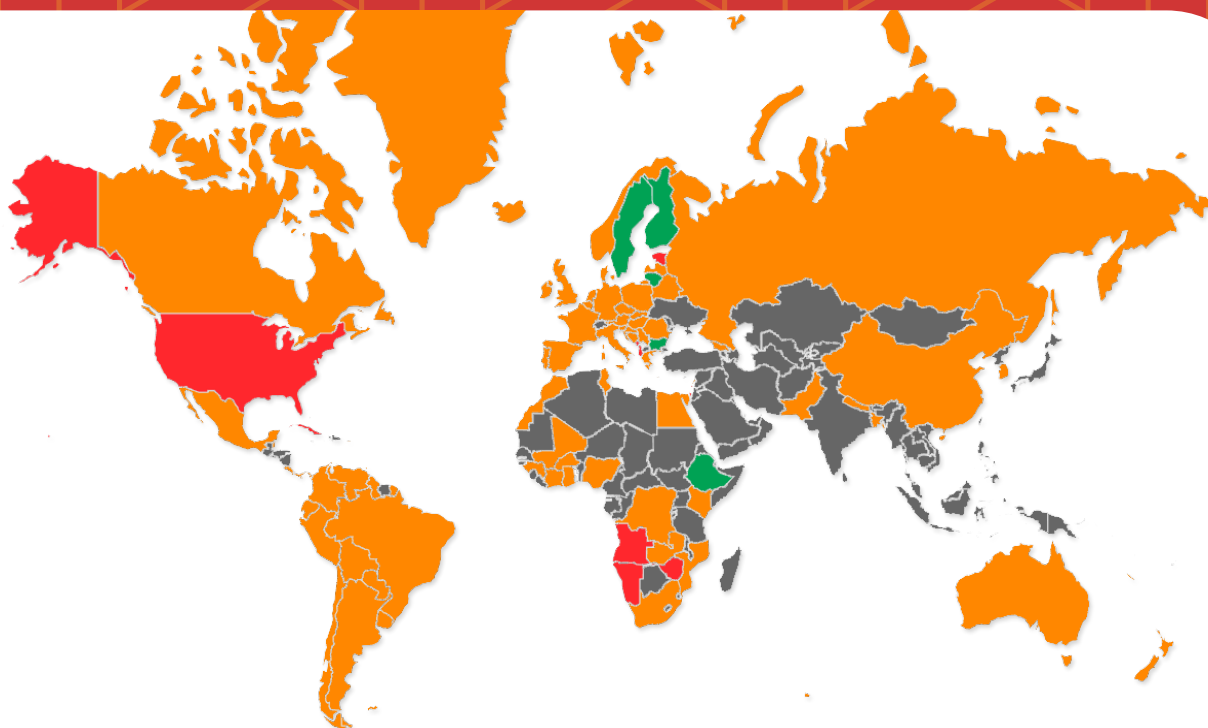




MAPA GLOBAL DE OBJECCIÓN DE CONCIENCIA EN ABORTO

Agustina Ramón Michel
Dana Repka

AGOSTO 2022



REDAAS
RED DE ACCESO AL ABORTO SEGURO
— ARGENTINA —

En el **Mapa de Normas sobre Objeción de Conciencia en Aborto** relevamos, analizamos y comparamos cómo los países regulan la objeción de conciencia (OC) en la atención del aborto.

Es un mapa interactivo, online y que sistematiza, de manera inédita, las normas vigentes en objeción de conciencia (OC) en aborto a nivel global.¹ Respondemos a 4 preguntas:

- 1 Qué es el mapa.**
- 2 Cuáles son las principales tendencias en regulación de OC.**
- 3 Cuáles son los tipos de límites y deberes que se imponen a quienes objetan.**
- 4 Quiénes pueden objetar.**

El objetivo es que esta información pueda guiar futuras regulaciones e iniciativas sobre el tema.



1

¿Qué es el mapa global de normas de objeción de conciencia?

