



Objeción de Conciencia: **Estándares internacionales de derechos humanos para su uso en la atención de salud sexual y reproductiva**

NOTA DE POLÍTICA | OCTUBRE 2025

HUMAN
RIGHTS
WATCH



REDAAS
RED DE ACCESO AL ABORTO SEGURO
ARGENTINA



CEDES
Centro de Estudios
de Estado y Sociedad



Objeción de Conciencia

**Estándares internacionales de derechos humanos para su
uso en la atención de salud sexual y reproductiva**



Objeción de Conciencia

Estándares internacionales de derechos humanos para su uso en la atención de salud sexual y reproductiva

Resumen	1
Contexto	3
Metodología.....	5
Estándares internacionales de derechos humanos para la objeción de conciencia en la atención de salud	6
Los Estados no están obligados a reconocer la objeción de conciencia para profesionales de la salud individuales	6
Los Estados que reconocen la objeción de conciencia deben establecer límites en su ejercicio por parte de los proveedores de salud individuales	9
Únicamente los proveedores de salud individuales, y no las instituciones, pueden ejercer la objeción de conciencia	12
Garantías institucionales en los Estados que reconocen la objeción de conciencia en la atención de salud	21
Derechos de Pacientes	32
Derechos de los proveedores de salud que no objetan a trabajar en un entorno libre de violencia y discriminación	38
Conclusión	41
Agradecimientos.....	43

Resumen

Toda persona tiene el derecho humano al más alto nivel posible de salud física y mental. Esto implica el acceso universal, en condiciones de igualdad, a bienes y servicios de salud de calidad, incluyendo el acceso a servicios de salud sexual y reproductiva y a los servicios de aborto. La objeción de conciencia en la atención de salud permite que el personal de salud se abstenga de realizar determinadas prácticas por motivos de conciencia. El tema de la objeción de conciencia en la atención de salud, especialmente en lo que respecta a la atención del aborto, ha sido ampliamente abordado por organismos de derechos humanos en más de 60 documentos. Esta síntesis de política (*policy brief*) describe, sistematiza y analiza el desarrollo legislativo y normativo, tanto a nivel nacional como internacional, sobre la objeción de conciencia en la atención de salud en general, y en particular en relación al aborto, con el fin de ofrecer un marco integral para la elaboración de leyes y políticas de salud que estén en consonancia con las normas internacionales y protejan los derechos de pacientes y del personal de salud.

La primera sección ofrece una visión general de la evolución del consenso internacional en materia de derechos humanos sobre la objeción de conciencia en la atención de salud. Este análisis de las interpretaciones de los organismos de derechos humanos indica que el derecho internacional no obliga a los Estados a reconocer o permitir la objeción de conciencia en la atención de salud, incluso en lo que respecta a la atención del aborto, dado que el principal deber de atención de un Estado es hacia la persona que busca recibir servicios de salud.

La segunda sección enumera las principales obligaciones de los Estados que reconocen la objeción de conciencia en la atención de salud, las cuales se imponen al profesional de la salud o son asumidas por el propio Estado (también conocidas como “garantías institucionales”). Estas obligaciones buscan garantizar que la invocación de la objeción de conciencia respete los derechos tanto de las personas que buscan atención de salud como de quienes la proveen. Los organismos internacionales y regionales de derechos humanos han manifestado de manera constante que la declaración de objeción de conciencia por parte de una persona profesional de la salud nunca debe derivar en la limitación o negación del acceso de otras personas a servicios de salud, incluida la atención al aborto. Por lo tanto, si un Estado permite la objeción de conciencia en la atención de salud, este debe regular su invocación. Los requisitos procedimentales más comunes para que un proveedor de salud invoque la

objeción de conciencia son: informar a la persona paciente de manera oportuna que ejercerá la objeción de conciencia, remitir de manera oportuna a otra persona profesional y comunicarle sus derechos. Otra limitación a la invocación de objeción de conciencia por parte de un proveedor es que no puede recurrir a ella en situaciones de atención de emergencia o urgentes.

Según los organismos de derechos humanos, las obligaciones de los Estados incluyen: regular claramente la objeción de conciencia; prohibir la objeción de conciencia institucional; establecer mecanismos de derivación; garantizar la disponibilidad adecuada de profesionales no objetores, incluso mediante la contratación de quienes estén dispuestos a proporcionar servicios de aborto; y establecer e implementar mecanismos de monitoreo, supervisión y sanción.

La tercera sección describe los argumentos presentados por los organismos de derechos humanos sobre por qué los Estados deben regular el uso de la objeción de conciencia para respetar y proteger determinados derechos humanos. Estos organismos han identificado tres grupos de derechos como base de estas obligaciones: los derechos de las personas que acceden a la atención de salud, incluida la atención del aborto; los derechos del personal de salud que no objeta; y las obligaciones estatales en cuanto a la organización y prestación de servicios de salud. Entre los derechos de las personas pacientes más destacados se encuentran el derecho a la vida, a la salud y a la integridad personal; a la igualdad y a la no discriminación; y a no ser sometidas a tratos crueles, inhumanos y degradantes. En cuanto a los derechos del personal de salud no objetor, se enfatiza su derecho a trabajar en un entorno libre de violencia y discriminación. Finalmente, los argumentos basados en las obligaciones estatales se fundamentan en la democracia y en el impacto negativo que la objeción de conciencia tiene en los servicios de salud.

Contexto

La objeción de conciencia en la atención de salud permite que el personal de salud se abstenga de realizar determinadas prácticas de atención médica por motivos de conciencia. La objeción de conciencia para la prestación de servicios de salud sexual y reproductiva, como el aborto, ha sido un tema central de derechos humanos en las últimas décadas. Tanto el sistema de Naciones Unidas¹ como los sistemas regionales de derechos humanos han abordado cada vez más la objeción de conciencia en este contexto en sus respectivas decisiones judiciales, informes, recomendaciones y otras declaraciones. A nivel regional, esta temática está cobrando relevancia, especialmente en el sistema europeo² y, de manera progresiva, en los sistemas africanos³ e interamericanos.⁴

Esta tendencia también se observa a nivel nacional. Diversas leyes y regulaciones nacionales en casi 100 países contemplan la objeción de conciencia en la atención de salud y, a menudo, hacen referencia específica a la prestación de servicios de atención del aborto.⁵

Si bien muchas leyes y normativas que reconocen la objeción de conciencia intentan equilibrar los derechos tanto de las personas que buscan servicios de salud como del personal de salud, este equilibrio con frecuencia ha estado ausente, ha sido objeto de

¹ En el sistema de las Naciones Unidas, la objeción de conciencia en la atención de la salud ha sido abordada explícitamente en al menos 36 pronunciamientos emitidos por el Comité para la Eliminación de la Discriminación contra la Mujer (Comité CEDAW), el Comité de Derechos Económicos, Sociales y Culturales, la Asamblea General de las Naciones Unidas, el Comité de Derechos Humanos, el Comité contra la Tortura, el Comité de los Derechos del Niño, el Grupo de Trabajo sobre la cuestión de la discriminación contra la mujer en la legislación y en la práctica y el Alto Comisionado de las Naciones Unidas para los Derechos Humanos.

² El Tribunal Europeo de Derechos Humanos ha emitido seis fallos jurisprudenciales sobre la objeción de conciencia en aborto, anticoncepción y diagnósticos prenatales, y el Comité Europeo de Derechos Sociales ha dictado tres decisiones. Además, el Parlamento Europeo, el Consejo de Europa, el Comisionado para los Derechos Humanos del Consejo de Europa y el Comité de Asuntos Sociales, Salud y Familia de la Asamblea Parlamentaria del Consejo de Europa han emitido al menos 13 pronunciamientos no vinculantes sobre la objeción de conciencia.

³ Comisión Africana de Derechos Humanos y de los Pueblos (CADHP), Observación General No. 1 sobre el Artículo 14 (1) (d) y (e) del Protocolo de la Carta Africana de Derechos Humanos y de los Pueblos sobre los Derechos de las Mujeres en África, <https://achpr.au.int/index.php/en/node/855>, párr. 31 (consultado el 19 de noviembre de 2024); y, CADHP, Observación General No. 2 sobre el Artículo 14.1 (a), (b), (c) y (f) y el Artículo 14.2 (a) y (c) del Protocolo de la Carta Africana de Derechos Humanos y de los Pueblos, [⁴ La Comisión Interamericana de Derechos Humanos ha emitido tres informes sobre la objeción de conciencia. El Mecanismo de Seguimiento de la Convención de Belém do Pará \(MESECVI\) también ha abordado este tema.](https://achpr.au.int/index.php/en/node/854#:~:text=Under%20Article%2014%20(2)%20(physical%20health%20of%20the%20mother,párrs. 25 y 26 (consultado el 19 de noviembre de 2024).</p></div><div data-bbox=)

⁵ Ver, Ramón Michel A. and Repka D. M., Mapa global de normas sobre objeción de conciencia en aborto, REDAAS & Ipas, 2021, <https://redaas.org.ar/objecion-de-conciencia/global-map-of-norms-regarding-conscientious-objection-to-abortion/> (consultado el 19 de noviembre de 2024).

controversia o ha resultado difícil de lograr. Las negativas a brindar atención médica basadas en la objeción de conciencia han constituido un obstáculo significativo para que mujeres y niñas accedan a servicios esenciales de salud.⁶ Como consecuencia, se han presentado numerosas peticiones ante tribunales y organismos internacionales de derechos humanos, con el fin de obtener claridad sobre cuándo puede invocarse la objeción de conciencia y encontrar soluciones frente al impacto de esta práctica en el acceso de mujeres y niñas a servicios de salud.⁷

En consecuencia, ha surgido un conjunto sólido de normas internacionales que se ha convertido en una herramienta importante para gobiernos, responsables de toma de decisiones, activistas y organizaciones de la sociedad civil que buscan proteger y promover los derechos humanos en el contexto de la objeción de conciencia en la atención de salud, particularmente en lo que respecta al aborto.⁸

⁶ Existe literatura sobre el impacto negativo de la objeción de conciencia en las mujeres. Veá, por ejemplo: Autorino, T., *The Impact of Gynecologists' Conscientious Objection on Abortion Access*, *Social Science Research*, 87, <https://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S0049089X20300016>, pp. 8-16 (consultado el 19 de noviembre de 2024); Davis, J. M., Haining, C. M., & Keogh, L. A., *A Narrative Literature Review of the Impact of Conscientious Objection by Health Professionals on Women's Access to Abortion Worldwide 2013-2021*, *Global Public Health*, 17(9), <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/35129083/>, pp. 2190-2205 (consultado el 19 de noviembre de 2024); Shanawani, H., *The Challenges of Conscientious Objection in Health Care*, *Journal of Religion and Health*, 55(2), <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/26923838/>, pp. 384-393 (consultado el 19 de noviembre de 2024); Ramón Michel, A., Kung, S., López-Salm, A., & Ariza Navarrete, S., *Regulating Conscientious Objection to Legal Abortion in Argentina: Taking into Consideration its Uses and Consequences*, *Health and Human Rights*, 22(2), <https://pmc.ncbi.nlm.nih.gov/articles/PMC7762910/>, p. 271 (consultado el 19 de noviembre de 2024); Bertolè, G., *Abortion in South Africa: The Consequences of Conscientious Objection*, *LSE International Development Review*, 1(2), https://redaas.org.ar/wp-content/uploads/Abortion_in_South_Africa_The_Consequences_of_Conscientious_Objection.pdf (consultado el 19 de noviembre de 2024); Haaland, M. E., Haukanes, H., Zulu, J. M., Moland, K. M., & Blystad, A., *Silent Politics and Unknown Numbers: Rural Health Bureaucrats and Zambian Abortion Policy*, *Social Science & Medicine*, 251, 112909, <https://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S0277953620301283> (consultado el 19 de noviembre de 2024); y Ramón Michel A., Undurraga V., Cabrera O. (comps.), *La Objeción de Conciencia en el Área de Salud*, Siglo del Hombre, Uniandes, 2024, <https://www.jstor.org/stable/jj.12228591> (consultado el 19 de noviembre de 2024).

⁷ Veá, por ejemplo: Tribunal Europeo de Derechos Humanos, *Grimmark vs. Suecia* (Exp. No. 43726/17) 11 de febrero de 2020; Tribunal Europeo de Derechos Humanos, *R.R. vs. Polonia* (Exp. No. 27617/04) 28 de noviembre de 2011; Comité Europeo de Derechos Sociales, *Federación Internacional de Planificación Familiar-Red Europea (IPPF-EN) vs. Italia*, Exp. No. 87/2012, decisión sobre el fondo del 10 de septiembre de 2013; Tribunal Europeo de Derechos Humanos, "P. y S. vs. Polonia" (Expediente No. 57375/08) 30 de octubre de 2012.

⁸ Michel, Agustina Ramón, Verónica Undurraga, Óscar A. Cabrera, y Andrés Constantin, eds. *La Objeción de Conciencia en el Área de la Salud en América Latina*. 1a ed. Siglo del Hombre Editores S.A., 2024. <https://doi.org/10.2307/jj.12228591> (consultado el 19 de noviembre de 2024).

Metodología

Para la elaboración de esta síntesis de política, el Centro de Estudios de Estado y Sociedad (CEDES) llevó a cabo una exhaustiva investigación documental entre mayo de 2020 y diciembre de 2023. CEDES examinó fuentes jurídicas primarias a nivel nacional e internacional, analizando un corpus de más de 400 leyes y normativas de 180 países y de todos los sistemas internacionales y regionales de derechos humanos.

⁹ Asimismo, revisó 13 casos contenciosos internacionales que hicieron referencia explícita a la objeción de conciencia. Además, CEDES analizó 53 documentos no vinculantes emitidos por organismos internacionales y regionales de derechos humanos, incluidos observaciones finales a países, comentarios generales, recomendaciones y otras declaraciones.

A partir de este análisis, CEDES identificó áreas de creciente consenso en los sistemas internacionales y regionales de derechos humanos respecto a la regulación de la objeción de conciencia en el aborto, las cuales se describen en este documento.

Este documento tiene por objeto ofrecer un marco integral, basado en evidencia, que sirva de guía para la elaboración, reforma e implementación de leyes, normativas y políticas públicas de salud relacionadas con la objeción de conciencia en la atención de salud, a fin de garantizar su alineación con las normas internacionales pertinentes de derechos humanos. Está dirigido principalmente a responsables de la toma de decisiones y especialistas en políticas de salud pública y derechos sexuales y reproductivos. No prescribe cómo deben redactarse dichas leyes, normativas y políticas públicas, ni realiza un análisis sociojurídico sobre las razones por las cuales presentan la redacción que tienen.

⁹ Veá, Mapa Global de normas sobre objeción de conciencia en aborto, 2024, <https://redaas.org.ar/objecion-de-conciencia/mapa-global-sobre-objecion-de-conciencia/> (consultado el 19 de noviembre de 2024).

Estándares internacionales de derechos humanos para la objeción de conciencia en la atención de salud

Varios tribunales y organismos de protección de los sistemas internacionales y regionales de derechos humanos han desarrollado interpretaciones cada vez más sólidas, estables y consistentes del derecho internacional de los derechos humanos en relación con la objeción de conciencia en la atención de salud. Según el análisis de todos estos documentos, existen tres consensos jurídicos:

- Los Estados no están obligados a reconocer la objeción de conciencia para el personal de salud;
- Los Estados que reconocen la objeción de conciencia deben establecer límites a su ejercicio por parte del personal de salud, a fin de garantizar que no se convierta en un obstáculo para el acceso a la atención sanitaria;
- Únicamente profesionales de la salud a título individual, y no las instituciones, pueden ejercer la objeción de conciencia.

