

OBJECCIÓN DE CONCIENCIA Y COMPLEMENTARIEDAD TERAPÉUTICA EN PACIENTES Y PROFESIONALES DE LA SALUD DEL GRAN BUENOS AIRES, ARGENTINA

REVISTA ARGENTINA DE MEDICINA

ISSN 2618-4311

Buenos Aires

Irrazábal G, Olmos Álvarez AL. Objeción de conciencia y complementariedad terapéutica en pacientes y profesionales de la salud del Gran Buenos Aires, Argentina. *Rev Arg Med* 2021;9(3):249-257

ARK CAICYT: <http://id.caicyt.gov.ar/ark:/s26184311/pqfs9ts08>

Recibido: 9 de agosto de 2021.

Aceptado: 2 de septiembre de 2021.

¹ CEIL, Conicet.

² UNDAV, Conicet.

CONSCIENTIOUS OBJECTION AND THERAPEUTIC COMPLEMENTARITY IN PATIENTS AND HEALTH CARE PROFESSIONALS OF GREATER BUENOS AIRES, ARGENTINA

Gabriela Irrazábal,¹ Ana Lucía Olmos Álvarez²

RESUMEN

En este artículo trabajaremos con procesos de articulación entre salud y creencias a partir de dos actores del campo de la salud: los pacientes y los profesionales. A partir de los primeros abordaremos las que denominamos *articulaciones positivas*, efectuadas por determinadas personas y para un momento biográfico específico: embarazadas y padres de recién nacidos internados en la unidad de cuidados intensivos. En el caso de los profesionales, identificamos en el ejercicio cotidiano de su práctica profesional articulaciones negativas inscriptas dentro de la figura de la objeción de conciencia. Desde metodologías cualitativas y a partir del método comparativo, ofrecemos algunas conclusiones relacionadas con la necesidad de considerar la diversidad sociocultural de nuestras sociedades para generar espacios de atención a la salud respetuosos de las cosmovisiones y los derechos de los pacientes, así como espacios de resolución de situaciones de objeción de conciencia a título individual, sin perjudicar derechos de terceros.

PALABRAS CLAVE. Religión, creencias, objeción de conciencia, bioética, medicina.

ABSTRACT

In this article we will work on articulation processes between health and beliefs based in two health care groups: patients and professionals. From the first group we will approach what we call positive articulations made by certain people and for a specific biographical moment: pregnant women and parents of newborns admitted to the intensive care unit. In the case of health care professionals, we identify negative articulations inscribed within the concept of conscientious objection in their daily exercise of professional practice. From qualitative methodologies and from the comparative method, we offer some conclusions related to the need to consider the sociocultural diversity of our societies in order to generate spaces for health care that respect all world views and the right of patients and spaces for resolving situations of conscientious objection on an individual basis, without damaging the rights of third parties.

KEY WORDS. Religion, beliefs, conscientious objection, bioethics, medicine.

Las autoras manifiestan no poseer conflictos de intereses.

CONTACTOS PARA CORRESPONDENCIA

Correo electrónico. Gabriela Irrazábal:
gabriela.irazabal@gmail.com.

Ana Lucía Olmos Álvarez: analuciaolmos@gmail.com

Introducción

Desde las ciencias sociales, las vinculaciones entre salud y creencias se han abordado, principalmente, desde dos perspectivas: una que centra la atención en los vínculos entre cultura y enfermedad, y otra que se enfoca en lo religioso-espiritual (1).

Desde la primera óptica, se concibe el campo del cuidado de la salud de manera dinámica, compuesto por una pluralidad de sistemas médicos y procesos de combinación por parte de los actores sociales. Procesos no exentos de negociaciones, disputas y atribución de valor y eficacias diferenciales. En este contexto, y desde la perspectiva de las y los usuarios, se señaló que la atención de la salud se efectúa por medio de la interacción terapéutica de diversos sistemas que buscan prevenir, tratar, controlar y/o curar un padecimiento determinado (2). En estos sistemas se distinguen la biomedicina; las medicinas tradicionales, religiosas, alternativas, y por último, el autotratamiento. Esta clasificación amplía la división introducida por la Organización Mundial de la Salud entre medicinas tradicionales y medicinas alternativas/complementarias¹.

La biomedicina se refiere a la medicina alopática y a las psicoterapias, consideradas también como modelo médico hegemónico (MMH), en gran parte de las sociedades modernas y adoptada por entidades gubernamentales para la gestión de la salud. Las tradicionales son el shamanismo y curanderismo. Esta última sintetiza antiguos saberes biomédicos con saberes y prácticas de tradición popular y son reconfigurados constantemente para adaptarse al contexto. Las medicinas o curas religiosas incluyen nociones y prácticas realizadas en cultos y rituales colectivos e individuales tanto en los espacios institucionales como en atenciones de especialistas; están destinadas a la sanación corporal y espiritual de los usuarios. Continúa la clasificación con las medicinas alternativas/complementarias (MAC) difundidas a través del proceso de transnacionalización, engloban a las terapias ligadas al *new age* como el reiki, la reflexología, la medicina ayurvédica, la aromaterapia y la acupuntura, y no integran la biomedicina. Es preciso señalar que la Organización Mundial de la Salud (OMS) ha documentado la creciente utilización de estas medicinas como un fenómeno global, y apoya su incorporación en los sistemas de salud en los distintos contextos nacionales, atendiendo a sus realidades socio-culturales y siguiendo criterios de uso racional y seguro. La última categoría, el autotratamiento, constituye la primera opción terapéutica en la inmensa mayoría de las so-

ciudades. Puede suponer la autoprescripción de fármacos de laboratorio y remedios vernáculos caseros y también los tratamientos de índole diversa como la acción consciente de *no hacer nada*.

