

MAPA GLOBAL DE **OBJECCIÓN DE CONCIENCIA EN ABORTO**

Agustina Ramón Michel
Dana Repka

MAYO 2024



REDAAS
RED DE ACCESO AL ABORTO SEGURO
ARGENTINA

¿Cómo regulan los países la objeción de conciencia (OC) de los profesionales de la salud en la atención del aborto?

La objeción de conciencia (OC) es un tema persistente y controvertido en el ámbito de la salud, especialmente en el contexto del aborto. Hasta el lanzamiento del Mapa Global de Normas sobre OC, no existía una sistematización normativa a nivel internacional que proporcionara una visión detallada de cómo se regula la OC en diferentes países.

El Mapa Global ha llenado este vacío al ofrecer una herramienta interactiva que permite acceder, comparar y analizar las diversas formas en que los países del mundo abordan la disputa de la OC, involucrando a profesionales de la salud, mujeres, adolescentes y niñas, así como a todo el sistema de salud.

En este documento, abordaremos cuatro preguntas clave:

- 1 ¿Cuáles son las principales tendencias en la regulación de la OC?
- 2 ¿Qué tipos de límites y deberes se imponen a quienes objetan?
- 3 ¿Quiénes pueden objetar?
- 4 ¿En qué consiste el Mapa Interactivo Global de OC que llevamos a cabo?



1

¿Cuáles son las tendencias a nivel global?

La tendencia global es el reconocimiento de la OC

87 de los 90 países que cuentan con normas sobre OC la permiten. Esto representa un 97% del total de países. Mientras que sólo tres países del mundo la prohíben de manera explícita: Etiopía, Finlandia y Suecia.

Es decir, que **la regla es la permisión de la OC sanitaria.**

MAPA DE NORMAS SOBRE OBJECIÓN DE CONCIENCIA EN ABORTO

Reconocimiento no limitado: Los países en esta categoría son aquellos que, en su principal norma sobre OC o en el conjunto de sus normas, no contemplan límites a su ejercicio.

Reconocimiento limitado: Los países en esta categoría son aquellos que, en su principal norma sobre OC o en el conjunto de sus normas, contemplan algún límite a su ejercicio. Ese límite puede consistir en: (i) incorporación expresa del principio del no daño a terceros (pacientes), (ii) establecimiento de un procedimiento específico para el ejercicio de la OC, (iii) instauración de deberes asociados con el ejercicio de la OC, (iv) reconocimiento de limitaciones a la OC sobre la base de los derechos de los pacientes, (v) exigencia de respeto del principio de no obstaculización, en relación con el acceso a la práctica objetada, y (vi) prohibición de la OC en ciertas circunstancias (ej. en caso de emergencia, imposibilidad de derivación oportuna).

Prohibición: Los países en esta categoría son aquellos que explícitamente prohíben la OC en la atención del aborto.

Sin reconocimiento: Los países en esta categoría son aquellos que no reconocen pero tampoco prohíben explícitamente la OC. Se trata de los países que (i) no tienen normas sobre la OC en materia de aborto pues no reconocen ninguna causal de aborto legal, o bien (ii) no se ha encontrado ninguna regulación jurídica que consagre expresamente un derecho a la OC en materia de aborto o lo regule de alguna forma.



RECONOCIMIENTO NO LIMITADO: 10 PAÍSES.
RECONOCIMIENTO LIMITADO: 77 PAÍSES.
PROHIBICIÓN: 3 PAÍSES.
SIN RECONOCIMIENTO: 90 PAÍSES.