Los Estados no están obligados a reconocer la objeción de conciencia para profesionales de la salud individuales

Ningún tratado, convenio o decisión del derecho internacional impone el reconocimiento obligatorio de la objeción de conciencia en general, ni específicamente en relación con el aborto. De hecho, la objeción de conciencia solo se menciona explícitamente en estos documentos en el contexto de un derecho que puede invocarse frente al servicio militar forzoso. Esto se observa en el artículo 8 del Pacto Internacional de Derechos Civiles y Políticos (PIDCP) y en el artículo 4 del Convenio Europeo de Derechos Humanos (CEDH).

En otras palabras, no existe ninguna fuente del derecho internacional que imponga a los Estados la obligación de reconocer el derecho del personal de salud a la objeción de conciencia o de garantizarlo en sus sistemas de salud. Por el contrario, los Estados pueden optar por prohibirla o limitar su alcance en sus sistemas jurídicos internos.

Esto es particularmente evidente en las sentencias e interpretaciones del sistema europeo de derechos humanos. En el caso *Pichon y Sajous vs. Francia*, el Tribunal Europeo de Derechos Humanos (TEDH) determinó que el derecho a la libertad de pensamiento, conciencia y religión (consagrado en el artículo 9 del CEDH) no siempre garantiza el derecho a comportarse en público conforme a las propias creencias.

Específicamente, decidió que el artículo 9 no otorga al personal farmacéutico el derecho a negarse a vender anticonceptivos legales prescritos médicamente.¹⁰

En el caso *Grimmark vs. Suecia*, el TEDH sostuvo que las leyes suecas, que requieren que las parteras realicen abortos legales, perseguían el objetivo legítimo de proteger la salud de las mujeres. Además, concluyó que la injerencia en los derechos de la demandante reconocidos en el artículo 9, quien se negó a realizar abortos por motivos religiosos y de conciencia, fue proporcional y necesaria en una sociedad democrática.¹¹



Comité Europeo de Derechos Sociales, *Federación de Familias Católicas en Europa (FAFCE) vs. Suecia*, Denuncia No. 99/2013

En 2013, la Federación de Familias Católicas en Europa (FAFCE) presentó una queja contra Suecia ante el Comité Europeo de Derechos Sociales. FAFCE argumentó que Suecia estaba violando el derecho a la salud y el principio de no discriminación, entre otras razones, por no contar con un marco legal y político nacional que regule la objeción de conciencia del personal de salud, ni el derecho de este a negarse a participar en la atención de abortos.¹²

Según FAFCE, esto obligaba al personal de salud a realizar abortos en contra de su conciencia, entre otras cosas.¹³

El comité concluyó que la ley sueca no violaba la Carta Social Europea. Al llegar a esa decisión, el Comité Europeo de Derechos Sociales determinó que el derecho a la salud consagrado en el artículo 11 de la Carta Social Europea no impone a los Estados Partes el *deber* de garantizar el derecho del personal de salud a objetar por motivos de conciencia.¹⁴ También afirmó que el artículo 11 no “confiere un derecho a la objeción de conciencia al personal del sistema de salud de un Estado Parte.”¹⁵ El comité resolvió que, dado que el

¹⁰ Tribunal Europeo de Derechos Humanos, *Pichon y Sajous vs. France*, (Caso No. 49853/99) 2 de octubre de 2001, <https://clacaidigital.info/handle/123456789/1910> (consultado el 20 de noviembre de 2024).

¹¹ Tribunal Europeo de Derechos Humanos, *Grimmark vs. Suecia* (Exp. No. 43726/17) 11 de febrero de 2020.

¹² Comité Europeo de Derechos Sociales, *Federación de Familias Católicas en Europa (FAFCE) vs. Suecia*, (Caso No. 99/2013) 17 de marzo de 2015, <https://hudoc.esc.coe.int/eng/?i=cc-99-2013-dmerits-en>, párr. 37 (consultado el 7 de octubre de 2025)

¹³ Ibid.

¹⁴ Comité Europeo de Derechos Sociales, *Federación de Familias Católicas en Europa (FAFCE) vs. Suecia*, Decisión sobre el fondo, 17 de marzo de 2015, <https://hudoc.esc.coe.int/eng/?i=cc-99-2013-dmerits-en>, párr. 70.

¹⁵ Ibid., párr. 71.

artículo 11 no es aplicable, no se produce discriminación si el personal de salud no tiene derecho a ejercer la objeción de conciencia.¹⁶

En contraste, sostuvo que el derecho a la salud requiere que los Estados Partes aseguren el acceso a una atención médica adecuada, lo que incluye el derecho a la salud de las mujeres que buscan atención para abortos. Para resaltar este punto, el Comité mencionó una queja presentada contra Italia.¹⁷ Los hechos de dicha queja indicaban que, como resultado de la mala implementación de la ley sobre objeción de conciencia, alrededor del 70% de los ginecólogos eran objetores de conciencia en 2009, lo que impedía el acceso al servicio de aborto para mujeres, niñas y personas embarazadas en gran parte de Italia.¹⁸



A nivel mundial

Solo tres países han prohibido explícitamente la objeción de conciencia en el ámbito de la salud en todos los casos: Etiopía, Finlandia y Suecia. Estos países están facultados para adoptar esta postura conforme al derecho internacional.

Algunos países no se pronuncian sobre el tema. La mayoría de los sistemas legales nacionales, sin embargo, permite que el personal de salud se niegue a realizar ciertos procedimientos por motivos de conciencia, aunque sujetos a condiciones y límites.

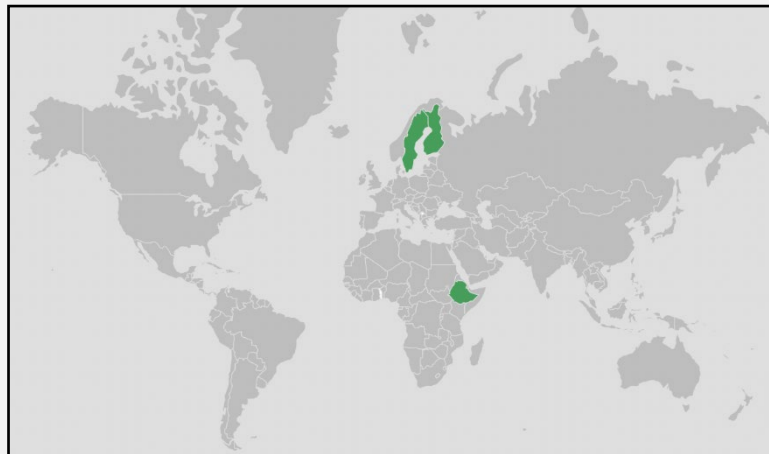


Imagen 1: Países que prohíben la objeción de conciencia en la atención médica. © Ramón Michel A, Repka D., Mapa Global de Normas sobre Objeción de Conciencia al Aborto, Buenos Aires: REDAAS & Ipas, 2021

¹⁶ Ibid., párrs. 69, 72.

¹⁷ Ibid., párr. 70.

¹⁸ Ibid., párrs. 27, 169, y 174.

Los Estados que reconocen la objeción de conciencia deben establecer límites en su ejercicio por parte de los proveedores de salud individuales

Numerosos fallos y pronunciamientos internacionales y regionales establecen que los Estados que decidan reconocer la objeción de conciencia en la atención de salud deben imponer límites a su ejercicio.

Aunque no todos los tribunales regionales de derechos humanos han emitido sentencias sobre esta cuestión, cuatro fallos del Tribunal Europeo de Derechos Humanos (TEDH) destacan la necesidad de una delimitación clara de la objeción de conciencia en la atención de salud.¹⁹ Estos fallos enfatizan que los Estados deben organizar sus sistemas de salud de modo que el ejercicio de la objeción de conciencia por parte de proveedores de salud individuales no obstaculice los derechos de las mujeres y niñas a acceder a los servicios de salud permitidos por la ley.

Esta posición también se refleja en instrumentos internacionales y regionales de normas no vinculantes (*soft law*). Aunque estos instrumentos no son legalmente vinculantes, suelen tener una influencia significativa en las decisiones y comportamientos de Estados, organizaciones y actores privados, ya que establecen estándares y brindan orientación sobre derechos humanos.

Cincuenta y cuatro pronunciamientos de normas no vinculantes, incluyendo observaciones finales sobre países, comentarios generales, recomendaciones u otras declaraciones, enfatizan la necesidad de imponer límites a la objeción de conciencia. Estos pronunciamientos provienen de ocho mecanismos de derechos humanos de la

¹⁹ Tribunal Europeo de Derechos Humanos, *Tysiāc v. Polonia*, del 24 de septiembre de 2007, [https://hudoc.echr.coe.int/eng#{%22itemid%22:\[%22001-76165%22\]}](https://hudoc.echr.coe.int/eng#{%22itemid%22:[%22001-76165%22]}) (consultado el 20 de noviembre de 2024); Tribunal Europeo de Derechos Humanos, *R.R. v. Polonia*, Exp. No. 27617/04, del 28 de noviembre de 2011, [https://hudoc.echr.coe.int/fre#{%22itemid%22:\[%22001-104911%22\]}](https://hudoc.echr.coe.int/fre#{%22itemid%22:[%22001-104911%22]}) (consultado el 20 de noviembre de 2024); Tribunal Europeo de Derechos Humanos, *Grimmark v. Suecia*, Exp. No. 43726/17, del 11 de febrero de 2020, [https://hudoc.echr.coe.int/fre#{%22itemid%22:\[%22001-201915%22\]}](https://hudoc.echr.coe.int/fre#{%22itemid%22:[%22001-201915%22]}) (consultado el 20 de noviembre de 2024); y Tribunal Europeo de Derechos Humanos, *Steen v. Suecia*, Exp. No. 43726/17, del 11 de febrero de 2020, [https://hudoc.echr.coe.int/fre#{%22itemid%22:\[%22001-201732%22\]}](https://hudoc.echr.coe.int/fre#{%22itemid%22:[%22001-201732%22]}) (consultado el 20 de noviembre de 2024).

ONU,²⁰ cinco del sistema europeo,²¹ dos del sistema interamericano²² y uno del sistema africano,²³ lo que indica un amplio consenso sobre la necesidad de restringir el uso de la objeción de conciencia.

En contraste, ningún instrumento o pronunciamiento internacional o regional exige que los Estados reconozcan un derecho amplio a la objeción de conciencia, como lo señaló la Comisión Interamericana de Derechos Humanos (CIDH) en su informe de 2011, “Acceso a la Información en materia reproductiva desde una perspectiva de derechos humanos.” Este informe menciona favorablemente la decisión de 2008 de la Corte Constitucional de Colombia que estableció restricciones claras sobre el uso de la objeción de conciencia, tal como se detalla en el recuadro a continuación.²⁴

 **Comisión Interamericana de Derechos Humanos, “Acceso a la información en materia reproductiva desde una perspectiva de derechos humanos,” OAS/ Ser.L/V/II. Doc. 61, 22 de noviembre de 2011, párrs. 97 y 98**

La CIDH enumeró algunos aspectos relevantes respecto al alcance de la objeción de conciencia, tal como fue determinado por la Corte Constitucional de Colombia:

- La objeción de conciencia no es un derecho del cual son titulares las personas jurídicas o el Estado, sólo es posible reconocerlo a personas naturales.
- En caso que un médico alegue la objeción de conciencia, está en la obligación de proceder a remitir a la mujer a otro médico que sí puede realizar el servicio médico solicitado, sin perjuicio de que posteriormente

²⁰ Los ocho mecanismos de la ONU son: El Comité para la Eliminación de la Discriminación contra la Mujer, el Comité de Derechos Económicos, Sociales y Culturales, la Asamblea General de las Naciones Unidas, el Comité de Derechos Humanos, el Comité contra la Tortura, el Comité de los Derechos del Niño, el Grupo de Trabajo sobre la cuestión de la discriminación contra la mujer en la legislación y la práctica y el Alto Comisionado de las Naciones Unidas para los Derechos Humanos.

²¹ Los cinco mecanismos europeos son: El Parlamento Europeo, el Consejo de Europa, el Comisionado del Consejo de Europa para los Derechos Humanos, el Comité de Asuntos Sociales, Salud y Familia de la Asamblea Parlamentaria del Consejo de Europa y el Tribunal Europeo de Derechos Humanos.

²² Los dos mecanismos interamericanos son: la Comisión Interamericana de Derechos Humanos y el Mecanismo de Seguimiento de la Convención de Belém do Pará (MESECVI).

²³ Comisión Africana de Derechos Humanos y de los Pueblos, órgano que supervisa la Carta Africana de Derechos Humanos y de los Pueblos, la convención de derechos humanos más importante de la región.

²⁴ Comisión Interamericana de Derechos Humanos, “Acceso a la información en materia reproductiva desde una perspectiva de derechos humanos”, OEA/Ser.L/V/II. Doc. 61, 22 de noviembre de 2011, párrs. 93 a 99 (2011), <https://www.oas.org/es/cidh/mujeres/docs/pdf/ACCESO%20INFORMACION%20MUJERES.pdf> (consultado el 20 de noviembre de 2024).

se determine si la objeción de conciencia era procedente y pertinente a través de los mecanismos establecidos por la profesión médica.

- La objeción de conciencia es una decisión individual y no institucional o colectiva.
- La objeción de conciencia aplica sólo a prestadores directos y no a personal administrativo.
- La objeción de conciencia procede cuando se trate realmente de una convicción de carácter religioso debidamente fundamentada y debe presentarse por escrito, siguiendo el médico que la invoca la obligación de remitir inmediatamente a la mujer a un médico que pueda proporcionar el servicio en salud reproductiva requerido, ello con la finalidad de impedir que la negación constituya una barrera en el acceso a la prestación de servicios de salud reproductiva.

La CIDH también señaló que la Corte Constitucional de Colombia enfatizó que el ejercicio del derecho a la objeción de conciencia no puede utilizarse para discriminar ni para vulnerar los derechos de las mujeres.

La exigencia de limitar la objeción de conciencia se ha traducido en dos tipos de obligaciones legales: obligaciones de los Estados, también conocidas como “garantías institucionales”, y obligaciones para los prestadores de salud objetores. Ambos tipos de obligaciones buscan asegurar que el ejercicio de la objeción de conciencia no comprometa los derechos de las pacientes ni de otros profesionales de la salud, así como tampoco el acceso a servicios de salud esenciales, especialmente en situaciones de emergencia.



A nivel mundial

La mayoría de los países que han optado por reconocer la objeción de conciencia han impuesto límites a su uso, ya sea en forma de garantías institucionales y/o obligaciones para los prestadores de salud.

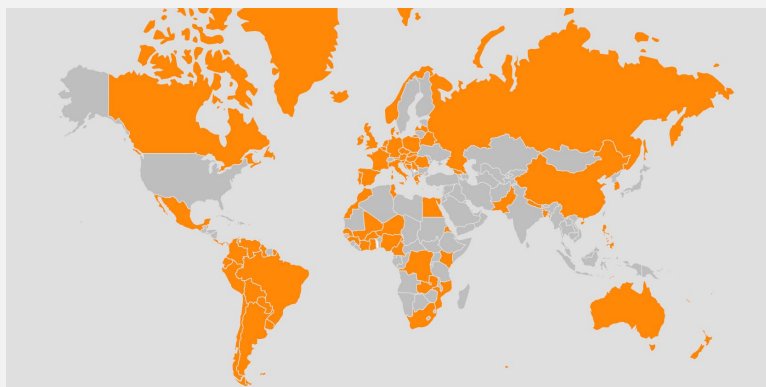


Imagen 2: Países que cuentan con leyes que permiten a los prestadores de la salud invocar la objeción de conciencia, pero sujetos a varias limitaciones.