La OC es uno de los temas más persistentes y disputados dentro del ámbito de la salud y, más aún, en el campo del aborto. Sin embargo, hasta el momento del lanzamiento del Mapa de Normas sobre OC, no había una sistematización normativa a escala global que permitiera tener información regulatoria de cada país y, además, comparar y analizar cómo los países del mundo lidian con la disputa de la OC que involucra a profesionales de la salud, mujeres, adolescentes y niñas, y al sistema de salud. El Mapa fue creado con el objetivo de suplir tal vacío y, por esta razón, centra su razón de ser en asentar lineamientos para responder: ¿Cómo los países “resuelven” legalmente la disputa de la OC? Y, en definitiva, ¿Cómo han regulado la OC en aborto?

Con estas preguntas en miras, este proyecto, llevado adelante por Agustina Ramón Michel y Dana Repka con el apoyo de REDAAS e IPAS, ofrece una sistematización interactiva de las fuentes legales en materia de OC en salud, salud sexual y reproductiva y, particularmente, en aborto, en 179 estados soberanos + 6 colonias y otras dependencias administrativas reconocidas por el código ISO 3166-1.²

El proyecto, que inició en mayo de 2020 y cuya actualización mantenemos, aloja, describe y analiza las normas constitucionales, legales y regulatorias y fallos sobre OC de cada país, e incluye también los documentos regionales e internacionales de Derechos Humanos sobre el tema.

El Mapa interactivo está en castellano e inglés, y los textos legales están disponibles en su idioma original, español e inglés. También, pueden emplearse los 15 filtros creados con dos objetivos: por un lado, brindar un mayor detalle en el análisis de los regímenes de OC vigentes en cada país; por el otro, facilitar el registro comparativo de las tendencias globales.



CATEGORÍAS

INDICADORES

PAÍSES

Reconocimiento
no limitado

Reconocimiento
limitado

Prohibición

Sin
reconocimiento

CATEGORÍAS

INDICADORES

PAÍSES

TS Con sentencia de tribunal
superior

DI Reconoce el derecho a la OC
individual

RI Reconoce la OC institucional

PI Prohíbe la OC institucional

PS Permite la OC a cualquier
personal de salud

RP Permite la OC sólo a quienes
realizan en la práctica

EL Establece límites a la OC

ID Impone deberes a quienes
ejercen OC

FE Exige formalidad para ejercer
OC

EM Exige motivación en la
presentación de la OC

JL Ley penal o sanitaria varía en
cada jurisdicción local

NORMAS SOBRE OC

☐ Constitucional

☒ Legal

MÁS INFO >

☒ Regulatorio

MÁS INFO >

☒ Jurisprudencial

Sistemas internacionales y regionales de DDHH

La objeción de conciencia y el aborto en los sistemas internacionales y regionales de DDHH ¹

Última actualización 1 de marzo de 2021

La objeción de conciencia en salud sexual y reproductiva, en general, y en aborto, en particular, ha sido reconocida y también limitada, en mayor o menor medida, a nivel internacional tanto en el marco del Sistema Universal de Derechos Humanos como también en el contexto de los Sistemas Regionales de Derechos Humanos.