La cantidad de medicinas combinadas, recurrir a la totalidad de la oferta terapéutica o sólo a algunas de ellas se vincula con diferencias culturales, sociales y económicas. Dentro de estos procesos, son relevantes también las redes de sociabilidad –tanto cara a cara como virtuales–, ya que expondrán a los actores a una gama amplia de información y valores. Estas interacciones permiten conocer narrativas alternativas sobre la vida con una enfermedad, la gestión del cuerpo enfermo o del acceso a la salud y a la vez garantizan la eficacia y legitimidad de otras alternativas médicas.

Desde el segundo campo de trabajo se ha puesto la mirada en las prácticas y dispositivos terapéuticos vinculados a distintas ontologías religiosas (1). Hallamos investigaciones que, atentas a los cruces entre religión, salud y politicidad, indagaron las intervenciones en el debate público en torno a la gestión de la salud y del cuerpo en nombre de diversas confesiones religiosas, dando lugar a la conformación de activismos político-religiosos (3-6). En esta línea, diversos análisis evidencian que las religiones son consideradas una voz autorizada en materia de salud e integran un espacio de intercambio entre actores religiosos, médicos y científicos donde se discuten temas sobre sexualidades y reproducción, especialmente anticoncepción, aborto y fertilización asistida (7,8).

Según datos de la Encuesta Nacional de Creencias y Actitudes Religiosas en Argentina efectuada en 2019 por el CEIL Conicet (9), los momentos en los cuales las y los argentinas creyentes acuden a Dios se vinculan con el sufrimiento (46,3%); la necesidad de una ayuda específica (30,9%) y completa la terna, el momento de reflexionar sobre el sentido de la vida (12,8%). En este estudio se afirma que las personas que manifestaron haber sufrido algún padecimiento de salud (4 de cada 10 personas)² suelen recurrir a los especialistas religiosos y a curanderos aunque sin dejar de consultar al sistema biomédico (10).

Ahora bien, resta preguntarnos sobre cómo las organizaciones seculares, particularmente los hospitales, negocian y gestionan la constelación heteróclita y dinámica de creencias y prácticas religioso-espirituales presentes en la sociedad, si bien esta constelación está marcada por una cultura cristiana de largo aliento.

En este sentido, se han desarrollado análisis que centran su atención en la adecuación (o no) de las instituciones públicas a la creciente diversidad religiosa, y en cómo este pluralismo

¹ OMS. *Estrategia de la OMS sobre medicina tradicional 2002-2005*. Ginebra: Organización Mundial de la Salud; 2002.

² Las enfermedades más declaradas en la Encuesta Nacional de Creencias y Actitudes Religiosas son alergias y/o problemas en la piel (44,6%), afecciones como culebrilla, pata de cabra, empacho y/o mal de ojo (35,3%), depresión y/o problemas psiquiátricos (29,4%), y adicciones (18,2%). En menor medida, se manifiesta haber atravesado dificultades o imposibilidad para tener hijos (9,2%) y, por último, cáncer (5,7%), según Catoggio, Baran y Irazábal (10) basados en (9).

pone en cuestión el propio funcionamiento de estas instituciones y sus distintos modelos de gestión de la diversidad religiosa (11). Asimismo y para distintos contextos socioculturales, se ha puesto el foco en los estudios de capellanías en contextos sanitarios, entendiendo a los capellanes como proveedores de confort espiritual, compasión y esperanza mediante servicios espirituales a quienes habitan o trabajan en el marco de instituciones seculares como establecimientos de salud (12) y prisiones (13). La creciente diversidad religiosa de la población argentina no se encuentra reflejada en la gestión y organización de la asistencia espiritual en el sistema sanitario (12) y surgen tensiones en la práctica asistencial en cuestiones relativas a tratamientos contrarios a creencias religiosas, la solicitud de terapias alternativas y las restricciones alimentarias por motivos religiosos (2,12). En relación con las tensiones en la práctica asistencial, tanto el rechazo a tratamientos por parte de pacientes como la negación a realizar algunas prácticas de los profesionales de la salud suelen acarrear discusiones de objeción de conciencia. Aunque hay distintas líneas teóricas que otorgan diferentes definiciones, en general, hay acuerdo en que la objeción de conciencia implica que las personas no realicen acciones o prácticas previstas en la legislación que se oponen a sus convicciones éticas o religiosas (14).

Los trabajos académicos sobre objeción de conciencia en América Latina se focalizan en analizar su dimensión jurídica, sus límites, sus diversos aspectos regulatorios y análisis jurisprudenciales (15). Además, existe bibliografía sobre la objeción de conciencia frente al aborto desde la perspectiva bioética junto con trabajos que examinan los riesgos para la política sanitaria y, por último, estudios conceptuales desde la sociología y la filosofía (16). En relación con las decisiones individuales, se observan reivindicaciones de autonomía que aparecen como una tendencia propia de ciertos sectores y movimientos sociales (17) que suelen objetar cuestiones de salud aduciendo motivos religiosos (15). El debate moral y político sobre la libertad de actuar, o de abstenerse de actuar, apelando a razones referidas a la conciencia –en especial cuando hay obligaciones legales o profesionales que exigirían lo contrario– sigue siendo tema de debate.