Fuente: Ramón Michel A, Repka D. Mapa global de normas sobre objeción de conciencia en aborto. Buenos Aires: REDAAS & Ipas, 2021, actualizado en Diciembre 2024. Disponible en <https://redaas.org.ar/objecion-de-conciencia/mapa-global-sobre-objecion-de-conciencia/>.

Únicamente los proveedores de salud individuales, y no las instituciones, pueden ejercer la objeción de conciencia

Los 67 pronunciamientos vinculantes y no vinculantes internacionales y regionales sobre la objeción de conciencia en la atención de salud analizados para este documento coinciden en que la objeción de conciencia solo puede ser invocada por profesionales de la salud individuales. Ninguno de ellos permite que las instituciones la invoquen.²⁵

²⁵ Tribunal Europeo de Derechos Humanos. *Tysiāc vs. Polonia*; Tribunal Europeo de Derechos Humanos. *R.R. vs. Polonia* (Exp. No. 27617/04) del 28 de noviembre de 2011; Tribunal Europeo de Derechos Humanos. *P. y S. vs. Polonia* (Exp. No. 57375/08) del 30 de octubre de 2012, [https://hudoc.echr.coe.int/fre#{%22itemid%22:\[%22002-7226%22\]}](https://hudoc.echr.coe.int/fre#{%22itemid%22:[%22002-7226%22]}) (consultado el 20 de noviembre de 2024); Comité Europeo de Derechos Sociales, *Federación Internacional de Planificación Familiar-Red Europea (IPPF-EN) vs. Italia*, demanda Nº 87/2012, decisión sobre el fondo del 10 de septiembre de 2013; https://www.coe.int/en/web/european-social-charter/processed-complaints/-/asset_publisher/5GEFKJmH2bYg/content/no-87-2012-international-planned-parenthood-federation-european-network-ippf-en-v-italy (consultado el 20 de noviembre de 2024); Comité Europeo de Derechos Sociales. *Confederazione Generale Italiana del Lavoro (CGIL) vs. Italia*, demanda No. 91/2013, decisión sobre el fondo del 12 de octubre de 2015, [https://hudoc.esc.coe.int/eng/#{%22sort%22:\[%22escpublicationdate%20descending%22\],%22escdcididentifier%22:\[%22cc-91-2013-dadmissandmerits-en%22\]}](https://hudoc.esc.coe.int/eng/#{%22sort%22:[%22escpublicationdate%20descending%22],%22escdcididentifier%22:[%22cc-91-2013-dadmissandmerits-en%22]}), (consultado el 20 de noviembre de 2024); Tribunal Europeo de Derechos Humanos. *Grimmark vs. Suecia* (Exp No. 43726/17) del 11 de febrero de 2020, [https://hudoc.echr.coe.int/eng#{%22itemid%22:\[%22002-12769%22\]}](https://hudoc.echr.coe.int/eng#{%22itemid%22:[%22002-12769%22]}) (consultado el 20 de noviembre de 2024); Tribunal Europeo de Derechos Humanos, *Steen vs. Suecia*; Comisión Interamericana de Derechos Humanos, *Paulina del Carmen Ramírez Jacinto vs. México*, Caso No. 161-02, Solución Amistosa del 9 de marzo de 2007, <https://clacaidigital.info/bitstream/handle/123456789/1887/146%20a%20Informe%20201%2007%20Peticion%20161-02.pdf?sequence=1&isAllowed=y> (consultado el 20 de noviembre de 2024); Comité de Derechos Humanos de la ONU, *L.M.R. vs. Argentina*, Comunicación No. 1608/07, UN Doc. CCPR/C/101/D/1608/2007, <https://www.escr-net.org/caselaw/2013/lmr-v-argentina-un-doc-ccprc101d16082007/> (consultado el 20 de noviembre de 2024); Comité para la Eliminación de la Discriminación contra la Mujer, *L.C. vs. Perú*, Comunicación No. 22/2009, UN Doc. CEDAW/C/50/D/22/2009, https://www2.ohchr.org/english/law/docs/cedaw-c-50-d-22-2009_sp.pdf (consultado el 20 de noviembre de 2024); Tribunal Europeo de Derechos Humanos, *Costa y Pavan vs. Italia* (Exp. No. 54270/10), [https://hudoc.echr.coe.int/eng#{%22itemid%22:\[%22001-16745%22\]}](https://hudoc.echr.coe.int/eng#{%22itemid%22:[%22001-16745%22]}) (consultado el 20 de noviembre de 2024); y Comité Europeo de Derechos Sociales. *Federación de Familias Católicas en Europa (FAFCE) vs. Suecia*.

De manera similar, el relator especial de la ONU sobre la libertad de religión o de creencias, responsable de identificar y superar los obstáculos para el disfrute de este derecho, declaró expresamente: “la objeción de conciencia solo debería permitirse, si es que se permite, a los proveedores de servicios médicos de manera individual.”²⁶

Esta postura ha sido respaldada en otros pronunciamientos del Comité para la Eliminación de la Discriminación contra la Mujer (Comité CEDAW),²⁷ el Comité de Derechos Económicos, Sociales y Culturales (CESCR),²⁸ el Comité de los Derechos del Niño,²⁹ el Grupo de Trabajo sobre la discriminación contra la mujer en la legislación y en la práctica,³⁰ la Comisión Interamericana de Derechos Humanos (CIDH),³¹ el Comité de Asuntos Sociales, Salud y Familia de la Asamblea Parlamentaria del Consejo de Europa,³² el Parlamento Europeo³³ y la Comisión Africana de Derechos Humanos y de los Pueblos.³⁴ La Observación de la Comisión Africana es notable por incluir un lenguaje que limita la objeción de conciencia al personal directamente involucrado en la prestación de servicios específicos, como se detalla en el siguiente recuadro.

²⁶ Asamblea General de las Naciones Unidas, Informe preparado por el Relator Especial sobre la Libertad de Religión o Creencia del Consejo de Derechos Humanos, “Violencia y discriminación de género en nombre de la religión o las creencias”, 43º período de sesiones, tema 3, A/43/48, 24 de agosto de 2020, <https://documents.un.org/doc/undoc/gen/g20/217/76/pdf/g2021776.pdf>, párr. 43 (consultado el 20 de noviembre de 2024).

²⁷ Comité para la Eliminación de la Discriminación contra la Mujer, Observaciones finales de Rumanía, Doc. ONU CEDAW/C/ROU/CO/7-8, 2017, https://digitallibrary.un.org/record/1305060/files/CEDAW_C_ROU_CO_7-8-EN.pdf, párr. 33(c) (consultado el 20 de noviembre de 2024).

²⁸ Comité de Derechos Económicos, Sociales y Culturales. Observación General No. 22, párr. 43.

²⁹ Comité de los Derechos del Niño, Observaciones finales de Eslovaquia, Doc. ONU CRC/C/SVK/CO/3-5 (2016), <https://mzv.sk/documents/30297/2698893/009%20Rights%20of%20the%20Child%20-%20Concluding%20observations%20of%20the%20Committee%20on%20the%20Rights%20of%20the%20Child%20on%20the%20combined%20hird%20to%20fifth%20periodic%20reports%20of%20Slovakia.pdf/ec60d604-98fb-4500-859d-161c71e5668b>, párr. 41(f) (consultado el 20 de noviembre de 2024).

³⁰ Asamblea General de las Naciones Unidas, Informe del Grupo de Trabajo sobre la cuestión de la discriminación contra la mujer en la legislación y en la práctica, (A/HRC/32/44), 2016, <https://documents.un.org/doc/undoc/gen/g16/072/19/pdf/g1607219.pdf>, párr. 93 (consultado el 20 de noviembre de 2024).

³¹ Comisión Interamericana de Derechos Humanos, Paulina del Carmen Ramírez Jacinto vs. México, Caso No. 161-02, Solución amistosa del 9 de marzo de 2007, <https://clacaidigital.info/bitstream/handle/123456789/1887/146%20a%20Informe%202021%2007%20Petition%20161-02.pdf?sequence=1&isAllowed=y> (consultado el 20 de noviembre de 2024); Comisión Interamericana de Derechos Humanos, “Acceso a la información en materia reproductiva desde una perspectiva de derechos humanos,” OAS/Ser.L/V/II. Doc. 61, 22, November 2011, párrs. 93-99; Comisión Interamericana de Derechos Humanos, Informe de Fondo del caso Beatriz vs. El Salvador (Reporte 9/20), https://www.oas.org/es/cidh/decisiones/corte/2022/sv_13.378_es.pdf (consultado el 20 de noviembre de 2024).

³² Comité de Asuntos Sociales, Salud y Familia de la Asamblea Parlamentaria del Consejo de Europa, Memorando Explicativo titulado “El acceso de las mujeres a la atención médica legal: el problema del uso no regulado de la objeción de conciencia”, Doc. 12347, 2010, cláusula 4.

³³ Parlamento Europeo, Informe sobre Salud y Derechos Sexuales y Reproductivos (2013/2040(INI)), A7-0426/2013, presentado al Parlamento Europeo, propuesta de resolución parlamentaria que no fue aprobada, párr. 34.

³⁴ Observación general Nº 2 sobre el artículo 14.1 (a), (b), (c) y (f) y el artículo 14.2 (a) y (c) del Protocolo de la Carta Africana de Derechos Humanos y de los Pueblos sobre los derechos de la mujer en África del 28 de noviembre de 2014.

Ningún instrumento internacional o regional, ya sea vinculante o no, reconoce la posibilidad de objeción de conciencia institucional en la atención de salud. Esto es lógico, pues la objeción de conciencia está destinada a acciones individuales en circunstancias específicas. Permitir la objeción de conciencia institucional implicaría una exención amplia, extendiendo este concepto a entidades que no están directamente involucradas en la prestación de servicios de aborto, lo cual resultaría en una expansión injustificada.

 Comisión Africana de Derechos Humanos y de los Pueblos, Observación general Nº 2 sobre el artículo 14.1 (a), (b), (c) y (f) y el artículo 14.2 (a) y (c) del Protocolo de la Carta Africana de Derechos Humanos y de los Pueblos sobre los derechos de la mujer en África (2014), párr. 26

La Comisión Africana interpretó la relación entre los derechos de las mujeres a la salud sexual y reproductiva y a la no discriminación, por un lado, y la objeción de conciencia, por otro, de la siguiente manera:

El derecho a no ser objeto de discriminación prohíbe toda privación del acceso a los servicios de planificación familiar/anticoncepción por parte de los proveedores de servicios de salud por motivos de objeción de conciencia. Si bien es cierto que pueden invocar la objeción de conciencia a la prestación directa de los servicios requeridos, (...) los Estados Parte deben garantizar que sólo el personal sanitario que participa directamente en la prestación de servicios de anticoncepción y planificación familiar goce del derecho a la objeción de conciencia y que no sea así para las instituciones.

 A nivel mundial

A nivel nacional, los Estados han reconocido generalmente la objeción de conciencia únicamente como un derecho individual. Solo cuatro países se apartan de esta tendencia y permiten que las instituciones ejerzan la objeción de conciencia: Chile, Francia, Estados Unidos y Uruguay.

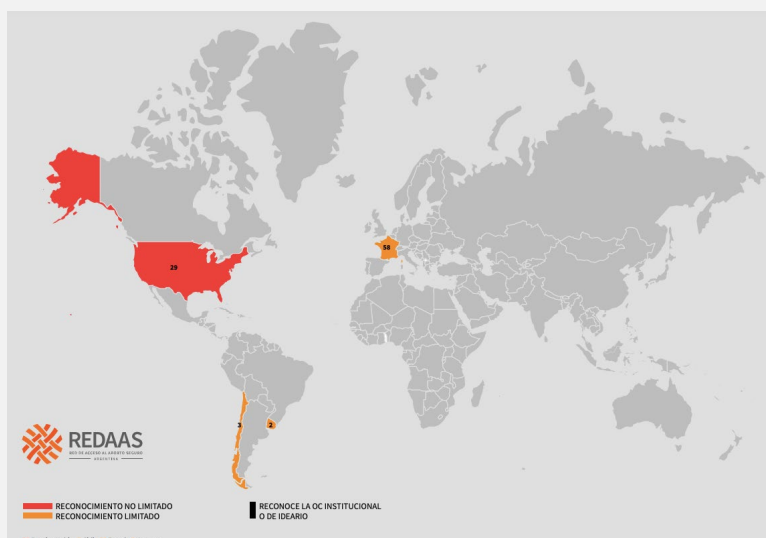


Imagen 3: Países que permiten invocar objeción de conciencia institucional.

Source: Ramón Michel A, Repka D., Mapa global de normas sobre objeción de conciencia en aborto, Buenos Aires: REDAAS & Ipas, 2021, updated to june 2024, Disponible en <https://redaas.org.ar/objecion-de-conciencia/mapa-global-sobre-objecion-de-conciencia/>

Obligaciones de los Estados que reconocen la objeción de conciencia en la atención de salud

Como se mencionó, existe un consenso sólido, estable y consistente en el derecho y las normas internacionales y regionales de derechos humanos, que establece que si los Estados permiten que el personal de salud no participe en un procedimiento médico, incluidos los servicios de aborto, por razones morales o religiosas, deben regular adecuadamente dicha objeción de conciencia, incluyendo la imposición de límites a su ejercicio. Además, los Estados deben garantizar que la objeción del personal de salud a realizar ciertas actividades basadas en su conciencia no impida el acceso de ningún paciente a los servicios de salud, incluyendo la atención al aborto.

Límites y deberes impuestos por los Estados a proveedores de salud que invocan la objeción de conciencia

El derecho internacional de los derechos humanos y las normas correspondientes exigen que los Estados impongan deberes y límites a los proveedores de salud que invocan la objeción de conciencia. Los más comunes son que el proveedor de salud que la invoca:

1. Debe referir a la paciente a otra proveedora disponible de manera oportuna;
2. Debe informar a la paciente sobre sus derechos;
3. Debe informar a la paciente de manera oportuna que ejercerá la objeción de conciencia; y
4. No puede invocar la objeción de conciencia en situaciones de emergencia o atención urgente.

