cuenta para la implementación de servicios impuestos por una ley. También es inexcusable que no tenga debido control en la distribución de dichos recursos en el territorio y si son los requeridos para garantizar acceso universal, calidad de la atención y debido cumplimiento de las guías clínicas y protocolos en un campo tan sensible como lo es el de la salud sexual y reproductiva.

El valor de la confidencialidad de la nómina de objetores no puede recaer en la naturaleza de declaración jurada de los reportes presentados por las direcciones técnicas de los prestadores de salud del SNIS, elaborados sobre los formularios individuales de cada profesional. **El MSP debería ser el contralor final para cotejar que no haya un uso abusivo del recurso de objeción por parte del profesional o no haya inconsistencias en las declaraciones juradas de las instituciones proveedoras de servicios.**

Por otro lado, habiéndose identificado que profesionales que rechazan atender abortos por sus creencias personales habrían sido designados a cargo de los equipos referenciales de SSR que incluyen IVE en los servicios públicos, cabe preguntarse si podrían desempeñar la tarea sin sesgo. ¿Cómo se le garantiza a la población usuaria que no verán obstaculizado el acceso o la interferencia en el proceso?

Las inconsistencias en los datos y la información deficiente sobre la universalidad en el acceso y la calidad de la respuesta en función de los requerimientos, ponen en evidencia que no se ha priorizado mejorar los sistemas de registros. De no hacerlo, el SNIS no podrá subsanar los obstáculos en la atención en aborto ni tendremos una política de salud sexual y reproductiva basada en evidencia.