En este artículo trabajaremos con procesos de articulación entre salud y creencias a partir de dos actores del campo de la salud: pacientes y profesionales. A partir de los primeros abordaremos las que denominamos *articulaciones positivas*, efectuadas por determinadas personas y para un momento biográfico específico: embarazadas y padres de recién nacidos internados en la unidad de cuidados intensivos. En el caso de los profesionales, identificamos en el ejercicio cotidiano de su práctica articulaciones negativas inscriptas dentro de la figura de la objeción de conciencia. A continuación, presentamos los materiales y métodos utilizados que dan sustento a este artículo. Luego, describimos las articulaciones positivas entre creencias religiosas y la biomedicina. Continuamos con las articulaciones negativas que surgen de situaciones de objeción de conciencia y, por

último, ofrecemos algunas conclusiones relacionadas con la necesidad de considerar la diversidad sociocultural de nuestras sociedades para generar espacios de atención a la salud respetuosos de las cosmovisiones y los derechos de los pacientes.

Materiales y métodos

Este artículo se basa en la combinación de estrategias de investigación dentro del paradigma interpretativo de las tradiciones cualitativas y en particular desde la etnografía y estudio de caso (18). Esta opción implica, por un lado, el estudio de representaciones sociales y significados de la salud-enfermedad-atención y, por otro, las trayectorias sociales de los actores que utilizan esos significados y representaciones para interpretar la realidad y orientar su acción. Para este artículo trabajaremos con los resultados de dos investigaciones acerca de las intersecciones entre religiones y salud o los vínculos entre el campo biomédico y el religioso espiritual en el proceso salud-enfermedad-atención en la región metropolitana de Buenos Aires. Se trata del proyecto “Creencias y salud: Articulaciones biomédicas y espirituales en el proceso de salud-enfermedad-atención en Avellaneda”, de carácter etnográfico focalizado en los procesos de articulación y complementariedad terapéutica, las formas en que se imbrican el pluralismo terapéutico y la diversidad religiosa. En su desarrollo, efectuamos observación participante en distintas instituciones de salud, entrevistas a mujeres con embarazos de riesgo y madres de prematuros y profesionales de la salud (aprobado por el Comité de Ética, resolución N° 69/2019). El segundo proyecto, “Religiones y salud. Trayectorias, representaciones y modos de intervención en el espacio público de agentes religiosos formados en bioética en el AMBA”, centró su mirada en los posicionamientos y motivaciones de los profesionales de salud ante la realización de determinadas prácticas y/o tratamientos. Para este artículo, basaremos el análisis en el resultado de diez entrevistas a mujeres usuarias del sistema de salud y a profesionales de la salud. Junto a las entrevistas individuales, tomamos material del corpus de 385 páginas resultado de seis encuentros grupales de discusión de casos específicos presentados por profesionales de la salud para discutir criterios, metodologías de trabajo y fundamentos epistemológicos sobre la toma de decisiones y la posible resolución de conflictos. Ponemos el foco en los aspectos de las entrevistas en que se registran articulaciones positivas y negativas entre las creencias y la biomedicina. Codificamos las transcripciones de las entrevistas y encuentros grupales por medio del software atlas.ti para llevar adelante el análisis de manera inductiva. Luego, lo complementamos recurriendo al método comparativo característico de las ciencias sociales (19). En este sentido, la comparación se efectúa tanto al interior de los casos relevados por cada proyecto como entre los casos de las dos investigaciones

en conjunto. Siguiendo a Nohlen (19), al aplicar el método comparativo: a) por medio de la analogía, similitud o contraste, se comprende lo hasta ahora desconocido (comparación pedagógica); b) remite a nuevos descubrimientos o resalta lo particular de cada caso (comparación heurística), y c) al acentuar precisamente la diferencia, ayuda a sistematizar (comparación sistemática) y descubrir categorías o ejes de análisis más amplios. Asimismo, quisiéramos mencionar que esta perspectiva comparativa continúa siendo desarrollada en un proyecto de reciente conjunto titulado “Ciencia y catolicismo. Perspectivas y diálogo entre Europa y Argentina en seis áreas científicas”, financiado por la Universidad de Birmingham y la Fundación Templeton en el marco de la International Research Network for the Study of Science and Belief in Society.

Siguiendo los lineamientos del método comparativo, para nuestro caso, pudimos identificar y reconstruir dos grandes patrones en la articulación entre las creencias religiosas y la biomedicina entre los pacientes y los profesionales de salud. Elegimos denominarlas *articulaciones positivas* y *articulaciones negativas*. Las primeras de ellas señalan formas de complementariedad terapéutica entre saberes y prácticas provenientes de ambos universos de sentido: la biomedicina y las creencias religiosas. Mientras que las segundas señalan tensiones y conflictos ocasionando el rechazo de ciertos tratamientos médicos por parte de los pacientes o que los profesionales de la salud se opongan a efectuar una práctica médica vulnerando incluso los derechos de terceros. A lo largo del artículo abordaremos, en primer lugar, experiencias de pacientes enmarcadas dentro de las articulaciones positivas y, luego, experiencias vinculadas con la relación pacientes-profesionales de la salud que derivan en objeciones de conciencia englobadas en las articulaciones negativas. A continuación, presentamos las articulaciones positivas.

“Esa fe que necesitaba tener”. Articulaciones positivas entre creencias religiosas y biomedicina en las experiencias de los pacientes

Para dar cuenta de la perspectiva de los pacientes nos basaremos en las experiencias de mujeres con embarazos de riesgo (corioamnionitis, preeclampsia, síndrome de HELLP, entre otras patologías) y madres de prematuros (nacidos en las semanas 24-27) con internaciones mayores a setenta días en el servicio de neonatología de hospitales públicos y privados del AMBA. Conoceremos procesos de articulación positiva entre biomedicina y creencias religioso-espirituales y la apropiación de elementos de ambos universos de sentidos.