48 Albania 82 Angola 22 Cuba 29 Estados Unidos 35 Estonia 155 Israel 133 Luxemburgo 46 Montenegro 101 Namibia 96 Zimbabue 124 Alemania 1 Argentina 134 Australia 51 Austria 126 Bangladesh 56 Bélgica 18 Belice 39 Bielorrusia 6 Bolivia 47 Bosnia y Herzegovina 13 Brasil 101 Burkina Faso 12 Cabo Verde 71 Camerún 10 Canadá 7 Chile 123 China 9 Colombia 141 Corea del Sur 71 Costa de Marfil 110 Costa Rica 101 Croacia 21 Dinamarca 7 Ecuador 65 Egipto 41 Eslovaquia 103 Eslovenia 59 España 176 Filipinas 58 Francia 113 Georgia 78 Ghana 32 Gran Bretaña 44 Grecia 10 Guayana 72 Guinea 59 Hungría 151 Irlanda del Norte 11 Islandia 52 Italia 87 Kenia 36 Letonia 156 Libano 69 Mali 81 Marruecos 105 Mauricio 21 México 168 Mónaco 55 Mozambique 125 Nepal 65 Níger 75 Nigeria 150 Noruega 125 Nueva Zelanda 77 Países Bajos 167 Pakistán 14 Panamá 9 Paraguay 6 Perú 28 Polonia 69 Portugal 64 República Checa 83 República Democrática del Congo 62 Rumania 147 Rusia 71 Senegal 49 Serbia 168 Singapur 100 Sudáfrica 163 Timor Oriental 12 Trinidad y Tobago 63 Túnez 2 Uruguay 9 Venezuela 53 Zambia 186 Etiopía 148 Finlandia 149 Suecia 118 Afganistán 169 Andorra 107 Arabia Saudita 62 Argelia 112 Armenia 114 Azerbaiyán 26 Bahamas 77 Benín 97 Botswana 170 Brunei Darussalam 90 Burundi 124 Bután 130 Camboya 67 Chad 173 Chipre 143 Corea del Norte 172 Djibouti 19 El Salvador 106 Emiratos Árabes Unidos 173 Eritrea 174 Estado de la Ciudad del Vaticano 175 Fiji 81 Gabón 177 Gambia 20 Guatemala 60 Guinea Ecuatorial 176 Guinea-Bisáu 24 Haití 17 Honduras 121 India 132 Indonesia 108 Irak 150 Irán 138 Islas Salomón 23 Jamaica 344 Japón 109 Jordán 154 Catar 115 Kazajistán 120 Kirguistán 145 Kiribati 153 Kuwait 99 Lesoto 74 Liberia 64 Libia 146 Liechtenstein 37 Lituania 48 Macedonia 102 Madagascar 131 Malasia 94 Malawi 179 Malta 70 Mauritania 41 Moldavia 122 Mongolia 117 Myanmar 15 Nicaragua 105 Omán 164 Palau 139 Papúa Nueva Guinea 84 República Centroafricana 82 República del Congo 157 República Democrática Popular de Laos 27 República Dominicana 31 Ruanda 28 San Marino 73 Sierra Leona 110 Siria 103 Somalia 141 Sri Lanka 66 Sudán 85 Sudán del Sur 55 Suiza 11 Surinam 98 Swazilandia 129 Tailandia 136 Taiwán 115 Tayikistán 179 Tonga 117 Turkmenistán 111 Turquía 133 Tuvatu 40 Ucrania 88 Uganda 116 Uzbekistán 137 Vanuatu 128 Vietnam 104 Yemen

Ramón Michel A. Repka D. Mapa global de normas sobre objeción de conciencia en aborto. Buenos Aires: REDAAS & Ipsa. 2021 [actualizado diciembre 2023].

El reconocimiento del derecho a la OC es limitado

En el mundo, el reconocimiento de la objeción de conciencia (OC) a los profesionales de la salud no se concede de manera indiscriminada. De hecho, es más común que los países que permiten la OC establezcan restricciones a su ejercicio.

De los 87 países que aceptan la OC para el aborto, la gran mayoría (74 países) impone límites y obligaciones a aquellos que objetan. Esto significa que, en la práctica, los profesionales de la salud no tienen un permiso incondicional para negarse a proporcionar servicios de salud basados en sus creencias personales.