Los proveedores de salud que invocan la objeción de conciencia deben referir a la paciente a otra persona profesional disponible

Cuando los Estados permiten a los individuos invocar la objeción de conciencia conforme a la legislación nacional, los órganos internacionales de derechos humanos han establecido que el proveedor de salud objetor tiene la obligación de remitir a la persona usuaria a otra persona profesional disponible. De hecho, todos los organismos de derechos humanos que han emitido pronunciamientos sobre la necesidad de regular la objeción de conciencia han incluido esta limitación en la

práctica. Muchos han atribuido este deber al proveedor de salud,³⁵ pero otros lo han impuesto al Estado³⁶ o a las instituciones de salud.³⁷

Algunos de estos fallos describen en qué consiste esta referencia para respetar los derechos humanos de mujeres, niñas y otras personas gestantes. Señalan que el proveedor de salud que invoca la objeción de conciencia debe:

³⁵ Para decisiones judiciales, vea Tribunal Europeo de Derechos Humanos, *R.R. vs. Polonia*. Para pronunciamientos de normas no vinculantes, vea Comisión Interamericana de Derechos Humanos, Informe “Acceso a la información en materia reproductiva desde una perspectiva de derechos humanos,” OAS/ Ser.L/V/II. Doc. 61, 22 de noviembre de 2011, párrs. 93-99; Comisión Interamericana de Derechos Humanos, Informe de Fondo en el caso Beatriz contra El Salvador (Informe 9/20), https://www.oas.org/es/cidh/decisiones/corte/2022/sv_13.378_es.pdf (consultado el 20 de noviembre de 2024); Informe del Relator Especial sobre el Derecho a la Salud ante la Asamblea General de las Naciones Unidas, informe interino preparado por Anand Grover, Relator Especial del Consejo de Derechos Humanos: Derecho de toda persona al disfrute del más alto nivel posible de salud física y mental, sexagésima sexta sesión, punto 69 b, A/66/254, 3 de agosto de 2011, párrs. 24 y 65; Comité de Asuntos Sociales, Salud y Familia de la Asamblea Parlamentaria del Consejo de Europa, Memoria Explicativa titulada “El acceso de las mujeres a la atención médica legal: el problema del uso no regulado de la objeción de conciencia”, Doc. 12347 (2010), cláusula 4; Comité para la Eliminación de la Discriminación contra la Mujer, Observaciones Finales: Rumania, Doc. ONU CEDAW / C / ROU / CO / 7-8 (2017), párr. 33(c); Comité para la Eliminación de la Discriminación contra la Mujer, Recomendación General No. 24, ONU CEDAW titulada “Mujeres y Salud (Artículo 12 de la Convención para la Eliminación de Todas las Formas de Discriminación contra la Mujer)”, vigésima sesión, 2 de febrero de 1999, párr. 11.

³⁶ Parlamento Europeo, Resolución 1763, “El derecho a la objeción de conciencia en la atención médica legal,” Asamblea Parlamentaria del Consejo de Europa – Texto adoptado el 7 de octubre de 2010 (35ª sesión); Comisión Africana de Derechos Humanos y de los Pueblos, Comentario General No. 2 sobre los artículos 14.1 (a), (b), (c) y (f) y 14.2 (a) y (c) del Protocolo a la Carta Africana sobre los Derechos de la Mujer en África, 28 de noviembre de 2014, punto 26; Comité de Derechos Económicos, Sociales y Culturales, Comentario General No. 22 (2016) sobre el derecho a la salud sexual y reproductiva (artículo 12 del Pacto Internacional de Derechos Económicos, Sociales y Culturales), 2 de mayo de 2016, párrs. 12 y 43; Comité para la Eliminación de la Discriminación contra la Mujer, Observaciones Finales: Eslovaquia, Doc. ONU CEDAW [A/63/38] (2008), párrs. 42 y 43; Comité de Derechos Humanos de la ONU, Observaciones Finales: Colombia, Doc. ONU CCPR/C/COL/CO/7 (2015), párrs. 20 y 21; Comité de Derechos Humanos de la ONU, Observaciones Finales: Italia, Doc. CCPR / C / ITA / CO / 6 (2017), párr. 16; Comité para la Eliminación de la Discriminación contra la Mujer, Observaciones Finales: México, Doc. ONU CEDAW / C / MEX / CO / 9 (2018), párrs. 41-42; Comité de Derechos Económicos, Sociales y Culturales, Observaciones Finales: Polonia (E/C.12/POL/5). Consideración de informes presentados por Estados partes bajo los artículos 16 y 17 del Pacto Internacional de Derechos Económicos, Sociales y Culturales, párr. 28; Parlamento Europeo, Informe sobre Salud y Derechos Sexuales y Reproductivos (2001/2128 (INI)), Comité de Derechos de las Mujeres e Igualdad de Oportunidades, párr. 11; Consejo de Europa, Informe de la Comisionada para los Derechos Humanos del Consejo de Europa, Dunja Mijatovic, Informe tras su visita a Austria del 13 al 17 de diciembre de 2021, <https://rm.coe.int/commdh-2022-10-report-on-the-visit-to-austria-en/1680a6679a>, párrs. 75 y 105 (consultado el 21 de noviembre de 2024).

³⁷ Tribunal Europeo de Derechos Humanos, Supervisión de la ejecución de las sentencias del Tribunal Europeo H46-18 “Tysiacy y R.R. vs. Polonia” (Exp. No. 5410/03, 27617/04); “P. y S. vs. Polonia” (Exp. No. 57375/08), CM/Notes/1398/H46-18, marzo de 2021, p. 3.

- Remitir a la paciente a otra persona profesional de salud que sea competente,³⁸ tenga la capacidad,³⁹ esté dispuesta⁴⁰ a realizar el procedimiento médico, y se encuentre en la misma jurisdicción;⁴¹
- Remitir a la paciente a otra persona profesional de manera oportuna;⁴² y
- Asegurar un acceso rápido al aborto,⁴³ lo que podría implicar realizar el procedimiento si la falta de acción pudiera poner en serio peligro la vida o la salud de la paciente.⁴⁴

Las personas proveedoras de salud que invocan objeción de conciencia deben informar a la paciente sobre sus derechos, independientemente de su objeción

Diez pronunciamientos de organismos internacionales y regionales de derechos humanos destacan que la objeción de conciencia impacta no solo en el acceso a los servicios, sino también en el derecho a recibir información sobre salud sexual y reproductiva.⁴⁵ Para evitar interrupciones en el acceso a la atención y a la información, estos organismos exigen que el personal de salud informe a las pacientes sobre sus

³⁸ Tribunal Europeo de Derechos Humanos, *P. y S. vs. Polonia*, (Exp. No. 57375/08), 30 de octubre de 2012.

³⁹ Consejo de Europa, Informe de la Comisionada de Derechos Humanos del Consejo de Europa Dunja Mijatovic tras su visita a Austria del 13 al 17 de diciembre de 2021, 12 de mayo de 2022. <https://rm.coe.int/commdh-2022-10-report-on-the-visit-to-austria-en/1680a6679a>, párr. 105.

⁴⁰ Comité de Derechos Económicos, Sociales y Culturales, Observación General N.º 22 relativa al derecho a la salud sexual y reproductiva (artículo 12 del Pacto Internacional de Derechos Económicos, Sociales y Culturales), 2 de mayo de 2016, <https://docs.un.org/es/E/C.12/GC/22> (consultado el 7 de octubre de 2025).

⁴¹ Comité Europeo de Derechos Sociales, Federación Internacional de Planificación Familiar-Red Europea (IPPF-EN) vs. Italia, 10 de septiembre de 2013, <https://hudoc.esc.coe.int/eng/?i=cc-87-2012-dmerits-en> (consultado el 7 de octubre de 2025).

⁴² Informe "Acceso a la información sobre salud reproductiva desde una perspectiva de derechos humanos," OEA/Ser.L/V/II. Doc. 61, 22 de noviembre de 2011, párrs. 93-99.

⁴³ Parlamento Europeo, Resolución 1763, "El derecho a la objeción de conciencia en la atención médica legal", Consejo de Europa - Asamblea Parlamentaria - Texto adoptado por la Asamblea el 7 de octubre de 2010 (35ª sesión), párr. 4(3)

⁴⁴ Para más información, vea: Sección II, punto (4) de este documento.

⁴⁵ Comité de los Derechos del Niño, Observación general No. 15 (2013) sobre el derecho del niño al disfrute del más alto nivel posible de salud (art. 24) (CRC/C/GC/15), párr. 69; Comité de la CEDAW, *L.C. vs. Perú*, UN Doc. CEDAW/C/50/D/22/2009, Comunicación No. 22/2009; Relator Especial del Consejo de Derechos Humanos, Informe provisional preparado por Anand Grover, relator Especial del Consejo de Derechos Humanos: el derecho de toda persona al disfrute del más alto nivel posible de salud física y mental, sexagésimo sexto período de sesiones, tema 69 b, A/66/254, 3 de agosto de 2011, párrs. 24 y 65; Comisión Interamericana de Derechos Humanos, Informe "Acceso a la información en materia reproductiva desde una perspectiva de derechos humanos", OEA/Ser.L/V/II. Doc. 61, 22 de noviembre de 2011, párrs. 93 a 99; Comité de Derechos Humanos de las Naciones Unidas, Comentario General No. 36. Artículo 6: derecho a la vida (CCPR/C/GC/36); Parlamento Europeo, Resolución del Parlamento Europeo de 24 de junio de 2021 sobre la situación de la salud y los derechos sexuales y reproductivos en la UE en el marco de la salud de las mujeres, párrs. 36-38; Comité de Asuntos Sociales, Salud y Familia de la Asamblea Permanente del Consejo de Europa, Memorando Explicativo titulado "Acceso de las mujeres a la atención médica legal: el problema del uso no regulado de la objeción de conciencia", Doc. 12347 (2010), cláusula 4; Parlamento Europeo, Informe sobre Salud y Derechos Sexuales y Reproductivos; Comisión Africana de Derechos Humanos y de los Pueblos, Observación general No. 2 sobre el Artículo 14.1 (a), (b), (c) y (f) y el Artículo 14. 2 (a) y (c) del Protocolo de la Carta Africana de Derechos Humanos y de los Pueblos sobre Derechos de la mujer en África, del 28 de noviembre del 2014; Grupo de Trabajo sobre la cuestión de la discriminación contra la mujer en la legislación y en la práctica, Reporte del Grupo de Trabajo sobre la discriminación contra la mujer en la ley y en la práctica.

derechos y los procedimientos médicos disponibles, sin importar si se oponen a participar en ellos.

El Comité de Derechos Económicos, Sociales y Culturales (CESCR) ha subrayado que los proveedores de salud que ejercen la objeción de conciencia no pueden desinformar a las pacientes, pues hacerlo constituye un obstáculo para acceder a servicios de salud sexual y reproductiva.⁴⁶

 **Informe provisional preparado por Anand Grover, Relator Especial sobre el derecho de toda persona al disfrute del más alto nivel posible de salud física y mental, 66ta sesión, punto 69 b, A/66/254, 3 de agosto de 2011**

El Relator Especial sobre el derecho a la salud identificó el impacto de la objeción de conciencia en el acceso a la información:

Las leyes de objeción de conciencia levantan barreras que dificultan el acceso, ya que permiten que los profesionales de la salud y el personal auxiliar, como los recepcionistas y farmacéuticos, se nieguen a prestar servicios de aborto, a proporcionar información sobre procedimientos y a derivar a las interesadas a centros y proveedores de servicios alternativos⁴⁷.

Los proveedores de salud que invoquen objeción de conciencia deben informar al paciente de manera oportuna que ejercerán dicha objeción

Los proveedores de salud deben informar a las pacientes, de manera oportuna, sobre su decisión de objetar por motivos de conciencia. Este requisito se considera esencial a nivel europeo, incluso por pronunciamiento del Tribunal Europeo de Derechos Humanos, ya que refuerza tanto el deber del profesional de realizar la derivación como la obligación del Estado de garantizar la disponibilidad de otros profesionales para llevar a cabo el procedimiento.

⁴⁶ Comité de Derechos Económicos, Sociales y Culturales, Observación General No. 22 sobre el derecho a la salud sexual y reproductiva (artículo 12 del Pacto Internacional de Derechos Económicos, Sociales y Culturales), 2 de mayo de 2016, párr. 43.

⁴⁷ Relator Especial del Consejo de Derechos Humanos, Informe provisional preparado por Anand Grover, Relator Especial del Consejo de Derechos Humanos: El derecho de toda persona a disfrutar del más alto nivel posible de salud física y mental, sexagésima sexta sesión, párr. 24.

 Tribunal Europeo de Derechos Humanos, *R.R. vs. Polonia* (Demanda No. 27617/04), 26 de mayo de 2011

En *R.R. vs. Polonia*, el Tribunal Europeo de Derechos Humanos determinó que los prestadores de salud violaron los derechos de la paciente a la información y a decidir sobre su vida privada al negarse a realizar pruebas sobre la viabilidad del feto, sin informarle que su negativa se basaba en objeción de conciencia y no en criterios médicos o científicos.⁴⁸

El Tribunal vinculó el acceso oportuno a la información de salud, la autonomía personal y las decisiones relacionadas con el embarazo de la siguiente manera:

El ejercicio efectivo de este derecho es a menudo decisivo para la posibilidad de ejercer la autonomía personal, también cubierta por el artículo 8 de la Convención..., al decidir, sobre la base de dicha información, sobre el curso futuro de los acontecimientos relevantes para la calidad de vida del individuo (por ejemplo, al negar el consentimiento a un tratamiento médico o al solicitar una forma determinada de tratamiento).

La importancia del acceso oportuno a la información sobre la propia condición se aplica con especial fuerza en las situaciones donde la condición de la persona evoluciona rápidamente y, por tanto, se reduce su capacidad para tomar decisiones relevantes. Del mismo modo, en el contexto del embarazo, el acceso efectivo a la información relevante sobre la salud de la madre y del feto, cuando la legislación permite el aborto en determinadas situaciones, es directamente relevante para el ejercicio de la autonomía personal.⁴⁹

Los proveedores de salud no pueden invocar la objeción de conciencia en situaciones de emergencia o atención urgente

Siete organismos internacionales y regionales de derechos humanos, incluyendo al menos uno de cada sistema analizado, han afirmado que un equilibrio adecuado entre los derechos de las pacientes y la conciencia del personal de salud puede requerir que

⁴⁸ Tribunal Europeo de Derechos Humanos, *R.R. v. Poland* (Appl. No. 27617/04), 28 de noviembre de 2011; Comité de Asuntos Sociales, Salud y Familia de la Asamblea Parlamentaria del Consejo de Europa, Memorando Explicativo "Acceso de las mujeres a la atención médica legal: El problema del uso no regulado de la objeción de conciencia", Doc. 12347 (2010), cláusula 4; Parlamento Europeo, Resolución 1763, "The right to conscientious objection in lawful medical care," Consejo de Europa – Asamblea Parlamentaria, Texto adoptado por la Asamblea el 7 de octubre de 2010.

⁴⁹ Tribunal Europeo de Derechos Humanos, *R.R. vs. Polonia*, (Exp. No. 27617/04) del 28 de noviembre de 2011, párr. 197.

la persona profesional objetora brinde la atención necesaria, independientemente de su objeción de conciencia, si negarse a hacerlo expone a la paciente a riesgos graves para su vida o su salud.⁵⁰ Algunos pronunciamientos también han señalado que, en casos de emergencia, el personal de salud tiene un deber especial de asegurar que la paciente reciba un tratamiento adecuado por parte del proveedor alternativo, lo cual está directamente relacionado con el deber de referir.⁵¹

 **Comité de Asuntos Sociales, Salud y Familia de la Asamblea Parlamentaria del Consejo de Europa, Memorando Explicativo “Acceso de las mujeres a la atención médica legal: El problema del uso no regulado de la objeción de conciencia,” Doc. 12347 (2010), cláusula 4**

La Asamblea Parlamentaria invita a los Estados a:

obligar al proveedor de atención médica a proporcionar el tratamiento deseado al que el paciente tiene derecho legal a pesar de su objeción de conciencia en casos de emergencia (especialmente peligro para la salud o la vida del paciente), o cuando no es posible la derivación a otro proveedor de atención médica (en particular cuando no hay un profesional equivalente a una distancia razonable).⁵²

Garantías institucionales en los Estados que reconocen la objeción de conciencia en la atención de salud

⁵⁰ Comité de Derechos Económicos, Sociales y Culturales, Observación General No. 22 sobre el derecho a la salud sexual y reproductiva (artículo 12 del Pacto Internacional de Derechos Económicos, Sociales y Culturales), 2 de mayo de 2016, párr. 43; Comité para la Eliminación de la Discriminación contra la Mujer, Observaciones Finales: México, documento ONU CEDAW / C / MEX / CO / 9, 2018, párrs. 41-42; OMS, Aborto sin riesgos: guía técnica y de políticas para sistemas de salud, 2012, capítulos 3.3-6 y 4.2.2.5, https://iris.who.int/bitstream/handle/10665/77079/9789243548432_spa.pdf?sequence=1&isAllowed=y (consultado el 11 de agosto de 2025); Comité de Asuntos Sociales, Salud y Familia de la Asamblea Parlamentaria del Consejo de Europa, Memorando Explicativo “El acceso de las mujeres a la atención médica legal: el problema del uso no regulado de la objeción de conciencia”, 2010, cláusula 4; Comisión Africana de Derechos Humanos y de los Pueblos, Comentario General No. 2 sobre el artículo 14.1 (a), (b), (c) y (f) y el artículo 14.2 (a) y (c) del Protocolo de la Carta Africana sobre los Derechos de las Mujeres en África, 28 de noviembre de 2014; Consejo de Derechos Humanos, Grupo de Trabajo sobre la cuestión de la discriminación contra la mujer en la legislación y en la práctica, Informe del Grupo de Trabajo sobre la discriminación contra la mujer en la legislación y en la práctica, (A/HRC/32/44).