La conjunción “embarazo de riesgo-posibilidad de parto prematuro” posicionaba a las familias en una situación en la cual el rumbo esperado, “embarazo-parto-llegada al hogar con el bebé”, comienza a resquebrajarse para dar lugar al

espacio-tiempo de la internación. A esta primera inflexión, se suma la variable de la extensión, de seguro prolongada. “Hacete a la idea de que te vas a ir de acá [neonatología] cuando hubieras tenido el bebé”, le anticiparon a una entrevistada luego de la cesárea de urgencia practicada en la semana 27 de embarazo.

Las caracterizaciones de este período conjugan la sorpresa al verse truncado el camino ideal porque “es difícil irte a casa sin tu hijo después de estar esperándolo por meses” e incertidumbre sobre el devenir. A esa mezcla se sumará la incompreensión sobre lo que sucede. En este escenario, ¿de qué maneras se dan las articulaciones?

El primer elemento por señalar es que los procesos abordados tienen lugar en instituciones organizadas por la biomedicina en tanto reguladora de saberes, roles, formas de acción y expectativas. Dada su legitimidad sociohistóricamente construida y su eficacia científicamente comprobada, los actores sociales depositan su confianza en la biomedicina para comprender los eventos que conciernen a las mujeres embarazadas como a recién nacidos internados y a la espera de indicaciones.

En un primer momento, el saber biomédico se presenta disruptivo (“un bombardeo de información”), en la boca de otros (los profesionales de la salud) y plagado de términos que refieren a características y eventos que irrumpen en el desarrollo esperado del embarazo y del nacimiento. Asociado a ello, la forma de atención estará marcada por las prescripciones indicadas por el médico y será realizada por los miembros del equipo de salud. Todas las acciones son realizadas por terceros mientras las familias se perciben como meros espectadores.

No obstante, hay una valoración de la medicina científica que se centra en el encuentro con el profesional de la salud y en las expectativas generadas por los procedimientos e intervenciones durante el embarazo y la internación. Los interlocutores destacaron y agradecieron incansablemente el saber y prácticas médicas que permitieron que tanto madres como hijos pudieran “salir” de las internaciones y estar sanos. “Sobre el criterio médico no puedo decir nada porque mi hijo está vivo y yo también”, supo decir una mamá.

Junto a las acciones inscriptas en la biomedicina, las personas recurren a las creencias para dar sentido y atravesar los episodios de malestar, sufrimiento, tratamiento. Veamos entonces cuáles son esas prácticas y qué significados y potencialidades se les asocian.

Posiblemente, la acción más difundida sea el rezo o la oración. En las salas de espera, al costado de las cunas e incubadoras, en las capillas de los hospitales, los familiares rezan para vincularse de manera directa con las figuras y seres poderosos, para establecer pactos, promesas y elevar pedidos. Una de nuestras interlocutoras señaló: “Soy católica. Yo sentí un refugio en la religión, me interesaba estar bien para mi hijo y entonces rezaba para poder calmar mi angustia antes de entrar a verlo”.

Estas acciones suelen acompañarse de rosarios, pequeñas imágenes, medallas, piedras, estampitas, que incluso desean colocar cerca de las camas, cunas e incubadoras a modo de protección. Estos objetos están “marcados”: pertenecen al orden de lo religioso-espiritual. Muchos de ellos han tenido dos tipos de contacto: uno, con personas socialmente adscriptas a poderes de sanación y cura como sanadores y chamanes, y, dos, con santos reconocidos por alguna institución o con los populares como san Ramón Nonato o el Gauchito Gil. Su rol será transmitir los efectos benéficos de esos contactos establecidos en rituales colectivos (misas o celebraciones en altares públicos) o en consultas individuales (con curanderos y sanadores). Las participaciones en uno u otro espacio conllevan el compromiso de realizar determinadas prácticas (rezos, tomas de agua bendita, uso de determinados objetos) para contribuir al restablecimiento de la salud. Tratamos aquí con actores, espacios y prácticas que se inscriben dentro de las terapias religiosas.

Podemos distinguir dos tipos de elementos: los que vehiculizan los pedidos de ayuda y los difusores de efectos taumátúrgicos. Entre los primeros figuran fotos, escarpines, llaves de casas, cartas, documentos de distinta índole, análisis y órdenes médicas, remedios. Son exhibidos durante las celebraciones para que se impregnen del poder sagrado incrementando así su capacidad curativa. Así, a la eficacia científica se añadirá otra que encuentra su potencia en el orden religioso espiritual, inaugurando un camino de complementariedad entre ambas.

Los segundos objetos transfieren los efectos taumátúrgicos. Por ejemplo, las medallas y los rosarios, el agua bendita, cintas, piedras y, también, los que antes vehiculizaban pedidos y al entrar en contacto con estos seres se embeben del potencial sanador podrán así ayudar a los enfermos que los portarán contagiándoles el poder adquirido e invocando protección como a sus familias, que participan del proceso salud-enfermedad-atención.

Una mamá que por preeclampsia atravesó una cesárea de urgencia y su hija nació a las 24 semanas, contó:

Mi mamá fue a san Ramón, dejó una intención que la leyeron en una misa. Me trajo una estampita, yo las acumulaba con las que me trajeron amigas y compañeras de trabajo. Las dejaba en la mochila para que me acompañaran.

La asistencia a un santuario, la visita a un sanador o la consulta con una mãe de santo no son hechos excluyentes. Por el contrario, son paradas en itinerarios terapéuticos mayo-

res que junto a la biomedicina incluyen estos encuentros, pedidos y promesas para proyectar, en el marco de la incertidumbre desde la cual perciben la internación, una realidad futura y alternativa. Así, se abre un abanico de opciones religiosas que cimientan un complemento espiritual al saber médico. Esta posibilidad de construir itinerarios articulando participaciones en espacios biomédicos y religiosos parte de una mirada sobre el proceso de salud-enfermedad-atención que incluye un nivel espiritual que integra la experiencia cotidiana y el sufrimiento y se extiende desde lo anímico y físico a un contexto más amplio.