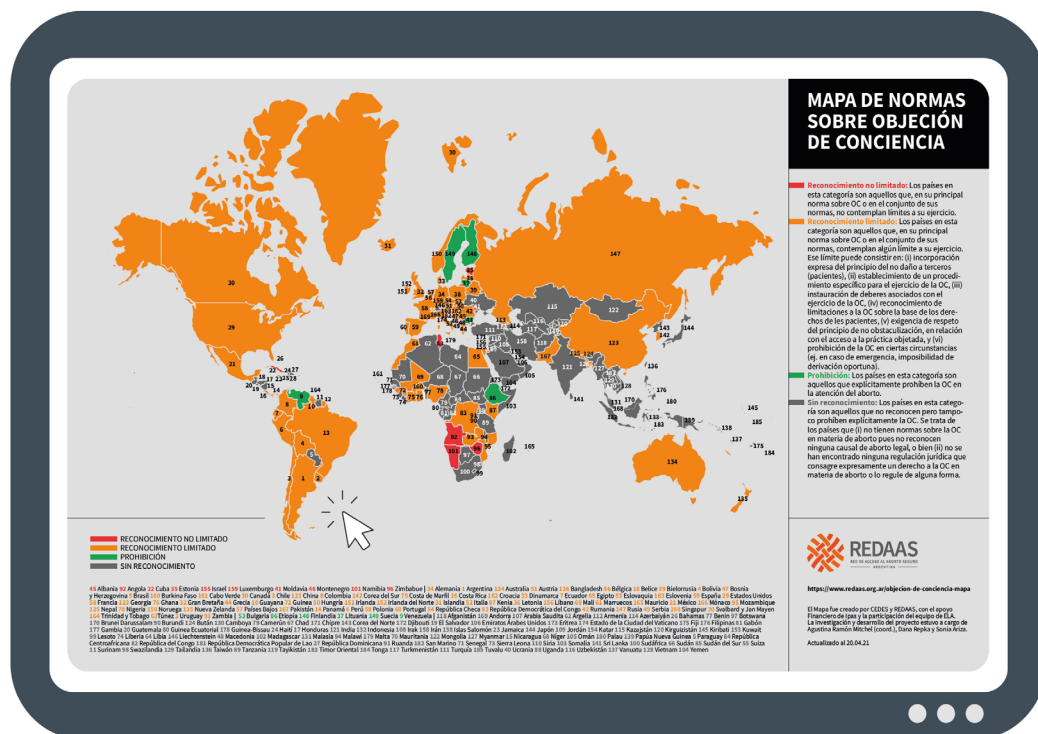
A continuación, se presenta una breve síntesis de los principales cuerpos normativos y jurisprudenciales pertenecientes a los sistemas internacionales de protección a los derechos humanos, con el objetivo de identificar los estándares vigentes en materia de objeción de conciencia (en adelante, "OC") ante servicios de salud sexual y reproductiva.

Todos los sistemas marcan una tendencia a un reconocimiento limitado de la OC en el ámbito de la salud sexual y reproductiva y, en particular, en aborto, lo que coincide con la tendencia vigente en la gran mayoría de las legislaciones y regulaciones nacionales de los países que componen esas regiones, tal como lo refleja el Mapa Global del Normas.

2 ¿Cuáles son las tendencias a nivel global?

La tendencia global es el reconocimiento de la OC

- **81** de los 86 países que cuentan con normas sobre OC la permiten, lo que representa un 94% de los países.
- Sólo **5** países prohíben la OC de manera explícita: Etopía, Finlandia, Lituania, Suecia y Bulgaria.



El reconocimiento del derecho a la OC es limitado

Ahora bien, la tendencia a nivel mundial no supone cualquier reconocimiento a la OC; por el contrario, el patrón es que la permisión de la OC viene acompañada de límites. Ello significa que la mayoría de los países contemplan, solamente, una permisión condicionada a aquellos profesionales que quieran exceptuarse de un servicio de salud por razones de conciencia.

En efecto, dentro del grupo de 81 países que admiten la OC en aborto, 71 reconocen límites a este ejercicio, mientras que sólo 10 carecen de límites explícitos en las propias normas de OC.

La OC institucional o de ideario es la excepción

Por último, como tercer patrón en materia de régimen de OC, debe señalarse que el reconocimiento limitado a la OC que es tendencia a nivel mundial no es, tampoco, cualquier tipo de reconocimiento limitado. Esta tendencia sólo refiere a la “OC individual”; es decir a aquella que puede invocar el o la profesional de salud legitimado a tal efecto. Por el contrario, la permisión de la OC institucional o de ideario -que es aquella que legitima a instituciones, equipos o servicios de salud como sujetos autorizados para invocarla- es una evidente excepción: solamente un puñado de países la reconocen. 3 de estos países en América (Chile, Estados Unidos y Uruguay) y el restante en Europa (Francia).