⁵¹ Comité de Asuntos Sociales, Salud y Familia de la Asamblea Parlamentaria del Consejo de Europa (APCE).

⁵² Comité de Asuntos Sociales, Sanitarios y Familiares de la Asamblea Parlamentaria del Consejo de Europa, Memorando Explicativo titulado “Acceso de las Mujeres a la Atención Médica Legal: El Problema del Uso No Regulamentado de la Objeción de Conciencia,” Documento 12347 (2010), cláusula 4.

El derecho internacional ha desarrollado un conjunto cada vez más preciso de garantías institucionales destinadas a asegurar que la objeción del personal de salud no obstaculice el acceso de las personas pacientes a los servicios de salud.

Estas garantías imponen obligaciones a los Estados que reconocen la objeción de conciencia en el ámbito de la salud, reafirmando su responsabilidad de asegurar que dicha negativa no impida el acceso de las personas pacientes a la atención médica, ni afecte de manera negativa a los equipos médicos o al sistema de salud en su conjunto.

Las garantías institucionales, como se detalló anteriormente, complementan los deberes y límites impuestos al personal de salud que objeta. Estas garantías existen para mitigar los problemas causados por la objeción de conciencia que incluyen: las barreras que genera para las personas que buscan acceder a servicios de aborto, las tensiones dentro de los equipos de salud derivadas del aumento de la carga de trabajo para los proveedores que no invocan la objeción de conciencia, así como los esfuerzos y pasos adicionales necesarios para mantener servicios de salud organizados y eficientes.⁵³

El derecho internacional ha confirmado expresamente que los Estados tienen el deber de adoptar medidas efectivas para garantizar que el ejercicio de la objeción de conciencia no ponga en riesgo el acceso oportuno y efectivo a la atención médica de las mujeres. Este deber ha sido reafirmado en nueve decisiones de casos ante tribunales y organismos de derechos humanos⁵⁴ y en 39 pronunciamientos de *soft law* emitidos por organismos de derechos humanos.⁵⁵

⁵³ Ramón Michel, A. and Repka, D., Regulaciones sobre la OC en aborto: un estudio global.

⁵⁴ Tribunal Europeo de Derechos Humanos, *Tysiāc vs. Polonia*; Tribunal Europeo de Derechos Humanos, *R.R. vs. Polonia* (Exp. No. 27617/04) del 28 de noviembre de 2011; Tribunal Europeo de Derechos Humanos, *P. y S. vs. Polonia* (Exp. No. 57375/08), 30 de octubre de 2012; Tribunal Europeo de Derechos Humanos, Federación Internacional de Planificación Familiar-Red Europea (IPPF-EN) vs. Italia; Tribunal Europeo de Derechos Humanos, *Confederazione Generale Italiana del Lavoro (CGIL) vs. Italia*; Tribunal Europeo de Derechos Humanos, *Grimmark v. Suecia*; Tribunal Europeo de Derechos Humanos, *Steen vs. Suecia*; Comité de Derechos Humanos de la ONU, *K.L. vs. Perú*, Comunicación No. 1153/2003, UN Doc. CCPR/C/85/D/1153/2003; Comité para la Eliminación de la Discriminación contra la Mujer. L.C. vs. Perú, Comunicación No. 22/2009, Doc. ONU. CEDAW/C/50/D/22/2009. En este punto, cabe mencionar, aunque no se trate técnicamente de una decisión, el acuerdo amistoso alcanzado entre la Comisión Interamericana de Derechos Humanos y el Estado mexicano de Baja California en el caso No. 161-02, 'Paulina del Carmen Ramírez Jacinto vs. México', del 9 de marzo de 2007. En este caso, el Estado reconoció su responsabilidad internacional por no contar con un marco normativo adecuado sobre el aborto y la objeción de conciencia, aceptando que esto fue lo que llevó a que los prestadores de salud que atendieron a Paulina se negaran a brindarle atención, obligándola a dar a luz y violando así sus derechos humanos protegidos por la CADH, <https://clacaidigital.info/bitstream/handle/123456789/1887/146%20a%20Informe%202021%2007%20Petición%20161-02.pdf?sequence=1&isAllowed=y> (consultado el 21 de noviembre de 2024).

⁵⁵ Comisión Africana de Derechos Humanos y de los Pueblos, Observación General No. 2 sobre el artículo 14.1 (a), (b), (c) y (f) y el artículo 14.2 (a) y (c) del Protocolo de la Carta Africana de Derechos Humanos y de los Pueblos sobre los Derechos de la Mujer en África; Comité para la Eliminación de la Discriminación contra la Mujer, Informe del Comité para

la Eliminación de la Discriminación contra la Mujer, Sexagésimo período de sesiones, 15 de enero–2 de febrero de 2007, párr. 392 (informe sobre Polonia); Comité de Asuntos Sociales, Salud y Familia de la Asamblea Parlamentaria del Consejo de Europa. Memorando explicativo titulado “Acceso de las mujeres a la atención médica legal: el problema del uso no regulado de la objeción de conciencia”, Doc. 12347 (2010), cláusula 4; Tribunal Europeo de Derechos Humanos. Supervisión de la ejecución de las sentencias del Tribunal Europeo H46-18 “Tysiāc y R.R. vs. Polonia” (Exp. No. 5410/03, 27617/04), “P. y S. vs. Polonia” (Exp. No. 57375/08), CM/Notes/1398/H46-18, marzo de 2021, p. 3; Comisión Interamericana de Derechos Humanos, Informe “Acceso a la información sobre salud reproductiva desde una perspectiva de derechos humanos”, OEA/Ser. L/V/II. Doc. 61, 22 de noviembre de 2011, párrs. 93-99; Comité de Derechos Económicos, Sociales y Culturales, Observación General núm. 22 (2016) sobre el derecho a la salud sexual y reproductiva (artículo 12 del Pacto Internacional de Derechos Económicos, Sociales y Culturales), 2 de mayo de 2016; Asamblea General de las Naciones Unidas, Informe provisional preparado por Anand Grover, Relator Especial del Consejo de Derechos Humanos sobre el derecho de toda persona al disfrute del más alto nivel posible de salud física y mental, sexagésimo sexto período de sesiones, punto 69 b, A/66/254, 3 de agosto de 2011, párrs. 24 y 65; Asamblea General de las Naciones Unidas, Informe del Relator Especial sobre la libertad de religión o de creencias del Consejo de Derechos Humanos, “Violencia y discriminación por motivos de género en nombre de la religión o la creencia”, 43º período de sesiones, punto 3, A/43/48, 24 de agosto de 2020, párr. 43; Comité de Derechos Humanos de la ONU, Observación General núm. 22, Observaciones Generales adoptadas por el Comité de Derechos Humanos, artículo 18, Libertad de pensamiento, de conciencia y de religión, 48º período de sesiones, Doc. ONU HRI/GEN/1/Rev.7, p. 179, 1993, <https://www.refworld.org/legal/general/hrc/1993/en/13375> (consultado el 20 de noviembre de 2024); Comité para la Eliminación de la Discriminación contra la Mujer, Observaciones finales: Eslovaquia, Doc. ONU CEDAW [A/63/38], 2008, párrs. 42 y 43; Comité de Derechos Humanos de la ONU, Observaciones finales: Polonia, Doc. ONU CCPR/C/POL/CO/6, 2010, párr. 12, <https://documents.un.org/doc/undoc/gen/g10/466/84/pdf/g1046684.pdf> (consultado el 21 de noviembre de 2024); Parlamento Europeo, Resolución 1763, “El derecho a la objeción de conciencia en la atención médica legal”, Consejo de Europa, Asamblea Parlamentaria, Texto adoptado por la Asamblea el 7 de octubre de 2010 (35ª sesión); Comité para la Eliminación de la Discriminación contra la Mujer, Observaciones finales: Hungría, Doc. ONU CEDAW/C/HUN/CO/7-8 (2013), párr. 30; Parlamento Europeo, Informe sobre salud y derechos sexuales y reproductivos (2013/2040(INI)), A7-0426/2013, párr. 34; Comité para la Eliminación de la Discriminación contra la Mujer, Observaciones finales: Polonia, Doc. ONU CEDAW/C/POL/Q/7-8/Add.1 (2014), párr. 43; Declaración sobre la violencia contra mujeres, niñas y adolescentes y sus derechos sexuales y reproductivos, Mecanismo de Seguimiento de la Convención de Belém do Pará, Undécima Reunión del Comité de Expertas (18–19 de septiembre de 2014), OEA/Ser.L/II.7.10 MESECVI/CEVI/DEC.4/14, 19 de septiembre de 2014, <https://www.oas.org/es/MESECVI/docs/CEVI11-Declaration-ES.pdf> (consultado el 21 de noviembre de 2024); Comité de Derechos Humanos de la ONU, Observaciones finales: Colombia, Doc. ONU CCPR/C/COL/CO/7 (2015), párrs. 20 y 21; Comité para la Eliminación de la Discriminación contra la Mujer, Declaración del Comité para la Eliminación de la Discriminación contra la Mujer sobre salud y derechos sexuales y reproductivos: Más allá de la revisión de la CIPD de 2014, párr. 7, quincuagésimo séptimo período de sesiones (10–28 de febrero de 2014); Comité de Derechos Humanos de la ONU, Observaciones finales: Argentina, Doc. ONU CCPR/C/ARG/CO/5 (2016), párr. 11; Comité para la Eliminación de la Discriminación contra la Mujer, Observaciones finales: Argentina, Doc. ONU CEDAW/C/ARG/CO/7 (2016), párr. 33; Comité de los Derechos del Niño, Observaciones finales: Eslovaquia, Doc. ONU CRC/C/SVK/CO/3-5 (2016), párr. 41 (f); Comité de Derechos Humanos de la ONU, Observaciones finales: Italia, Doc. ONU CCPR/C/ITA/CO/6 (2017), párr. 16; Comité para la Eliminación de la Discriminación contra la Mujer, Observaciones finales: Rumanía, Doc. ONU CEDAW/C/ROU/CO/7-8 (2017), párr. 33(c); Comité para la Eliminación de la Discriminación contra la Mujer, Observaciones finales: México, Doc. ONU CEDAW/C/MEX/CO/9 (2018), párrs. 41–42; Comité para la Eliminación de la Discriminación contra la Mujer, Recomendación general No. 24, titulada “La mujer y la salud (artículo 12 de la Convención sobre la Eliminación de Todas las Formas de Discriminación contra la Mujer)”, 20º período de sesiones, 2 de febrero de 1999, párr. 11; Comité de Derechos Económicos, Sociales y Culturales, Observaciones finales: Polonia (E/C.12/POL/5), Consideración de informes presentados por Estados partes bajo los artículos 16 y 17 del Pacto Internacional de Derechos Económicos, Sociales y Culturales, párr. 28; Parlamento Europeo, Resolución del Parlamento Europeo de 24 de junio de 2021 sobre la situación de la salud y derechos sexuales y reproductivos en la UE en el marco de la salud de las mujeres (2020/2215(INI)), párrs. 36-38; Comité de Derechos Económicos, Sociales y Culturales, Observaciones finales: España (6 de junio de 2012); Grupo de Trabajo sobre la cuestión de la discriminación contra la mujer en la ley y en la práctica, Informe del Grupo de Trabajo sobre la cuestión de la discriminación contra la mujer en la ley y en la práctica, Consejo de Derechos Humanos (A/HRC/32/44); Comité de Derechos Humanos de la ONU, Observación General núm. 36. Artículo 6: derecho a la vida (CCPR/C/GC/36), párr. 8; Alto Comisionado de las Naciones Unidas para los Derechos Humanos, Prácticas en la adopción de un enfoque basado en los derechos humanos para eliminar la mortalidad materna prevenible y los derechos humanos, Informe de la Oficina del Alto Comisionado de las Naciones Unidas para los Derechos Humanos (A/HRC/18/27), párr. 30; Organización Mundial de la Salud, Oficina Regional para Europa, Plan de acción para la salud sexual y reproductiva: hacia el logro de la Agenda 2030 para el

Estas fuentes suelen centrarse en los siguientes tres roles del Estado, y las obligaciones correspondientes, en relación con los servicios de salud, especialmente aquellos vinculados a los derechos sexuales y reproductivos, en particular el aborto:

- El Estado como entidad política y su obligación de adoptar e implementar leyes y políticas que regulen la objeción de conciencia de manera que se prevengan abusos y se protejan los derechos de mujeres, niñas y personas que buscan atención para el aborto, así como de otros proveedores de salud que no objetan.
- El Estado como proveedor de servicios de salud pública y su obligación de garantizar que los servicios de salud pública sean accesibles, ya sea asegurando la disponibilidad de profesionales de la salud en instituciones públicas que no invoquen objeción de conciencia o, cuando sea necesario, impidiendo el empleo de objetores en dichas instituciones; y
- El Estado como administrador de justicia y sus obligaciones de garantizar que el personal de salud utilice la objeción de conciencia conforme a la ley y sancionar los abusos en su aplicación.

Las garantías institucionales más comunes citadas en las fuentes indican que los Estados deben:

- Regular claramente la objeción de conciencia;
- Prohibir la objeción de conciencia institucional;
- Contar con mecanismos de derivación;
- Asegurar que haya un número adecuado de profesionales de la salud pública que no invoquen objeción de conciencia en el sistema público de salud; y
- Establecer mecanismos pertinentes de monitoreo, supervisión y sanción.

Regular Claramente la Objeción de Conciencia

Desarrollo Sostenible en Europa – sin dejar a nadie atrás, párr. 30; Comité de los Derechos del Niño, Observación general núm. 15 sobre el derecho del niño al disfrute del más alto nivel posible de salud, artículo 24 (CRC/C/GC/15), párr. 69, <https://documents.un.org/doc/undoc/gen/g13/428/14/pdf/g1342814.pdf>

(consultado el 21 de noviembre de 2024); Parlamento Europeo, Informe sobre salud y derechos sexuales y reproductivos (2001/2128(INI)), Comisión de Derechos de la Mujer e Igualdad de Oportunidades, párr. 11; Comité Ad Hoc de Expertos en Bioética (CAHBI), Informe sobre la procreación humana artificial; Oficina del Alto Comisionado de las Naciones Unidas para los Derechos Humanos, Informe de seguimiento sobre buenas prácticas y desafíos en la aplicación de un enfoque basado en los derechos humanos para la eliminación de la mortalidad y morbilidad materna prevenible; Consejo de Europa, Salud y derechos sexuales y reproductivos en Europa: avances y desafíos; Consejo de Europa; e Informe de la Comisaría de Derechos Humanos del Consejo de Europa tras su visita a Austria del 13 al 17 de diciembre de 2021.