Habíamos mencionado que el momento de preguntarse por el sentido de la vida constituía una de las causas de acercamiento a las creencias religiosas. Por lo tanto, no debemos soslayar el hecho de que algunas personas establezcan pactos y hagan promesas porque “ya no quedaba nada por hacer”. Llegar a la religión puede entenderse también como el destino final de los itinerarios antes mencionados y será aquel destino que cobrará valor y mostrará todo su potencial al desafiar los tiempos de los tratamientos y las certezas asociadas a la medicina científica. Cuando los médicos establecen trastornos severos, aventuran escenarios complejos o prescriben tratamientos invasivos y prolongados, abonan un terreno fértil para el “milagro” que evidencia la intervención numinosa³.

Hasta aquí hemos presentado las articulaciones positivas entre las creencias religiosas y la biomedicina. A continuación, abordaremos las articulaciones negativas a partir de las cuestiones de objeción de conciencia desde la perspectiva de los profesionales de la salud y vinculadas con la relación entre profesionales de la salud y pacientes.

Las cuestiones de objeción de conciencia. Articulaciones negativas entre creencias religiosas y biomedicina en la relación profesionales de la salud-pacientes

En la práctica cotidiana asistencial se presentan cuestiones de objeción de conciencia que ponen en evidencia la interrelación entre las creencias religiosas y la salud. Se observan particularmente estas cuestiones en la relación pacientes-profesionales de la salud. Siguiendo a Rivera Flores y Acevedo Molina (20), los pacientes pueden objetar las propuestas de tratamiento por parte de los profesionales de la salud y, asimismo, los profesionales de la salud podrían objetar las demandas de los pacientes, en especial cuando estos pedidos se contrapongan a sus creencias religiosas. Ambos tipos de objeciones, la de los profesionales de negarse a realizar una práctica establecida

³ La noción de *numinoso* proviene de Rudolf Otto, quien designa de esta manera la dimensión de lo santo que escapa a la razón, que se presenta como absolutamente heterogéneo y con poder. Es fascinante (atrayente en su exceso) y provoca emociones profundas en el creyente. Ver: Otto R. (2001-1980). *Lo santo. lo racional y lo irracional en la idea de Dios*. Madrid: Alianza.

por normativas y las de los pacientes –que se experimentan como decisiones de autonomía y libertad de conciencia, haya o no una obligación legal al respecto– requieren atención, aunque sólo suele generarse debate público cuando los profesionales se rehúsan a efectuar una práctica (20).

En los últimos años, las disputas en torno a la objeción de conciencia del personal sanitario, en la Argentina y en otros países de la región, estuvo vinculada mayoritariamente a las cuestiones de salud reproductiva, en especial, al aborto (20). A partir de 2003 en Argentina se reconoce la salud reproductiva como parte integral del derecho a la salud. En este marco, los programas de salud pública desarrollados incluían el suministro de anticonceptivos gratuitos, píldoras de emergencia o preservativos. Por este motivo, se generaron conflictos en el ámbito de la salud con profesionales que, alegando objeción de conciencia, se negaban a cumplir estas prescripciones indicadas por la autoridad sanitaria. Por otra parte, en relación con el aborto, además de los debates públicos al respecto, se conocieron numerosos casos de mujeres que no pudieron acceder al aborto legal e incluso murieron por negativa de los profesionales de la salud a realizar esas prácticas (15).

Asimismo, más vinculadas a las cosmovisiones de los pacientes, encontramos objeciones al plan de vacunación obligatorio (21). En las últimas décadas y con un creciente movimiento antivacunas, aparecen en la práctica asistencial familias que reclaman que se implemente un plan de vacunación alternativo, e incluso sentencias judiciales que avalan o desestiman las solicitudes alternativas de vacunación en la Argentina (15). Las crecientes demandas de autonomía por parte de los pacientes y un modelo de atención más alejado del paternalismo configuran un espacio donde las decisiones personales juegan un papel importante a la hora de aceptar o rechazar un tratamiento por parte de los pacientes. Asimismo, las decisiones de los profesionales se ven afectadas por demandas o solicitudes que, en una primera instancia, aparecen como contrarias a sus convicciones. En relación con estas cuestiones, hay dos tipos de situaciones que merecen atención inmediata vinculadas con la relación médico-paciente para evitar violaciones al derecho de autonomía del paciente y por el otro la del médico: las hemotransfusiones y el aborto. Si bien los pacientes no están obligados legalmente a aceptar una hemotransfusión, aparece como una práctica frecuente de tratamiento y algunas situaciones han llegado a judicializarse. En el caso Bahamondez, Marcelo s/ medida cautelar (1993)⁴, uno de

los votos de los ministros de la Corte Suprema de Justicia hacía referencia a esta cuestión: “Cuando hay objeción de conciencia a un tratamiento médico, nada cabe reprochar a los profesionales y personas intervinientes que respetan la decisión libre de la persona involucrada” (p. 484) e incluso que “resulta irrelevante la ausencia de una norma expresa que prevea el derecho a objeción de conciencia a transfusiones sanguíneas” (p. 484). En este punto entonces, decidimos analizar el caso de la hemotransfusión dentro de las posibles “objeciones de conciencia” ya que aparece como el rechazo a una práctica que es parte de un ordenamiento social vigente y que es indicada por una autoridad médica, más aún en los casos que se desarrollan en hospitales públicos donde el personal sanitario es parte del funcionariado público.