Solo **13** países en el mundo no especifican explícitamente restricciones directas en sus regulaciones de la OC. Sin embargo, la falta de limitaciones específicas no significa que los profesionales de la salud tengan carta libre para rechazar la prestación de servicios sanitarios basándose en la OC. En realidad, sus acciones siguen estando sujetas a deberes profesionales y a principios jurídicos fundamentales aplicables al ejercicio de cualquier derecho, como el principio de prohibición del abuso del derecho.

La OC institucional o de ideario es la excepción

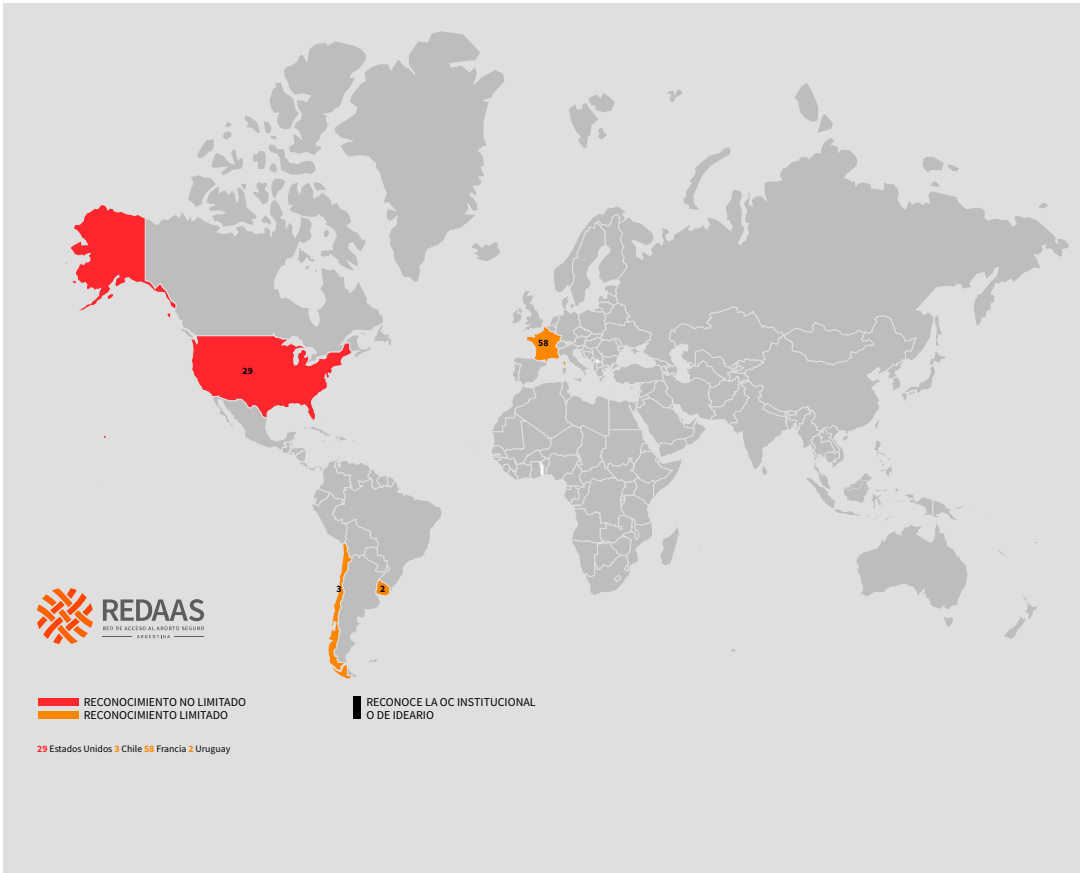
El reconocimiento limitado a la OC no es, tampoco, cualquier tipo de reconocimiento limitado.

Esta tendencia refiere sólo a lo que se conoce como la “OC individual”; es decir a aquella que puede invocar el o la profesional de salud con legitimación para negarse a participar en procedimientos que contradicen sus valores personales.