3

¿Cuáles son los tipos de límites y deberes más comunes asociados a la OC?

Los límites y deberes más frecuentes

Dentro del grupo de países que admiten la OC, identificamos 3 tipos de límites y deberes frecuentes:

● Prohibición de invocar OC en caso de emergencia médica

En primer lugar, el límite más frecuente identificado en las cláusulas de OC es la prohibición de objetar en casos de emergencia médica, que reconocen 47 países en total.³

Art. 9.3. del Decreto Ejecutivo N° 42113-S sobre la “Oficialización de la ‘Norma Técnica para el Procedimiento Médico Vinculado con el artículo 121 del Código Penal’ de Costa Rica (2019)⁴

*Para el caso de la **emergencia obstétrica**, no se podrá invocar la objeción de conciencia cuando la persona profesional en salud objetora sea la única disponible en el establecimiento de salud, dado el interés superior de proteger la vida de la mujer. [El énfasis ha sido añadido].*

● Deber de derivar en cabeza de quien objeta

Le sigue en orden de frecuencia el *deber de derivación* para quien alegue OC (27 países).⁵

Este deber recae, en la gran mayoría de los casos, en el mismo profesional que invoca OC e importa la obligación de derivar a la paciente a otro profesional disponible para la práctica.

Art. 26 de los Estándares Nacionales de Prestación de Servicios y Directrices para una Evacuación Uterina Segura y de Alta Calidad / Atención Post Aborto de Pakistán (2018)⁶

*Los proveedores de servicios de salud tienen derecho a negarse en conciencia a proporcionar un aborto, pero ese derecho no les permite impedir o negar el acceso a servicios de aborto legales porque retrasa la atención a las mujeres y niñas, poniendo en riesgo su salud y su vida. **Cuando un profesional sanitario se niega a realizar una evacuación uterina, debe remitir a la mujer/niña a un profesional dispuesto y capacitado en su centro, o a otro centro sanitario de fácil acceso.***⁷ [El énfasis ha sido añadido].

● **Deber de informar en cabeza de quien objeta**

Finalmente, el tercer límite más frecuente a nivel global es el deber de informar a la paciente o usuaria acerca de su objeción (26 países).⁸

Art. 7 inc. 3.a de la Ley N°6 de Aborto de Nueva Zelanda (2020)⁹

*Si un médico (...) tiene una objeción de conciencia (...), **el médico deberá informar al demandante (...) de su objeción de conciencia a la mayor brevedad posible.***¹⁰ [El énfasis ha sido añadido].