Los organismos internacionales y regionales de derechos humanos han coincidido en que los Estados tienen la obligación de regular la objeción de conciencia en la atención de salud, lo cual ha sido expresado en 21 fallos y pronunciamientos de 11 organismos diferentes.⁵⁶

En términos generales, a nivel internacional, el Comité de Derechos Humanos, el Comité de Derechos Económicos, Sociales y Culturales (CESCR) y el Comité para la Eliminación de la Discriminación contra la Mujer (CEDAW) han señalado que los Estados tienen el deber de regular adecuadamente la objeción de conciencia para que esta no impida a nadie acceder a servicios de salud sexual y reproductiva.⁵⁷

El Comité de Asuntos Sociales, Salud y Familia de la Asamblea Parlamentaria del Consejo de Europa consideró que el uso no regulado de la objeción de conciencia era

⁵⁶ Comité de Asuntos Sociales, Salud y Familia de la Asamblea Parlamentaria del Consejo de Europa. Memorando explicativo titulado "Acceso de las mujeres a la atención médica legal: el problema del uso no regulado de la objeción de conciencia", Doc. 12347 (2010), cláusula 4; Comisión Interamericana de Derechos Humanos. Informe "Acceso a la información sobre salud reproductiva desde una perspectiva de derechos humanos", OEA/Ser.L/V/II. Doc. 61, 22 de noviembre de 2011, párrs. 93-99; Comité de Derechos Económicos, Sociales y Culturales. Comentario General No. 22 (2016) sobre el derecho a la salud sexual y reproductiva (artículo 12 del Pacto Internacional de Derechos Económicos, Sociales y Culturales), 2 de mayo de 2016, párrs. 12 y 43; Asamblea General de las Naciones Unidas. Informe interino preparado por Anand Grover, Relator Especial del Consejo de Derechos Humanos: el derecho de toda persona al disfrute del más alto nivel posible de salud física y mental, sexagésima sexta sesión, punto 69 b, A/66/254, 3 de agosto de 2011, párrs. 24 y 65; Comité para la Eliminación de la Discriminación contra la Mujer. Observaciones finales: Eslovaquia, UN Doc. CEDAW [A/63/38] (2008), párrs. 42 y 43; Comité de Derechos Humanos de la ONU. Observaciones finales: Polonia, UN Doc. CCPR/C/POL/CO/6 (2010), párr. 12; Parlamento Europeo. Resolución 1763. "El derecho a la objeción de conciencia en la atención médica legal". Consejo de Europa – Asamblea Parlamentaria. Texto adoptado por la Asamblea el 7 de octubre de 2010 (35.ª sesión); Comité para la Eliminación de la Discriminación contra la Mujer. Observaciones finales: Hungría, UN Doc. CEDAW/C/HUN/CO/7-8 (2013), párr. 30; Comité contra la Tortura. Observaciones finales: Polonia, UN Doc. CAT/C/POL/CO/5-6 (2013), párrs. 22 y 23; Parlamento Europeo. Informe sobre salud y derechos sexuales y reproductivos (2013/2040(INI)), A7-0426/2013, Presentado al Parlamento Europeo, Moción para una resolución parlamentaria que no fue aprobada (párr. 34); Comité para la Eliminación de la Discriminación contra la Mujer, Observaciones finales: Polonia, UN Doc. CEDAW/C/POL/Q/7-8/Add.1 (2014), párr. 43; Comité para la Eliminación de la Discriminación contra la Mujer, Observaciones finales: Argentina, UN Doc. CEDAW/C/ARG/CO/7 (2016), párr. 33; Comité de los Derechos del Niño, Observaciones finales: Eslovaquia, UN Doc. CRC/C/SVK/CO/3-5 (2016), párr. 41(f); Comité para la Eliminación de la Discriminación contra la Mujer, Observaciones finales: Rumanía, UN Doc. CEDAW/C/ROU/CO/7-8 (2017), párr. 33(C); Comité para la Eliminación de la Discriminación contra la Mujer, Observaciones finales: México, UN Doc. CEDAW/C/MEX/CO/9 (2018), párrs. 41-42; Parlamento Europeo, Resolución del Parlamento Europeo de 24 de junio de 2021 sobre la situación de la salud y los derechos sexuales y reproductivos en la UE en el marco de la salud de las mujeres (2020/2215(INI)) (párrs. 36-38); Comité de Derechos Económicos, Sociales y Culturales. Observaciones finales: Comité de Derechos Económicos, Sociales y Culturales: España (6 de junio de 2012); Parlamento Europeo, Resolución 1607 (2008). Acceso al aborto seguro y legal en Europa; Grupo de Trabajo sobre la cuestión de la discriminación contra la mujer en la ley y en la práctica, Informe del Grupo de Trabajo sobre la cuestión de la discriminación contra la mujer en la ley y en la práctica, Consejo de Derechos Humanos (A/HRC/32/44); Oficina del Alto Comisionado de las Naciones Unidas para los Derechos Humanos, Informe de seguimiento sobre buenas prácticas y desafíos en la aplicación de un enfoque basado en derechos humanos para la eliminación de la mortalidad y morbilidad materna prevenibles; Comisión Interamericana de Derechos Humanos. Informe de fondo sobre el caso Beatriz vs. El Salvador (Informe 9/20).

⁵⁷ Comité de Derechos Económicos, Sociales y Culturales. Observación General No. 22 (2016) sobre el derecho a la salud sexual y reproductiva (artículo 12 del Pacto Internacional de Derechos Económicos, Sociales y Culturales), 2 de mayo de 2016, párrs. 12 y 43; Comité para la Eliminación de la Discriminación contra la Mujer. Observaciones finales: Eslovaquia, UN Doc. CEDAW [A/63/38] (2008), párrs. 42 y 43; Comité de Derechos Humanos de la ONU. Observaciones finales: Polonia, UN Doc. CCPR/C/POL/CO/6 (2010), párr. 12.

problemático.⁵⁸ Invitó a los Estados a “desarrollar directrices integrales que definan y regulen la objeción de conciencia.”⁵⁹ El Tribunal Europeo de Derechos Humanos (TEDH), en el caso *P. y S. vs. Polonia*, enfatizó que un Estado que permite la objeción de conciencia debe asegurar que esta práctica se realice conforme a la ley, incluyendo cualquier “requisito procesal” establecido por ley (como el deber del profesional que invoca la objeción de derivar al paciente a otro proveedor).⁶⁰

⁵⁸ Comité de Asuntos Sociales, Salud y Familia de la Asamblea Parlamentaria del Consejo de Europa. Memorando explicativo titulado “Acceso de las mujeres a la atención médica legal: el problema del uso no regulado de la objeción de conciencia”, Doc. 12347 (2010), párr. 3.

⁵⁹ Comité de Asuntos Sociales, de Salud y de la Familia de la Asamblea Parlamentaria del Consejo de Europa. Memorando explicativo titulado “Acceso de las mujeres a la atención médica legal: el problema del uso no regulado de la objeción de conciencia”, Doc. 12347 (2010), párr. 4.

⁶⁰ Tribunal Europeo de Derechos Humanos, *P. y S. vs. Polonia*, (Exp. No. 57375/08), 30 de octubre de 2012, párr. 107.



Corte Europea de Derechos Humanos, *Tysiāc vs Polonia*, 24 de septiembre de 2007

En Polonia, a una mujer cuyo embarazo ponía en riesgo su salud se le negó el acceso a un aborto legal después de que varios médicos se negaran a certificar que su condición cumplía con los requisitos legales para la interrupción del embarazo.⁶¹ Como resultado, se vio obligada a continuar con el embarazo, lo que derivó en un grave deterioro de su visión.⁶²

La Corte Europea de Derechos Humanos encontró que Polonia no había establecido procedimientos "transparentes y claramente definidos" para garantizar el acceso al aborto legal.⁶³ La falta de directrices claras dejó a las mujeres vulnerables a rechazos arbitrarios por parte de profesionales médicos, negándoles efectivamente un derecho reconocido bajo la ley polaca.⁶⁴

La Corte dictaminó que Polonia violó sus obligaciones en virtud del Convenio Europeo de Derechos Humanos⁶⁵ y exigió al Estado implementar garantías procesales efectivas para prevenir violaciones similares.⁶⁶

Este caso sigue siendo un fallo emblemático sobre el deber del Estado de regular las negativas médicas y asegurar el acceso efectivo al aborto legal.⁶⁷

La Corte determinó que Polonia incumplió sus obligaciones bajo el Convenio Europeo de Derechos Humanos y ordenó la implementación de regulaciones transparentes y claramente definidas para el ejercicio de la objeción de conciencia, con el fin de evitar tales violaciones.⁶⁸

Este también es uno de los casos más significativos sobre la negativa institucional decididos en una corte de derechos humanos.

⁶¹ Tribunal Europeo de Derechos Humanos, *Tysiāc vs. Polonia*, 24 de septiembre de 2007, [https://hudoc.echr.coe.int/eng#{%22itemid%22:\[%22001-76165%22\]}](https://hudoc.echr.coe.int/eng#{%22itemid%22:[%22001-76165%22]}), (consultado el 20 de noviembre de 2024), párrs. 8-15.

⁶² Ibid., párrs. 16-17.

⁶³ Ibid., párrs. 92.

⁶⁴ Ibid.

⁶⁵ Ibid., párrs. 164.

⁶⁶ Ibid., párrs. 116.

⁶⁷ Tribunal Europeo de Derechos Humanos, *Tysiāc vs. Polonia*, 24 de septiembre de 2007, <https://hudoc.echr.coe.int/eng?i=001-79812>.

⁶⁸ Ibid., párr. 114.

Prohibir la Objeción de Conciencia Institucional

Los organismos de derechos humanos de la ONU y de ámbitos regionales han recomendado que los Estados prohíban expresamente la objeción de conciencia institucional en 10 pronunciamientos.⁶⁹

Observaciones Finales sobre Eslovaquia, Documento de la ONU CRC/C/SVK/CO/3-5 (2016); párr. 41 (f), del Comité sobre los Derechos del Niño

El Comité sobre los Derechos del Niño recomendó que Eslovaquia “modifique la legislación para prohibir explícitamente que las instituciones adopten políticas o prácticas institucionales de denegación por motivos de conciencia.”⁷⁰

Contar con Mecanismos de Derivación

Los organismos regionales y de la ONU sobre derechos humanos han emitido 15 documentos que señalan la obligación de los estados y de los servicios de salud de implementar mecanismos que aseguren que las pacientes que se encuentren con un proveedor de salud que invoque objeción de conciencia sean derivadas a otros proveedores que sí brinden la atención solicitada.⁷¹

⁶⁹ Comisión Africana de Derechos Humanos y de los Pueblos, Observación general No. 2 sobre el artículo 14.1 (a), (b), (c) y (f) y el artículo 14.2 (a) y (c) del Protocolo de la Carta Africana de Derechos Humanos y de los Pueblos sobre los Derechos de la Mujer en África, 28 de noviembre de 2014; Comisión de Asuntos Sociales, Salud y Familia de la Asamblea Parlamentaria del Consejo de Europa, Memorando explicativo titulado “El acceso de las mujeres a la atención médica legal: el problema del uso no regulado de la objeción de conciencia”, Doc. 12347 (2010), cláusula 4; Comisión Interamericana de Derechos Humanos, Informe “Acceso a la información sobre salud reproductiva desde una perspectiva de derechos humanos”, OEA/Ser.L/V/II. Doc. 61, 22 de noviembre de 2011, párrs. 93-99; Comité de Derechos Económicos, Sociales y Culturales, Observación general No. 22 (2016) sobre el derecho a la salud sexual y reproductiva (artículo 12 del Pacto Internacional de Derechos Económicos, Sociales y Culturales), 2 de mayo de 2016, párrs. 12 y 43; Asamblea General de las Naciones Unidas, Informe de la Relatora Especial sobre la libertad de religión o de creencias del Consejo de Derechos Humanos, “Violencia y discriminación por motivos de género en nombre de la religión o la creencia”, 43.º período de sesiones, tema 3, A/43/48, 24 de agosto de 2020, párr. 43; Comité para la Eliminación de la Discriminación contra la Mujer, Observaciones finales: Hungría, Doc. ONU CEDAW/C/HUN/CO/7-8 (2013), párr. 30; Parlamento Europeo, Informe sobre salud y derechos sexuales y reproductivos (2013/2040(INI)), A7-0426/2013, presentado al Parlamento Europeo, Moción de resolución parlamentaria que no fue aprobada (párr. 34); Comité de los Derechos del Niño, Observaciones finales: Eslovaquia, Doc. ONU CRC/C/SVK/CO/3-5 (2016), párr. 41(f); Comité para la Eliminación de la Discriminación contra la Mujer, Observaciones finales: Rumanía, Doc. ONU CEDAW/C/ROU/CO/7-8 (2017), párr. 33(c); Grupo de Trabajo sobre la cuestión de la discriminación contra la mujer en la legislación y en la práctica, Informe del Grupo de Trabajo sobre la cuestión de la discriminación contra la mujer en la legislación y en la práctica, Consejo de Derechos Humanos, A/HRC/32/44.

⁷⁰ Comité de los Derechos del Niño, Observaciones finales sobre Eslovaquia, Doc. ONU CRC/C/SVK/CO/3-5 (2016), párr. 41(f).