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: **sólo un puñado de 4 países de los 87 que admiten la OC en aborto la reconocen. 3** de estos países se encuentran en América (Chile, Estados Unidos y Uruguay) y el restante en Europa (Francia).

MAPA DE NORMAS SOBRE OBJECCIÓN DE CONCIENCIA

Reconoce la OC institucional o de ideario:
Se ha respondido de manera afirmativa a este indicador en aquellos países cuyas normativas explícitamente reconocen el derecho a la OC institucional o de ideario.



Ramón Michel, A. Repka, D. y Ariza, S. Mapa de normas sobre objeción de conciencia. REDAAS & Ipsas. 2020.
Actualizado al 20.04.21

2

¿Cuáles son los límites y deberes más comunes que se imponen a los profesionales que objetan?

Los límites y deberes más frecuentes

Entre los países que permiten la OC, hemos identificado **tres restricciones** y **obligaciones comunes**:

- **Prohibición de invocar OC en caso de emergencia médica**
La limitación más extendida a nivel global prohíbe ejercer la OC durante emergencias médicas. En total, **57** países contemplan esta restricción.

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)’

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**

El segundo límite más común, presente en **33** países, es la obligación del profesional que alega OC de derivar a la paciente a otro profesional capacitado.

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)²

*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.***³ [El énfasis ha sido añadido].

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

Finalmente, el tercer deber más habitual es la obligación de informar a la paciente sobre la objeción, práctica reconocida por **29** países.

Art. 7 inc. 3.a de la Ley N°6 de Aborto de Nueva Zelanda (2020)⁴

*Si un médico (...) tiene una objeción de conciencia (...), **el médico deberá informar al demandante (...) de su objeción de conciencia a la mayor brevedad posible.***⁵ [El énfasis ha sido añadido].

Pero... ¿esto es todo...?

Los límites a la OC impuestos por las legislaciones suelen ser, mayoritariamente, “individuales”. Es decir, se traducen en deberes individuales que deben cumplir los y las profesionales sanitarias que objetan.

Sin embargo, ante la evidencia de la enorme cantidad de problemas que estas objeciones conllevan, así como las dificultades en el acceso que traen para las usuarias que buscan servicios de aborto, las tensiones que se producen dentro de los equipos de salud, y la necesidad de mantener una organización de los servicios de salud predecible y eficiente, **algunas normas han empezado a introducir lo que llamamos “garantías institucionales”**.

Las garantías institucionales **son previsiones que imponen obligaciones a los Estados y a los efectores de salud** con el objetivo de asegurar que las OC no impidan el acceso a estos servicios por parte de las usuarias y minimizar los efectos negativos de tales objeciones sobre los equipos de salud y el sistema sanitario en su conjunto.

Los ejemplos más usuales de garantías institucionales son:

- 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 dispuestos a realizar la práctica por invocar OC.
- La obligación asumida por efectores públicos de garantizar un determinado número de profesionales de la salud que no expresen OC.
- La necesidad de los servicios de salud de tener un registro actualizado de profesionales dispuestos a ofrecer servicios de aborto.

Estos mecanismos institucionales aún son una excepción. Sólo **23** países (26% del total de países que admiten la OC) incluyen en sus cláusulas de OC estas garantías.⁶ Sin embargo, **en los últimos años se observa una tendencia creciente a su reconocimiento en cada vez más países.**