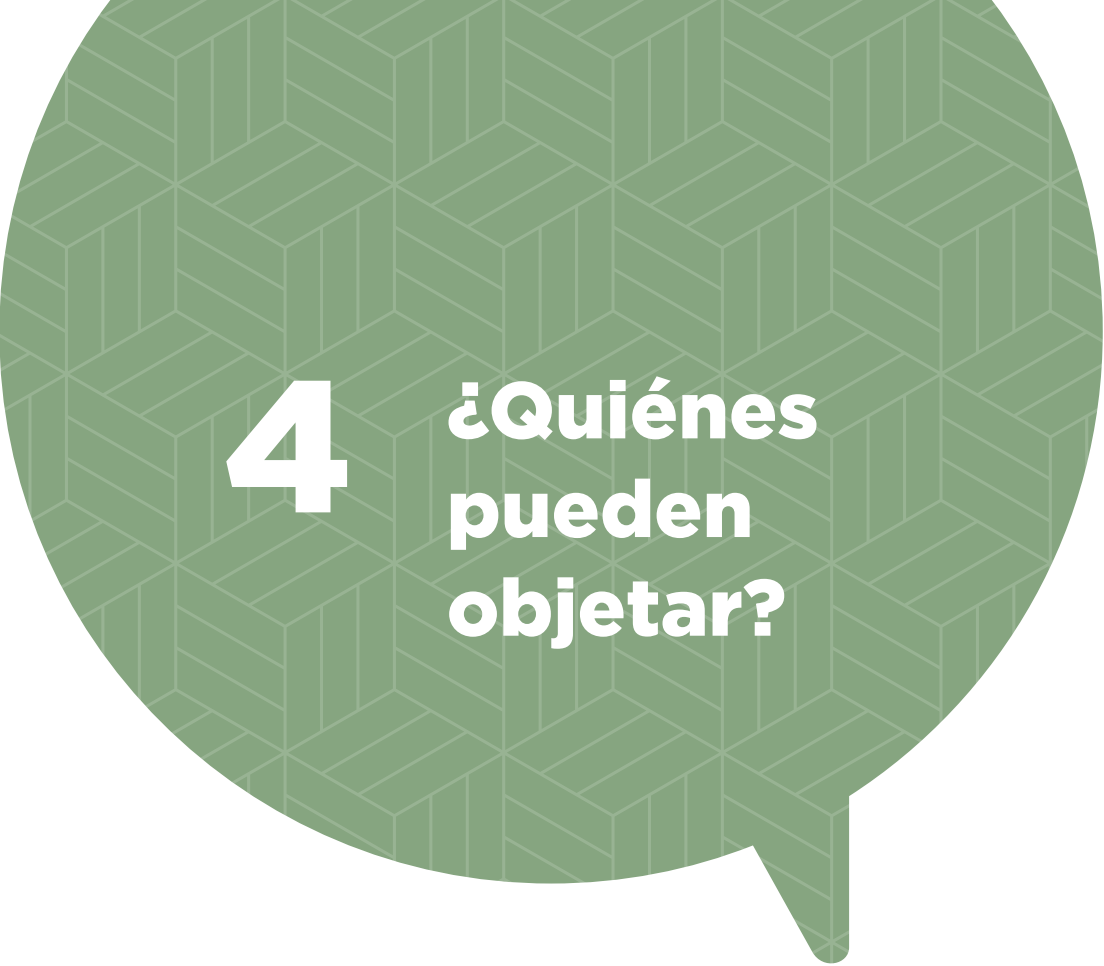
¿Y las garantías institucionales?

Los límites tienden a ser, sobre todo, deberes individuales y no hay usualmente lo que podemos dar en nombrar garantías institucionales. En efecto, sólo 18 países (22% del total) reconocen cláusulas de OC que contengan garantías institucionales,¹¹ como puede ser la obligación de los efectores y autoridades sanitarias de contar con mecanismos de derivación para referir a las mujeres a otras instituciones, en caso de no contar con profesionales de la salud debido a la OC. En particular, esta garantía ha sido identificada en 12 países.¹²

Art. 11 de la ley N° 27.610 de Argentina (2020)¹³

*Aquellos efectores de salud del subsector privado o de la seguridad social que no cuenten con profesionales para realizar la interrupción del embarazo a causa del ejercicio del derecho de objeción de conciencia de conformidad con el artículo anterior, **deberán prever y disponer la derivación a un efector que realice efectivamente la prestación y que sea de similares características al que la persona solicitante de la prestación consultó.** En todos los casos se debe garantizar la realización de la práctica conforme a las previsiones de la presente ley. **Las gestiones y costos asociados a la derivación y el traslado de la paciente quedarán a cargo del efector que realice la derivación.** Todas las derivaciones contempladas en este artículo deberán facturarse de acuerdo con la cobertura a favor del efector que realice la práctica. [El énfasis ha sido añadido].*

Otras garantías institucionales encontradas en un menor número de países son: la obligación asumida por efectores públicos de garantizar un determinado número de profesionales de la salud que no expresan OC, el deber de los efectores de salud de armar una lista o un registro de profesionales que no sean objetores, la responsabilidad del Estado de regular el ejercicio de la OC, entre otras.



4 ¿Quiénes pueden objetar?