Respecto del aborto existe una cantidad importante de literatura especializada que da cuenta de las tensiones y conflictos en relación con esta práctica⁵. También hay numerosos trabajos que ponen en evidencia que la objeción de conciencia en materia de salud sexual y reproductiva es una estrategia política transnacional de grupos religiosos y que esta estrategia atenta contra los derechos de las mujeres en nuestra región (23). Las organizaciones religiosas de esta manera se posicionan como actores democráticos con discursos secularizados (24). Las objeciones de conciencia aparecen como parte de una estrategia colectiva de lucha en contra de los derechos sociales a partir de la protección de la conciencia libre del objeto, oponiéndose a las normas jurídicas privándolas de efectividad en la práctica. De esta manera, se vulneran los derechos y se debilitan las conquistas sociales a favor de grupos histórica y sistemáticamente discriminados (23).

De nuestro análisis surge que, si bien en los últimos años hubo ampliaciones en el acceso al aborto hasta llegar a la reciente sanción de la Ley de Interrupción Voluntaria del Embarazo⁶, las tensiones intrainstitucionales surgen de la solicitud concreta de una paciente de una interrupción legal del embarazo. Los profesionales consultados manifiestan que en general las objeciones individuales suelen resolverse y que las complicaciones aparecen cuando todos los integrantes de un servicio completo se declaran como objetos, tal como narra una médica:

“Con respecto al aborto ha habido tanto en ginecología como en obstetricia resistencia a realizar la interrupción del embarazo. En general siempre se aceptaron las razones de orden de salud de la madre cuando había una indicación de un aborto

⁴ Bahamondez, Marcelo s/ medida cautelar., 6 de abril de 1993, Cámara Federal de Apelaciones de Comodoro Rivadavia. Corte Suprema de Justicia de la Nación, Capital Federal, Ciudad Autónoma de Buenos Aires. Los ministros presentes y sus votos respecto de esta sentencia pueden sintetizarse de la siguiente manera. Magistrados: Levene, Nazareno, Moline O'Connor. Según su fundamento: Barra, Fayt (A0025477/484). En disidencia: Cavagna Martínez, Belluscio, Petracci, Boggiano (A0025485/486). En disidencia: Cavagna Martínez, Boggiano (A0025489/490/491/492/493/494/495/496/497/498 /A0025499/500/501/502/503/504). En disidencia: Belluscio Petracci (A0025505/506/507/508/509/510/511/512/513/514/515).

⁵ Como ejemplo ver el caso Ana María Acevedo (22).

⁶ La Ley de Interrupción Voluntaria del Embarazo (IVE) N° 27.610 de Argentina fue sancionada por el Congreso Nacional el 30 de diciembre de 2020 y promulgada el 14 de enero de 2021.

terapéutico. Si la madre tenía una enfermedad cardíaca u otra patología que se ve afectada por el embarazo lo aceptaban, tanto uno como otro servicio, según la edad del embarazo. Era muy distinta la situación ante una violación. En ese sentido había [...] una actitud más restrictiva [...]. Obstetricia tiene un jefe de servicio que es muy católico, tiene vinculación; es practicante católico y tenía una actitud de restricción en este tema, pero no creo que todo el servicio sea así.”

La cuestión del rechazo de transfusiones sanguíneas por parte de pacientes testigos de Jehová es interpretada más como un tema de creencias religiosas que generan impacto en los profesionales de la salud intervinientes. En especial, la negativa de los padres a que sus hijos reciban transfusiones sanguíneas en caso de ser necesarias. La atención a los testigos de Jehová involucra a todos los profesionales de la salud, y se han manifestado conflictos por ejemplo con los médicos anestesiólogos, según narran creyentes testigos de Jehová que se declararon en bloque como objetores de conciencia. En uno de los talleres de análisis de casos con profesionales, en los que se abordó específicamente el rechazo a transfusiones sanguíneas, nos comentaron:

Nosotros trabajamos con el doctor [...], que es un hematólogo muy reconocido y que ha investigado y aplicado las técnicas que nosotros aceptamos. Hemos hecho un trabajo de vinculación con la comunidad médica y estamos trabajando para asistir al congreso de anestesiología para poder conversar con ellos, que escuchen nuestra posición. No hay ningún anestesiólogo que quiera participar en una intervención quirúrgica a un testigo de Jehová. Son todos objetores de conciencia.

Desde el punto de vista de los pacientes testigos de Jehová se percibe una tensión generalizada a la hora de brindarles atención, especialmente en prácticas complejas que requieran intervención quirúrgica. Sin embargo, nos informan que han logrado articular, a partir de un comité de enlace con instituciones de salud (25), redes de profesionales de la salud respetuosos de sus creencias e instituciones hospitalarias donde pueden atenderse por cirugías y partos a partir de un protocolo de atención orientado a testigos de Jehová. Desde el punto de vista de los profesionales de la salud, las tensiones se presentan no tanto por un rechazo a las creencias religiosas de los pacientes, que en general respetan, sino por el impacto emocional que les causa la decisión de no recibir un tratamiento o procedimiento médico que pueda salvar la vida del paciente, tal como nos narra una profesional de la salud:

Uno de los casos que más me impactó fue una paciente embarazada con un tumor de ovario que tenía que abortar. Pidió internarse acá debido a la interrupción del embarazo, pero pidió que no se la transfundiera y eso generó mucha inquietud.