⁷¹ Comisión Africana de Derechos Humanos y de los Pueblos, Observación general No. 2 sobre el artículo 14.1 (a), (b), (c) y (f) y el artículo 14.2 (a) y (c) del Protocolo de la Carta Africana de Derechos Humanos y de los Pueblos relativo a los Derechos de la Mujer en África, 2014; Tribunal Europeo de Derechos Humanos, Supervisión de la ejecución de las sentencias del Tribunal Europeo, H46-18 “Tysiāc y R.R. vs. Polonia” (Exp. No. 5410/03, 27617/04), “P. y S. vs. Polonia” (Exp. No. 57375/08), CM/Notes/1398/H46-18, marzo de 2021, p. 3; Comisión Interamericana de Derechos Humanos,

El Comité de Derechos Humanos ha señalado que los mecanismos de derivación deben ser “efectivos” para garantizar el acceso “eficaz y rápido” de las mujeres a los servicios de aborto.⁷² A su vez, la Comisión Interamericana de Derechos Humanos ha hecho referencia a la obligación del proveedor de “derivar inmediatamente.”⁷³ Finalmente, la Comisión Africana de Derechos Humanos y de los Pueblos ha afirmado específicamente que “los Estados partes deben asegurar que se establezca la infraestructura necesaria para que las mujeres estén informadas y sean derivadas a otros proveedores de salud a tiempo.”⁷⁴

Garantizar que haya un número adecuado de proveedores de salud pública que no invoquen objeción de conciencia

“Acceso a la información sobre salud reproductiva desde una perspectiva de derechos humanos”, OEA/Ser.L/V/II. Doc. 61, 22 de noviembre de 2011, párrs. 93-99; Comité de Derechos Económicos, Sociales y Culturales, Observación general núm. 22 sobre el derecho a la salud sexual y reproductiva (artículo 12 del Pacto Internacional de Derechos Económicos, Sociales y Culturales), 2016, párrs. 12 y 43; Asamblea General de las Naciones Unidas, Informe provisional preparado por Anand Grover, Relator Especial del Consejo de Derechos Humanos: el derecho de toda persona al disfrute del más alto nivel posible de salud física y mental, sexagésimo sexto período de sesiones, tema 69 b, A/66/254, 3 de agosto de 2011, párrs. 24 y 65; Comité para la Eliminación de la Discriminación contra la Mujer, Observaciones finales: Hungría, Doc. ONU CEDAW/C/HUN/CO/7-8 (2013), párr. 30; Parlamento Europeo, Resolución 1763, “El derecho a la objeción de conciencia en la atención médica legal”, Consejo de Europa–Asamblea Parlamentaria, texto adoptado por la Asamblea el 7 de octubre de 2010 (35ª sesión); Comité de Derechos Humanos, Observaciones finales: Colombia, Doc. ONU CCPR/C/COL/CO/7 (2015), párrs. 20 y 21, <https://docstore.ohchr.org/SelfServices/FilesHandler.ashx?enc=6QkG1d%2FPPRiCAqhKb7yhsvdnCkCHIZNa%2FmH1Yi6216ocRVzfjoUllrhYroSGfkK3tlQjOruxH1HydgYglnHdFT6a%2FJked42AnhUK3laPzu%2FVrvGWUDjhlJibfDobN> (consultado el 21 de noviembre de 2024); Comité de Derechos Humanos, Observaciones finales: Italia, Doc. ONU CCPR/C/ITA/CO/6 (2017), párr. 16; Comité para la Eliminación de la Discriminación contra la Mujer, Observaciones finales: Rumanía, Doc. ONU CEDAW/C/ROU/CO/7-8 (2017), párr. 33(c); Comité para la Eliminación de la Discriminación contra la Mujer, Observaciones finales: México, Doc. ONU CEDAW/C/MEX/CO/9 (2018), párrs. 41-42; Comité para la Eliminación de la Discriminación contra la Mujer, Recomendación general núm. 24, ONU CEDAW, “La mujer y la salud (artículo 12 de la Convención sobre la Eliminación de Todas las Formas de Discriminación contra la Mujer)”, 20.⁹ período de sesiones, 2 de febrero de 1999, párr. 11, <https://www.refworld.org/legal/general/cedaw/1999/en/11953> (consultado el 20 de noviembre de 2024); Comité de Derechos Económicos, Sociales y Culturales, Observaciones finales: Polonia (E/C.12/POL/5), Examen de los informes presentados por los Estados partes en virtud de los artículos 16 y 17 del Pacto Internacional de Derechos Económicos, Sociales y Culturales, párr. 28, <https://www.refworld.org/policy/polrec/cescr/2009/en/96790> (consultado el 20 de noviembre de 2024); Parlamento Europeo, Informe sobre salud y derechos sexuales y reproductivos (2001/2128(INI)), párr. 11, https://www.europarl.europa.eu/doceo/document/A-5-2002-0223_EN.html (consultado el 20 de noviembre de 2024); Consejo de Europa, Informe de la Comisaria de Derechos Humanos del Consejo de Europa tras su visita a Austria del 13 al 17 de diciembre de 2021, <https://rm.coe.int/commdh-2022-10-report-on-the-visit-to-austria-en/1680a6679a> (consultado el 21 de noviembre de 2024).

⁷² Comité de Derechos Humanos, Observaciones finales: Colombia, Doc. ONU CCPR/C/COL/CO/7 (2015), párrs. 20 y 21; Comité de Derechos Humanos, Observaciones finales: Italia, Doc. ONU CCPR/C/ITA/CO/6 (2017), párr. 16.

⁷³ Comisión Interamericana de Derechos Humanos, Informe “Acceso a la información sobre salud reproductiva desde una perspectiva de derechos humanos”, OEA/Ser.L/V/II. Doc. 61, 22 de noviembre de 2011, párrs. 93-99.

⁷⁴ Comisión Africana de Derechos Humanos y de los Pueblos, Observación general No. 2 sobre el artículo 14.1 (a), (b), (c) y (f) y el artículo 14.2 (a) y (c) del Protocolo de la Carta Africana de Derechos Humanos y de los Pueblos sobre los Derechos de la Mujer en África, 2014, párr. 26.

La sentencia de la Corte Europea de Derechos Humanos en el caso *Grimmark vs. Suecia* estableció que Suecia tenía el derecho a no reconocer la objeción de conciencia para cumplir con su obligación positiva de asegurar la disponibilidad de servicios de aborto.⁷⁵ Aclaró que el Estado puede legítimamente decidir no emplear a proveedores de salud objetores, sin violar su libertad de conciencia ni discriminarlos, como parte de su deber de garantizar que haya profesionales dispuestos a brindar servicios de aborto.⁷⁶

El Comité de Derechos Económicos, Sociales y Culturales (CESCR) ha reconocido que la obligación de contar con ciertas garantías institucionales para que los pacientes accedan a los servicios de salud deriva del derecho a la salud reproductiva.⁷⁷

Establecer mecanismos pertinentes de monitoreo, supervisión y sanción

Los organismos internacionales y regionales de derechos humanos han reconocido el deber de los Estados de supervisar y sancionar el uso indebido de la objeción de conciencia por parte de los proveedores de atención de salud. Seis de ellos, incluidos el Comité de Derechos Humanos, el Comité para la Eliminación de la Discriminación contra la Mujer (CEDAW) y el Comité de los Derechos del Niño, han mencionado esta garantía institucional en al menos siete pronunciamientos.⁷⁸



A nivel mundial

El uso de garantías institucionales por parte de los Estados es una tendencia incipiente: 24 Estados ya reconocen al menos algún tipo de estas en sus leyes o reglamentos.

⁷⁵ Tribunal Europeo de Derechos Humanos, *Grimmark vs. Suecia* (Exp. No. 43726/17) del 11 de febrero de 2020, párr. 26.
⁷⁶ Ibid.

⁷⁷ Comité de Derechos Económicos, Sociales y Culturales, Observación General No. 22 sobre el derecho a la salud sexual y reproductiva (artículo 12 del Pacto Internacional de Derechos Económicos, Sociales y Culturales), 2 de mayo de 2016, párrs. 12-13 y 43.

⁷⁸ Comité de Asuntos Sociales, Salud y Familia de la Asamblea Parlamentaria del Consejo de Europa, Memorando Explicativo titulado “Acceso de las mujeres a la atención médica legal: El problema del uso no regulado de la objeción de conciencia”, Doc. 12347 (2010), cláusula 4; Comisión Interamericana de Derechos Humanos, Informe “Acceso a la información sobre salud reproductiva desde una perspectiva de derechos humanos”, OEA/Ser.L/V/II. Doc. 61, 22 de noviembre de 2011, párrs. 93-99; Comité de Derechos Humanos de la ONU, Observaciones Finales: Polonia, UN Doc. CCPR/C/POL/CO/6, 2010, párr. 12; Parlamento Europeo, Informe sobre salud y derechos sexuales y reproductivos (2013/2040(INI)), A7-0426/2013, párr. 34; Comité para la Eliminación de la Discriminación contra la Mujer, Observaciones Finales: Polonia, UN Doc. CEDAW/C/POL/Q/7-8/Add.1 (2014), párr. 43; Comité para la Eliminación de la Discriminación contra la Mujer, Observaciones Finales: Argentina, UN Doc. CEDAW/C/ARG/CO/7, 2016, párr. 33; Comité de los Derechos del Niño, Observaciones Finales: Eslovaquia, UN Doc. CRC/C/SVK/CO/3-5, 2016, párr. 41(f).

Derechos humanos que exigen que los Estados regulen adecuadamente la objeción de conciencia en la atención de salud

Al evaluar la regulación de la objeción de conciencia por parte de los Estados, los organismos de derechos humanos han equilibrado generalmente tres factores: los derechos de las pacientes, los derechos del personal de salud que no objeta y el papel y las responsabilidades del Estado de respetar, proteger y garantizar el derecho a la salud.

Más específicamente, los argumentos basados en los derechos de las pacientes han abordado los derechos a la vida, la salud y la integridad personal; a la igualdad y a la no discriminación; y a no ser sometidas a tratos crueles, inhumanos o degradantes. Los argumentos basados en los derechos del personal de salud que no objetan han considerado su derecho a trabajar en un entorno libre de violencia y discriminación. Por último, los argumentos basados en el papel y las responsabilidades del Estado han discutido la democracia y el impacto negativo de la objeción de conciencia en los servicios de salud.

Derechos de Pacientes

Derechos a la vida, la salud y la integridad personal

Los organismos de derechos humanos han subrayado que los Estados deben adoptar medidas institucionales para garantizar los derechos de las personas pacientes a la vida, la salud y la integridad personal. Al hacerlo, estos organismos han reconocido que la objeción de conciencia —especialmente en contextos sin un marco normativo adecuado⁷⁹ o en aquellos con una gran proporción de profesionales de la salud objetores⁸⁰— tiene un impacto directo en las mujeres y niñas, ya que obstaculiza su acceso a los servicios de salud, lo que vulnera sus derechos a la vida, la salud y la integridad personal.⁸¹

Estos organismos también han expresado preocupación por el hecho de que el ejercicio de la objeción de conciencia por parte de profesionales de la salud obligue a

⁷⁹ Comité para la Eliminación de la Discriminación contra la Mujer, Observaciones Finales: Polonia, UN Doc. CEDAW/C/POL/Q/7-8/Add.1 (2014), párr. 43.

⁸⁰ Comité de Derechos Económicos, Sociales y Culturales, Observación General N.º 22 sobre el derecho a la salud sexual y reproductiva (artículo 12 del Pacto Internacional de Derechos Económicos, Sociales y Culturales), 2 de mayo de 2016, párrs. 12 y 43.

⁸¹ Comité de Derechos Humanos, Observaciones Finales: Colombia, UN Doc. CCPR/C/COL/CO/7 (2015), párrs. 20 y 21.

mujeres y niñas a recurrir a entornos no regulados para acceder a la atención del aborto.⁸² El aborto inseguro es una de las principales causas de mortalidad materna a nivel mundial.⁸³ Asimismo, han señalado los riesgos para la salud asociados a los retrasos en el acceso a los servicios de aborto como consecuencia del ejercicio de la objeción de conciencia por parte del personal de salud.⁸⁴

Para prevenir o mitigar estas vulneraciones de derechos, los organismos de derechos humanos han enfatizado las obligaciones de los Estados de regular adecuadamente la objeción de conciencia, prohibir la objeción de conciencia institucional, garantizar una adecuada distribución geográfica de los equipos que brindan servicios de aborto y adoptar medidas que protejan el derecho de mujeres y niñas a acceder a servicios de salud seguros y de calidad.

 Comité de Derechos Económicos, Sociales y Culturales, Observación General Nº 22 (2016) sobre el derecho a la salud sexual y reproductiva, 2 de mayo de 2016

Según el Comité de Derechos Económicos, Sociales y Culturales (CESCR), la disponibilidad de una atención integral de la salud sexual y reproductiva no debe ser obstaculizada por la objeción de conciencia:

La no disponibilidad de bienes y servicios debido a políticas o prácticas basadas en la ideología, como la objeción a prestar servicios por motivos de conciencia, no debe ser un obstáculo para el acceso a los servicios. Se debe disponer en todo momento de un número suficiente de proveedores de servicios de atención de salud dispuestos a prestar esos servicios y capaces de hacerlo en establecimientos públicos y privados a una distancia geográfica razonable.⁸⁵

El Comité también especificó que la obligación de los Estados Partes de proteger el derecho a la salud sexual y reproductiva les exige “prohibir e impedir que agentes

⁸² Comité para la Eliminación de la Discriminación contra la Mujer, Declaración del Comité para la Eliminación de la Discriminación contra la Mujer sobre la salud y los derechos sexuales y reproductivos: Más allá de la revisión de la CIPD 2014 de 10 de febrero de 2014.

⁸³ Comité de Derechos Humanos de la ONU, Observaciones Finales: Argentina, UN Doc. CCPR/C/ARG/CO/5 (2016), párr. 11.

⁸⁴ Comité de Derechos Humanos, *K.L. vs. Perú*, Comunicación No. 1153/2003, CCPR/C/85/D/1153/2003, párr. 6.3.

⁸⁵ Comité de Derechos Económicos, Sociales y Culturales, Observación General No. 22 sobre el derecho a la salud sexual y reproductiva (artículo 12 del Pacto Internacional de Derechos Económicos, Sociales y Culturales), 2 de mayo de 2016, párrs. 11 y 14.

privados obstaculicen con prácticas o procedimientos los servicios de salud.”⁸⁶ En lo que respecta a la objeción de conciencia:

En caso de que se permita a los proveedores de servicios de atención de salud invocar la objeción de conciencia, los Estados deben regular adecuadamente esta práctica para asegurar que no impida a nadie el acceso a los servicios de atención de salud sexual y reproductiva, en particular exigiendo que se remitan los casos a un proveedor accesible con capacidad y disposición para prestar el servicio requerido y que no impida la prestación de servicios en situaciones urgentes o de emergencia.⁸⁷

Este argumento destaca por haber sido adoptado con notable consistencia por prácticamente todos los organismos de tratados, incluidos: el Comité para la Eliminación de la Discriminación contra la Mujer (CEDAW),⁸⁸ el Comité de Derechos Humanos,⁸⁹ el Comité de Derechos Económicos, Sociales y Culturales (CESCR),⁹⁰ el Comité contra la Tortura⁹¹ y el Comité de los Derechos del Niño.⁹²

⁸⁶ Ibid., párrs. 39 y 43.

⁸⁷ Ibid.

⁸⁸ Comité para la Eliminación de la Discriminación contra la Mujer, Informe del Comité para la Eliminación de la Discriminación contra la Mujer, Sexagésima sesión, 15 de enero-2 de febrero de 2007, párr. 392; Comité para la Eliminación de la Discriminación contra la Mujer, Observaciones Finales: Croacia, UN Doc. A/53/38/Rev.1, 1998, párr. 109; Comité para la Eliminación de la Discriminación contra la Mujer, Observaciones Finales: Polonia, UN Doc. CEDAW/C/POL/Q/7-8/Add.1 (2014), párr. 43; Comité para la Eliminación de la Discriminación contra la Mujer, Declaración del Comité para la Eliminación de la Discriminación contra la Mujer sobre la salud y los derechos sexuales y reproductivos: Más allá de la revisión de la CIPD 2014, párr. 7; Comité para la Eliminación de la Discriminación contra la Mujer, Observaciones Finales: Rumanía, UN Doc. CEDAW/C/ROU/CO/7-8 (2017), párr. 33(C); Comité para la Eliminación de la Discriminación contra la Mujer, Observaciones Finales: México, UN Doc. CEDAW/C/MEX/CO/9 (2018), párrs. 41-42; Comité para la Eliminación de Todas las Formas de Discriminación contra la Mujer, Observaciones finales sobre el informe periódico combinado octavo y noveno de Ecuador, CEDAW/C/ECU/CO/8-9, párr. 32; Comité para la Eliminación de Todas las Formas de Discriminación contra la Mujer, Observaciones finales sobre el informe periódico combinado octavo y noveno de Uruguay, CEDAW/C/URY/CO/8-9, párrs. 35 y 36; 2015, párr. 37.

⁸⁹ Comité de Derechos Humanos de la ONU, Observaciones Finales: Colombia, UN Doc. CCPR/C/COL/CO/7 (2015), párrs. 20 y 21; Comité de Derechos Humanos de la ONU, Observaciones Finales: Argentina, UN Doc. CCPR/C/ARG/CO/5, 2016, párr. 11; Comité de Derechos Humanos de la ONU, Observaciones Finales: Italia, UN Doc. CCPR/C/ITA/CO/6, 2017, párr. 16; y Comité de Derechos Humanos de la ONU, Observación General No. 36. Artículo 6: Derecho a la vida (CCPR/C/GC/36), párr. 8, 2019.