Respecto a quiénes pueden objetar, el Mapa evidencia que el elenco de sujetos habilitados para ejercer la OC varía considerablemente entre los países. Por ello, ordenamos las regulaciones según la definición de la legitimación provenga de la profesión/especialización del personal de salud (criterio subjetivo), por el tipo de intervención que puede objetarse (criterio objetivo) o por una combinación de ambos criterios (criterio mixto).

La mayoría (35 países) emplea el criterio subjetivo. La diferencia está según las especializaciones y profesiones. Así, 2 países reconocen la OC sólo a ginecólogos-obstetras (Cuba e Israel); 19 la reconocen a los médicos (Albania, Angola, Bolivia, Burkina Faso, Costa de Marfil, Croacia, Egipto, Georgia, Guinea, Letonia, Líbano, Mali, Marruecos, Polonia, República Democrática del Congo, Rumania, Rusia, Trinidad y Tobago, y Túnez); y 14 lo hacen al personal de salud (Bélgica, Corea del Sur, Ecuador, Eslovenia, Islandia, México, Montenegro, Namibia, Nigeria, Paraguay, Perú, República Checa, Uruguay y Venezuela). En muchos de estos casos, la adjudicación del derecho a la OC a determinada especialidad dentro del personal de salud se explica porque las propias normas de aborto sólo permiten a determinados profesionales de la salud realizar la intervención.

El segundo criterio más empleado (30 países) es el criterio objetivo, aunque también hay variación: 4 países emplean una fórmula estricta indicando que sólo puede objetar “quien realiza el procedimiento” (Bangladesh, Nepal, Panamá y Zambia), de modo ligeramente parecido aunque más amplio 3 países marcan que tiene el derecho a alegar OC “quien participa directamente en el procedimiento” (Argentina, Cabo Verde y España); pero la mayoría de 23 países recurre a la fórmula más amplia, adjudicando el derecho a la OC a todos quienes intervienen en el aborto (Alemania, Belice, Canadá, Chile, China, Costa Rica, Eslovaquia, Eslovenia, Estados Unidos, Estonia, Ghana, Gran Bretaña, Guayana, Hungría, Irlanda del Norte, Kenia, Luxemburgo, Mauricio, Moldavia, Países Bajos, Pakistán, Portugal, Serbia y Singapur).

Finalmente, **16 países optaron por un criterio mixto** para la legitimación activa de la OC en sus normas, utilizando ambos criterios mencionados.

SÍNTESIS

- La tendencia a nivel mundial es el reconocimiento de la OC en aborto.
- El reconocimiento del derecho a la OC es, en la mayor parte del mundo, limitado.
- La OC institucional o de ideario es la excepción a la regla del reconocimiento a la OC.
- Los límites y deberes más frecuentes son:
 - Prohibición de invocar OC en caso de emergencia.
 - Deber de derivar en cabeza de quien objeta.
 - Deber de informar.
- Las garantías institucionales son menos frecuentes que los límites y deberes institucionales. Uno de los más frecuentes es la imposición de mecanismos de derivación en cabeza de los efectores de salud.
- El elenco de sujetos habilitados para objetar varían considerablemente por país. Se reconocen tres criterios:
 - El criterio objetivo,
 - El criterio subjetivo,
 - El criterio mixto.

Notas:

1. Ramón Michel, A, Repka, D. y Ariza, S. (2020). *Mapa de normas sobre objeción de conciencia*. REEDAS & Ipas. Recuperado de: <https://www.redaas.org.ar/objecion-de-conciencia-mapa>.
2. Es la primera parte del estándar internacional de normalización ISO 3166, publicado por la Organización Internacional de Normalización (ISO), que proporciona códigos para los nombres de países y otras dependencias administrativas.
3. Se tratan de: Alemania, Argentina, Austria, Bangladesh, Bélgica, Belice, Bielorrusia, Bolivia, Brasil, Burkina Faso, Cabo Verde, Canadá, Chile, China, Colombia, Corea del Sur, Costa de Marfil, Costa Rica, Croacia, Dinamarca, Ecuador, Egipto, Eslovaquia, Eslovenia, España, Francia, Georgia, Ghana, Gran Bretaña, Grecia, Guayana, Guinea, Hungría, Irlanda, Irlanda del Norte, Islandia, Italia, Kenia, Líbano, Mali, Marruecos, Mauricio, México, Mónaco, Mozambique, Nepal, Noruega, Nueva Zelanda, Países Bajos, Pakistán, Paraguay, Perú, Polonia, Portugal, República Checa, República Democrática del Congo, Rumania, Rusia, Serbia, Singapur, Sudáfrica, Trinidad y Tobago, Túnez, Uruguay y Zambia.
4. Decreto Ejecutivo de Costa Rica N° 42113-S. Sobre la "Oficialización de la 'Norma Técnica para el Procedimiento Médico Vinculado con el artículo 121 del Código Penal. 2019. Recuperado de: <https://abortion-policies.srhr.org/documents/countries/03-Costa-Rica-Norma-Tecnica-2019.pdf#page=14>. [El énfasis ha sido añadido]
5. Es el caso de: Argentina, Bangladesh, Bolivia, Brasil, Colombia, Corea del Sur, Costa de Marfil, Dinamarca, Ghana, Gran Bretaña, Guinea, Irlanda, Irlanda del Norte, Islandia, Kenia, Líbano, Mali, Mozambique, Nepal, Pakistán, República Checa, República Democrática del Congo, Rumania, Serbia, Sudáfrica, Trinidad y Tobago, Uruguay y Zambia.
6. Estándares Nacionales de Pakistán de Prestación de Servicios y Directrices para una Evacuación Uterina Segura y de Alta Calidad / Atención Post Aborto. Recuperado de: <https://pphisindh.org/home/pic/technical%20resources/Maternal%20Health/Reference%20Material/MVA%20National%20SGs.pdf>.
7. Traducción propia. Texto en idioma original: *Healthcare providers have a right to conscientious refusal to providing abortion, but that right does not entitle them to impede or deny access to lawful abortion services because it delays care for women and girls, putting their health and life at risk. Where a healthcare provider refuses to provide uterine evacuation, they must refer the woman/girl to a willing and trained provider in their facility, or another easily accessible healthcare facility.*
8. Estos países son: Argentina, Bélgica, Bielorrusia, Cabo Verde, Canadá, Chile, China, Costa Rica, Eslovenia, España, Francia, Colombia, Italia, Gran Bretaña, Guinea, Mónaco, Nueva Zelanda, Irlanda del Norte, Mali, Países Bajos, Portugal, República Democrática del Congo, Serbia, Sudáfrica, Trinidad y Tobago, y Uruguay.
9. Ley N° 6/2020 de Nueva Zelanda. Legislación de aborto. 2020. Recuperado de: <https://www.legislation.govt.nz/act/public/2020/0006/latest/LMS237550.html> [El énfasis ha sido añadido].
10. Traducción propia. Texto en idioma original: *If a medical practitioner (...) has a conscientious objection (...), the medical practitioner must tell the complainant (...) of their conscientious objection at the earliest opportunity.*
11. Se tratan de: Argentina, Bangladesh, Bielorrusia, Brasil, Chile, Colombia, Costa Rica, Dinamarca, Eslovenia, España, Francia, Italia, Moldavia, Mónaco, Nepal, Noruega, Serbia, Sudáfrica y Zambia.
12. Son Argentina, Bangladesh, Chile, Dinamarca, España, Moldavia, Mónaco y Serbia.
13. Ley N°27.610 de 2020. Ley de Acceso a la Interrupción Voluntaria del Embarazo. 30 de diciembre de 2020. Recuperado de: <https://www.boletinoficial.gob.ar/detalleAviso/primera/239807/20210115>



CITA SUGERIDA

Ramón Michel, A. y Repka, D. Mapa global de normas de objeción de conciencia.
REDAAS, Buenos Aires, agosto 2022.