En relación con los testigos de Jehová, los casos de niños y en particular de bebés en neonatología que puedan requerir transfusiones sanguíneas generan desconcierto en los profesionales de la salud sobre cómo actuar, si judicializar o no los casos, ya que la negativa a la transfusión es una decisión de los padres, si está en juego el interés superior del niño. La tendencia suele ser indicar la transfusión en niños, pero igualmente no deja de ser una situación complicada para la relación pacientes-profesionales de la salud. Incluso, el imaginario de los profesionales es que si llegan a transfundir a un niño testigo de Jehová su comunidad lo expulsará y no podrá ser más miembro de la religión. Así lo describe una médica intensivista pediátrica:

Yo le expliqué que teníamos que transfundirla si no se moría el bebé. La chica dijo que sí, porque ya estaba ahí, pero ¿saben lo que me hizo hacer el padre? Una nota donde constaban los motivos clínicos por los cuales había que pasarle sangre a ese bebé, el hematocrito, etc., y ellos la presentaron a autoridades de testigos de Jehová y les permitieron la transfusión. No hubo ningún tipo de intervención judicial. Incluso algunos decían que si ese paciente se transfundía no pertenecía más a la comunidad, y la madre lo negó diciendo: “De ninguna manera, no son expulsados de la comunidad”. Así que no dijimos nada. Pero es un tema los testigos de Jehová.

El testimonio anterior muestra cómo ante un requerimiento médico de transfusión sanguínea pudieron articular con el grupo religioso y lograr el tratamiento necesario para ese paciente. No siempre se logra llegar a un acuerdo y los profesionales de la salud se sienten *atacados* por indicar una transfusión e incluso sienten que tienen que estar a la defensiva. En algunas circunstancias proceden directamente sin consultar a la familia o a los asesores del comité de enlace:

El médico que trajeron los testigos de Jehová no quería que transfundiéramos al paciente. De todos modos, el médico me dijo: “Haga lo que usted considere necesario”. Y yo le dije la verdad: “Si el chico se está por morir, yo lo voy a transfundir y no le voy a decir nada al chico ni a nadie [...]. También pensé, si este chico se llega a enterar... Lo transfundimos con plaquetas.

En nuestro país la objeción de conciencia está reconocida para determinadas prácticas en distintas normativas nacionales (26,27) y provinciales considerando como un derecho fundamental no actuar en contra de la propia conciencia personal siempre que ello no afecte a terceros. Si bien la objeción de conciencia no debería ser institucional según la literatura especializada, existen varias iniciativas y prácticas de hecho en este sentido, desde instituciones de salud confesionales hasta alguna normativa como el decreto reglamentario del Programa Nacional de Salud Sexual y Procreación Responsable (1282/2003), que incluye la posibilidad de que

una institución incumpla esta ley por motivos confesionales (28). Teniendo en cuenta estas cuestiones, encontramos puntos de tensión y conflicto alrededor de la aceptación o rechazo a ciertos tratamientos o procedimientos biomédicos por cuestiones religiosas, ya sea de los pacientes o de los profesionales sanitarios. A estas tensiones, que en algunos casos pueden resolverse de manera articulada, las denominamos *articulaciones negativas*, porque según su desarrollo pueden vulnerar derechos de terceros.

Conclusión

En este artículo hemos intentado abordar los procesos de articulación entre salud y creencias a partir de dos actores del campo de la salud: los pacientes y los profesionales. A partir de los primeros trabajamos las articulaciones positivas entre creencias religiosas y biomedicina. Se trata de articulaciones efectuadas por determinadas personas y para un momento biográfico específico: embarazadas y padres de recién nacidos internados en la unidad de cuidados intensivos. En el caso de los profesionales, identificamos en el ejercicio cotidiano de su práctica profesional articulaciones negativas que suelen surgir dentro de la figura de la objeción de conciencia. Se trata de articulaciones negativas, además, porque su desarrollo y resolución implican la posible vulneración de derechos de terceros.

Además, vimos cómo desde el punto de vista de los pacientes, cuando los tratamientos propuestos por los profesionales de la salud contradicen sus creencias, van a rechazarlos, y en el caso de algunos credos, buscarán alternativas que, inscriptas en el mundo biomédico, sean acordes a su adhesión religiosa.

Si bien el sistema biomédico es la principal referencia para el tratamiento sanitario, no siempre es la primera ni la única opción para las personas. Tal como indican Catoggio, Baran e Irrazábal (10), el sistema biomédico convive con otras alternativas que dan cuenta de los variados caminos de cuidado-prevención, sanación y/o bienestar. Ahora bien, esta convivencia puede darse de manera armoniosa entre las formas alternativas y el sistema biomédico, mientras que otras aparecen en forma de tensión y conflicto enmarcadas en situaciones de objeción de conciencia. En este caso, implica reconocer a las personas que pueden oponerse a las cuestiones que consideran contrarias a sus convicciones morales o religiosas.

Estas cuestiones ponen de manifiesto que la creciente diversidad cultural y religiosa de la sociedad argentina se ve reflejada también en el contexto sanitario y que por ello es cada vez más probable que haya diferencias de criterios por motivos morales o religiosos entre los profesionales de la salud y los pacientes. Las formas en que estos disensos se resuelvan aparecen como una oportunidad para poder gestionar la diversidad sociocultural dentro de las instituciones de salud (29). Consideramos que en el marco de las sociedades democráticas contemporáneas, la atención sanitaria en el sistema biomédico debe ser enmarcada en un ámbito de respeto por las creencias de los pacientes y sus familias. También es necesario fomentar espacios de diálogo e intercambio para poder sortear las tensiones derivadas de los reclamos de objeción de conciencia. Es importante garantizar el acceso a la salud y a los derechos de todas las personas y también brindar la posibilidad de objetar prácticas a título individual sin perjudicar ni vulnerar los derechos de terceros. [RAM](#)