Art. 11 de la ley N° 27.610 de Argentina (2020)⁷

*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].*

3

¿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 (37 países) emplea el criterio subjetivo. La diferencia radica en las especializaciones y profesiones. Así, 2 países reconocen la OC sólo a ginecólogos-obstetras (Cuba e Israel); 22 la reconocen a médicos (Albania, Angola, Bolivia, Burkina Faso, Camerún, Costa de Marfil, Croacia, Egipto, Georgia, Guinea, Letonia, Líbano, Mali, Marruecos, Nigeria, Polonia, República Democrática del Congo, Rumania, Rusia, Senegal, Trinidad y Tobago, y Túnez); y 13 lo hacen al personal de salud (Bélgica, Corea del Sur, Eslovenia, Filipinas, Islandia, Montenegro, Namibia, Níger, 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 (33 países) es el criterio objetivo, aunque también hay variación: 6 países emplean una fórmula estricta indicando que sólo puede objetar “quien realiza el procedimiento” (Bangladesh, Colombia, Ghana, Nepal, Panamá y Zambia), de modo ligeramente parecido aunque más amplio 4 países marcan que tiene el derecho alegar OC “quien participa directamente en el procedimiento” (Argentina, Cabo Verde, Ecuador y España); pero la mayoría (23 países) recurre a la fórmula más amplia, adjudicando el derecho a la OC a todos aquellos que intervienen en el aborto (Alemania, Barbados, Belice, Chile, Hong Kong, Costa Rica, Eslovaquia, Estados Unidos, Estonia, Gran Bretaña, Guayana, Hungría, Irlanda del Norte, Kenia, Luxemburgo, Mauricio, Mozambique, Países Bajos, Pakistán, Portugal, Serbia, Singapur y Timor Oriental).

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

4

¿Qué es el mapa de objeción de conciencia?

Este mapa interactivo y online ofrece una sistematización sin precedentes de las normativas actuales sobre la OC en aborto a nivel mundial.⁸ Desarrollado por Agustina Ramón Michel y Dana Repka del CEDES, con apoyo de REDAAS e Ipas LAC, el mapa aborda una necesidad no cubierta anteriormente, respondiendo de manera clara a dos preguntas: ¿cómo “resuelven” legalmente los países la disputa de la OC? Y, en definitiva, ¿qué tendencias —y diferencias— podemos identificar entre sus regulaciones a nivel comparado?

El proyecto, que se inició en mayo de 2020 y continúa actualizándose, recopila, describe y analiza la normativa constitucional, legal y regulatoria, así como las sentencias judiciales relacionadas con la OC en cada uno de los 185 estados soberanos, más 6 colonias y dependencias administrativas reconocidas por el código ISO 3166-1.⁹ Además, incluye documentos regionales e internacionales sobre derechos humanos pertinentes al tema.

El Mapa interactivo está disponible en español y en inglés, permitiendo acceder, a su vez, a todos los textos legales en su idioma original. Las personas que accedan al Mapa pueden también usar 15 filtros diseñados para ofrecer un análisis detallado de las políticas de OC en cada país y facilitar un estudio 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 la práctica	ID Impone deberes a quienes ejercen OC	FE Exige formalidad para ejercer OC
JL Ley penal o sanitaria varía en cada jurisdicción local	LI Establece límites individuales a la OC	RG Reconoce garantías institucionales	

NORMAS SOBRE OC

- Constitucional
- Legal MÁS INFO >
- Regulatorio
- 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*.

LAS NORMAS DE OBJECCIÓN DE CONCIENCIA EN EL MUNDO / 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 individuales. 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 varía considerablemente por país. Se reconocen tres criterios:
 - El criterio objetivo.
 - El criterio subjetivo.
 - El criterio mixto.

Notas

- 1** 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=15>. [El énfasis ha sido añadido]
- 2** 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>.
- 3** 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.
- 4** 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].
- 5** 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.
- 6** Se trata de: Argentina, Bangladesh, Bielorrusia, Bolivia, Brasil, Chile, Colombia, Costa Rica, Dinamarca, Ecuador, Eslovenia, España, Francia, Ghana, Italia, Mónaco, Nepal, Noruega, Perú, Portugal, Serbia, Sudáfrica y Zambia.
- 7** 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>.
- 8** Ramón Michel A, Repka D. Mapa global de normas sobre objeción de conciencia en aborto. Buenos Aires: REDAAS & Ipas. 2021 [actualizado diciembre 2023].
- 9** 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.

CITA SUGERIDA: Ramón Michel, A. y Repka, D. Mapa global de normas de objeción de conciencia. REDAAS, Buenos Aires, mayo 2024.

www.redaas.org.ar