Referencias bibliográficas

1. Olmos Álvarez AL. Entre médicos y sanadores: gestionando sentidos y prácticas sobre el proceso de salud-enfermedad-atención en un movimiento carismático católico argentino. *Salud Colectiva* 2018 Jul;14(2):225
2. Saizar M. Reflexiones en torno a la complementariedad terapéutica entre usuarios del yoga en el Área Metropolitana de Buenos Aires (Argentina). *Mitológicas* 2006;XXI:23-46
3. Carbonelli M, Griera M. Políticas públicas y religión: arreglos, continuidades y tensiones. *Sociedad y Religión* 2016;26:155-62
4. Carbonelli M, Mosqueira MA, Felitti K. Religión, sexualidad y política en la Argentina: intervenciones católicas y evangélicas en torno al aborto y el matrimonio igualitario. 2013 Disponible en: <http://repositorio.gire.org.mx/handle/123456789/2112>. [Último acceso: junio de 2021.]
5. Setton D, Lerner V. La problemática LGBT en el movimiento conservador judío. VII Jornadas de Ciencias Sociales y Religión "Modernidad, secularización y religiones en Argentina". Buenos Aires; 2012
6. Irrazábal G. ¿Bioética y religión? Apuntes para comprender la imbricación de la bioética y lo religioso en la toma de decisiones en la Argentina contemporánea. *Revista Americana de Medicina Respiratoria* 2016;16(3):290-7
7. Felitti K, Irrazábal G. Los no nacidos y las mujeres que los gestaban: significaciones, prácticas políticas y rituales en Buenos Aires. *Revista de Estudios Sociales* 2018 Jun;125(64):16-37
8. Irrazábal G, Johnson C. Reproducción asistida, gestación por sustitución y creencias. Un análisis desde las usuarias de tecnologías, los expertos religiosos y las regulaciones estatales en Argentina. *Política y Sociedad* 2019;56(2):317-39
9. Mallimaci F, Giménez Béliveau V, Esquivel JC, Irrazábal G. Segunda encuesta nacional sobre creencias y actitudes religiosas en Argentina. Sociedad y religión en movimiento [Internet]. Buenos Aires: CEIL-PIETTE-CONICET; 2019. Disponible en: <http://www.ceil-conicet.gov.ar/wp-content/uploads/2019/11/i25-2encuestacreencias.pdf> [Último acceso: junio de 2021.]
10. Catoggio MS, Barán T, Irrazábal G. Salud y creencias en Argentina: saberes, decisiones y demandas. 2020;31
11. Griera M, Martínez-Ariño J, Clot-Garrell A, García-Romeral G. Religión e instituciones públicas en España. Hospitales y prisiones en perspectiva comparada. *Rev Int Sociol* 2015 Dec;30;73(3):e020

12. Irrazábal G. Procesos de institucionalización del servicio de capellanía y la asistencia espiritual no católica para hospitales públicos de Argentina. *Salud Colectiva* 2018 Jul;14(2):355
13. Beckford JA, Gilliat-Ray S. Religion in prison: equal rites in a multi-faith society. Cambridge ; New York: Cambridge University Press; 1998, p. 232
14. Blanco L. Objeción de conciencia. En: *Diccionario enciclopédico de la legislación sanitaria argentina (DELS)*. Ministerio de Salud; 2016. Disponible en: <https://salud.gob.ar/dels/entradas/objecion-de-conciencia>. [Último acceso: junio de 2021.]
15. Irrazábal G, Belli L, Funes ME. Derecho a la salud versus objeción de conciencia en la Argentina. *Rev Bioét* 2019 Dec;27(4):728-38
16. Michel A, Navarrete S. Objeción de conciencia y aborto. En: Ramos S, editora. *Investigación sobre el aborto en América Latina y el Caribe: una agenda renovada para informar políticas públicas e incidencia*. Lima: Promsex; 2015, p. 191-207
17. Boltanski L, Chiapello E. El nuevo espíritu del capitalismo. Madrid: Akal Editor; 2012
18. Vasilachis de Gialdino I. La investigación cualitativa. En: *Estrategias de investigación cualitativa*. Barcelona: Gedisa; 2006
19. Nohle ND. *Enfoques en el análisis politológico*. 2012, p. 15
20. Rivera-Flores J, Acevedo-Medina I. Objeción de conciencia y el anestesiólogo. *Revista Mexicana de Anestesiología* 2009;32(1):156-8
21. Gucci Migliano GDR. Obligatoriedad de la vacunación de niños. Derechos de los padres e interés superior del niño. *Revista de Derechos Humanos* 2012;2(2):283-90
22. Carbajal M. El caso de Ana María Acevedo. Página/12. 2010. Disponible en: <https://www.pagina12.com.ar/110281-sin-derechos-hasta-morir>. [Último acceso: junio de 2021.]
23. Capdeville P. Objeciones de conciencia en el ámbito sanitario: reflexiones en torno a su regulación. UNAM; 2018
24. Vaggione JM, editor. *El activismo religioso conservador en Latinoamérica. Córdoba, [Argentina]: Católicas por el derecho a decidir*. (Colección religión, género y sexualidad). 2009, p. 319
25. Testigos de Jehová. Comité de enlace con los hospitales: Argentina. Disponible en: <https://www.jw.org/es/informacion-medica/contactos-representantes-comite-enlace-hospitales/argentina/>. [Último acceso: mayo de 2021.]
26. Ley 26.529. Derechos del paciente en su relación con los profesionales e instituciones de la salud
27. Ley 26.130. Régimen para las intervenciones de contracepción quirúrgica, ligadura de trompas y vasectomía.
28. Aborto: objeción de conciencia en varios hospitales cordobeses. Ciudadanos [Internet]. *La Voz del Interior*. Disponible en: <https://www.lavoz.com.ar/ciudadanos/aborto-objecion-de-conciencia-en-varios-hospitales-cordobeses/>. [Último acceso: mayo de 2021.]
29. Cadge W. *Paging God: religion in the halls of medicine*. Chicago; London: The University of Chicago Press; 2012, p. 293