⁹⁰ Comité de Derechos Económicos, Sociales y Culturales, Observación General No. 22 sobre el derecho a la salud sexual y reproductiva (artículo 12 del Pacto Internacional de Derechos Económicos, Sociales y Culturales), 2 de mayo de 2016, Observaciones Finales: Polonia (E/C.12/POL/5), Consideración de los informes presentados por los Estados partes en virtud de los artículos 16 y 17 del Pacto Internacional de Derechos Económicos, Sociales y Culturales, párr. 28.

⁹¹ Comité contra la Tortura, Observaciones finales sobre el segundo informe periódico del Estado Plurinacional de Bolivia, aprobadas por el Comité en su 50.^a sesión, 6-31 de mayo de 2013, párr. 23, <https://www.refworld.org/policy/polrec/cat/2013/en/53569> (consultado el 21 de noviembre de 2024).

⁹² Comité de los Derechos del Niño, Observaciones Finales: Eslovaquia, UN Doc. CRC/C/SVK/CO/3-5, 2016, párr. 41(f).

Los sistemas africano,⁹³ interamericano⁹⁴ y europeo⁹⁵ también han formulado garantías institucionales basadas en los derechos de las pacientes a la vida, la salud y la integridad personal en sus informes y pronunciamientos.

Derecho a la igualdad y la no discriminación

Los organismos de derechos humanos han invocado el derecho a la igualdad y la no discriminación como fundamento para exigir que los Estados mitiguen los efectos adversos de las objeciones médicas. Enfatizan el impacto desproporcionado que tiene la objeción de conciencia no regulada sobre las mujeres y niñas que viven lejos de las zonas urbanas y sobre las personas de nivel socioeconómico más bajo, quienes enfrentan mayores dificultades para acceder a los servicios de salud. Estos organismos consideran la regulación de la objeción de conciencia como un medio para mitigar su impacto desproporcionado en ciertos grupos y para proteger los derechos de las mujeres y niñas a la igualdad y a la no discriminación. El Comité de Derechos Humanos,⁹⁶ el Comité para la Eliminación de la Discriminación contra la Mujer (CEDAW),⁹⁷ el Comité de Derechos Económicos, Sociales y Culturales (CESCR)⁹⁸

⁹³ Comisión Africana de Derechos Humanos y de los Pueblos, Observación General N.º 1 sobre el artículo 14(1)(d) y (e) del Protocolo a la Carta Africana de Derechos Humanos y de los Pueblos relativo a los Derechos de la Mujer en África, 2012..

⁹⁴ Comisión Interamericana de Derechos Humanos, Informe “Acceso a la información sobre salud reproductiva desde una perspectiva de derechos humanos”, OEA/Ser.L/V/II. Doc. 61, 22 de noviembre de 2011, párrs. 93-99 (2011); MESECVI (OEA), Declaración sobre la violencia contra las mujeres, niñas y adolescentes y sus derechos sexuales y reproductivos, Mecanismo de Seguimiento de la Convención de Belém do Pará, Undécima Reunión del Comité de Expertas (18-19 de septiembre de 2014), OEA/Ser.L/V/II.7.10 MESECVI/CEVI/DEC.4/14, 19 de septiembre de 2014; Comisión Interamericana de Derechos Humanos, Informe de Fondo en el caso Beatriz vs. El Salvador (Reporte 9/20), 2020.

⁹⁵ Comité de Asuntos Sociales, Salud y Familia de la Asamblea Parlamentaria del Consejo de Europa, Memorando Explicativo titulado “Acceso de las mujeres a la atención médica legal: El problema del uso no regulado de la objeción de conciencia”, Doc. 12347 (2010), cláusula 4 (2010); Tribunal Europeo de Derechos Humanos, Supervisión de la ejecución de las sentencias del Tribunal Europeo “Tysiāc y R.R. vs. Polonia” (Solicitud N.º 5410/03, 27617/04), “P. y S. vs. Polonia” (Solicitud N.º 57375/08), CM/Notes/1398/H46-18, marzo de 2021, p. 3; Parlamento Europeo, Resolución 1763, “El derecho a la objeción de conciencia en la atención médica legal”, 2010; Parlamento Europeo, Informe sobre salud y derechos sexuales y reproductivos, párr. 34; Parlamento Europeo, Resolución de 24 de junio de 2021 sobre la situación de la salud y los derechos sexuales y reproductivos en la UE en el marco de la salud de las mujeres (2020/2215(INI)), párrs. 36-38; Parlamento Europeo, Resolución 1607 (2008), Acceso al aborto seguro y legal en Europa (2008); Parlamento Europeo, Informe sobre salud y derechos sexuales y reproductivos (2001/2128(INI)), párr. 11; Consejo de Europa, Salud y derechos sexuales y reproductivos en Europa: avances y desafíos, 2024; Consejo de Europa, Informe de la Comisionada de Derechos Humanos del Consejo de Europa tras su visita a Austria del 13 al 17 de diciembre de 2021.

⁹⁶ Comité de Derechos Humanos de la ONU, Observación General N.º 22, Observaciones Generales adoptadas por el Comité de Derechos Humanos, Artículo 18 – Libertad de pensamiento, de conciencia y de religión, 48º período de sesiones, UN Doc. HRI/GEN/1/Rev.7, p. 179 (1993).

⁹⁷ Comité para la Eliminación de la Discriminación contra la Mujer, Observaciones Finales: Eslovaquia, UN Doc. CEDAW [A/63/38] (2008), párrs. 42 y 43; Comité para la Eliminación de la Discriminación contra la Mujer, Recomendación General No. 24, UN CEDAW titulada “La mujer y la salud (artículo 12 de la Convención sobre la Eliminación de Todas las Formas de Discriminación contra la Mujer)”, 20.º período de sesiones, 2 de febrero de 1999, párr. 11.

⁹⁸ Comité de Derechos Económicos, Sociales y Culturales, Observaciones Finales: España, 6 de junio de 2012.

(especialmente en la protección de mujeres migrantes y adolescentes), la Asamblea Parlamentaria del Consejo de Europa⁹⁹ y el Comité Europeo de Derechos Sociales¹⁰⁰ han adoptado este enfoque.

Comité Europeo de Derechos Sociales, *Federación Internacional de Planificación Familiar – Red Europea (IPPF-EN) vs. Italia*, Demanda Nº 87/2012, decisión sobre el fondo, 11 de septiembre de 2013

En 2013, la IPPF-EN presentó una demanda ante el Comité Europeo de Derechos Sociales, argumentando que el alto número de personal médico en Italia que invocaba la objeción de conciencia para negarse a brindar atención de aborto violaba el derecho a la igualdad y la no discriminación protegido por la Carta Social Europea.

La IPPF-EN sostuvo que las mujeres de grupos vulnerables o marginados eran privadas de un acceso efectivo a los servicios de aborto y que las autoridades no adoptaban las medidas necesarias para compensar las deficiencias en la prestación de servicios causadas por el personal de salud objetor.

El Comité Europeo de Derechos Sociales concluyó que la falta de profesionales de la salud dispuestos a brindar atención de aborto obligaba a las mujeres a trasladarse de un hospital a otro dentro de Italia, e incluso a viajar al extranjero. Determinó que esta situación afectaba de manera particular a las mujeres migrantes y a aquellas con menos recursos para viajar, así como que incrementaba la incidencia de abortos inseguros. Esto podía privar por completo a las mujeres, que se veían impedidas de acceder a un aborto en su región, de cualquier oportunidad efectiva de ejercer su derecho legal a dichos servicios.

Como resultado, el Comité concluyó que las mujeres enfrentaban discriminación interseccional y recibían de manera injustificada un trato distinto en cuanto a su acceso a la atención de salud. Por ello, condenó a Italia e instó al país a adoptar medidas para garantizar el acceso de todas las mujeres en todas las jurisdicciones.

Derecho a vivir libre de tratos crueles, inhumanos o degradantes

⁹⁹ Parlamento Europeo, Resolución 1763 sobre el derecho a la objeción de conciencia en la atención médica legal, 7 de octubre de 2010.

¹⁰⁰ Comité Europeo de Derechos Sociales, *Federación Internacional de Planificación Familiar-Red Europea (IPPF-EN) vs. Italia*, Exp. No. 87/2012, decisión sobre el fondo de 10 de septiembre de 2013.

La negación de acceso a los servicios de aborto por motivos de objeción de conciencia se ha enmarcado como una violación del derecho de las mujeres, niñas y otras personas embarazadas a vivir libres de tratos crueles, inhumanos o degradantes. Este derecho se ve particularmente afectado cuando las negativas basadas en la objeción de conciencia dejan a las mujeres, niñas y otras personas embarazadas sin acceso a un aborto seguro, obligándolas a enfrentar una maternidad forzada, a continuar un embarazo en contra de su voluntad —o en contra de la recomendación médica— o a buscar formas de interrumpir su embarazo fuera del sistema de salud. El Comité de Derechos Humanos desarrolló específicamente este argumento en el caso *K.L. c. Perú*, tal como se detalla en el recuadro a continuación.¹⁰¹

Comité de Derechos Humanos, *K.L. vs. Perú*, CCPR/C/85/D/1153/2003, Comunicación Nº 1153/2003

Una adolescente en Perú estaba embarazada con un diagnóstico fetal de anencefalia, una condición grave en la que el cerebro no se desarrolla adecuadamente, haciendo que el feto no sea viable y poniendo en riesgo la salud de la persona embarazada.¹⁰² La adolescente decidió interrumpir el embarazo por razones terapéuticas, pero el personal médico del Ministerio de Salud se negó a proporcionarle el aborto legal solicitado.¹⁰³ Como resultado, fue obligada a continuar con el embarazo y a dar a luz en contra de su voluntad.

El Comité de Derechos Humanos determinó que obligar a la adolescente a continuar con el embarazo y a amamantar al bebé durante los cuatro días que sobrevivió le causó un sufrimiento emocional y psicológico “grave”. Este sufrimiento fue considerado como trato cruel, inhumano o degradante, en violación del artículo 7 del Pacto Internacional de Derechos Civiles y Políticos (PIDCP).

En consecuencia, el Comité instó a Perú a proporcionar un recurso efectivo a la denunciante, incluyendo una compensación económica, y a tomar medidas para evitar violaciones similares en el futuro, asegurando la protección de los derechos humanos de mujeres y niñas en circunstancias similares.¹⁰⁴

¹⁰¹ Comité de Derechos Humanos, *K.L. vs. Perú*, Comunicación No. 1153/2003, CCPR/C/85/D/1153/2003, párr. 6.3.

¹⁰² Ibid., párr. 2.7.

¹⁰³ Ibid., párr. 2.4.

¹⁰⁴ Ibid., párr. 8.

Derechos de los proveedores de salud que no objetan a trabajar en un entorno libre de violencia y discriminación

Algunos organismos de derechos humanos han sostenido que la objeción de conciencia puede conducir a la discriminación laboral y afectar negativamente el ambiente de trabajo de los proveedores de salud que no objetan.

Estos organismos han señalado que, en contextos donde los proveedores que no objetan son minoría, están expuestos a sobrecarga laboral, discriminación y malos tratos. El Tribunal Europeo de Derechos Humanos¹⁰⁵ y el Comité Europeo de Derechos Sociales¹⁰⁶ han utilizado este razonamiento. De acuerdo con sus decisiones, el Estado debe contratar a proveedores de salud no objetores para conformar los equipos médicos que atienden a las personas embarazadas, sancionar las conductas discriminatorias hacia los proveedores que no objetan y prevenir el estigma.

Comité Europeo de Derechos Sociales, *Confederazione Generale Italiana del Lavoro (CGIL) vs. Italia*, demanda No. 91/2013

En 2013, la CGIL (un sindicato) presentó una demanda ante el Comité Europeo de Derechos Sociales alegando que Italia violaba el derecho al trabajo del personal médico no objetor que brinda servicios de aborto, debido a su incumplimiento en la protección de sus derechos.¹⁰⁷ También argumentó que Italia violaba el derecho a la salud por la aplicación inadecuada de la ley que regula la objeción de conciencia al aborto, ya que esta no protege el derecho de las mujeres a acceder a los servicios de aborto.¹⁰⁸

En respaldo a estas alegaciones, la CGIL informó al Comité que aproximadamente el 70% de los ginecólogos, el 52 % de los anesthesiólogos y el 44 % del personal no médico eran objetores de conciencia; porcentajes que generalmente aumentaron en los seis años previos.¹⁰⁹ En consecuencia, el personal no objetor que brindaba atención en abortos enfrentaba jornadas laborales excesivamente largas y aislamiento.¹¹⁰

¹⁰⁵ Tribunal Europeo de Derechos Humanos, *Grimmark vs. Suecia* (Solicitud N.º 43726/17), 11 de febrero de 2020; Tribunal Europeo de Derechos Humanos, *Steen vs. Suecia* (Solicitud N.º 62307/17), 11 de febrero de 2020.

¹⁰⁶ Comité Europeo de Derechos Sociales, *Confederazione Generale Italiana del Lavoro (CGIL) vs. Italia*, demanda N.º 91/2013, decisión sobre el fondo del 12 de octubre de 2015.

¹⁰⁷ Ibid., párr. 22.

¹⁰⁸ Ibid., párr. 21.

¹⁰⁹ Ibid., párr. 98.

¹¹⁰ Ibid., párr. 266.

El Comité determinó que el derecho al trabajo requiere no discriminación, y que Italia violó este derecho al exponer a los no objetores a un trato discriminatorio en términos de carga laboral, distribución de tareas y oportunidades de desarrollo profesional en comparación con los objetores de conciencia.¹¹¹

La decisión confirmó el deber de los Estados de garantizar que sus instituciones de salud cuenten con personal dispuesto a brindar servicios de aborto¹¹² y de adoptar medidas preventivas para proteger a quienes ofrecen dichos servicios de tratos discriminatorios, incluyendo el “acoso moral.”¹¹³

Rol y Responsabilidades de los Estados en Garantizar la Disponibilidad de los Servicios de Salud

Democracia

En el caso *Grimmark vs. Suecia*, el Tribunal Europeo de Derechos Humanos (TEDH) se basó en un argumento fundamentado en la democracia para respaldar la validez de la decisión de un hospital sueco de no emplear a un proveedor de salud que se negaba a realizar abortos por objeción de conciencia.

El TEDH reconoció el valor de la libre expresión, la pluralidad y la tolerancia de información e ideas que caracterizan a una sociedad democrática.¹¹⁴ En particular, sostuvo que la ley sueca que exige a los empleados cumplir con todas sus funciones laborales, aplicada a las parteras y a los abortos legales, permite interferir con la libertad de conciencia. Interferir con la libertad de conciencia para proteger la salud de las mujeres que buscan un aborto legal fue considerado como “necesario en una sociedad democrática” como Suecia, que provee servicios de aborto, y además “proporcionado.”¹¹⁵ En otras palabras, permitir que la objeción de conciencia obstaculice la prestación de servicios de aborto menoscabaría el interés del Estado democrático en garantizar un derecho fundamental y dejaría de otorgar el peso adecuado a los intereses de quienes buscan dichos servicios.

¹¹¹ Ibid., párr. 243, 246.

¹¹² Ibid., párr. 281.

¹¹³ Ibid., párr. 297.

¹¹⁴ Tribunal Europeo de Derechos Humanos, *Grimmark vs. Suecia* (Solicitud No. 43726/17), 11 de febrero de 2020, párr. 31.

¹¹⁵ Ibid., párrs. 25-26.

Impacto Negativo de la Objeción de Conciencia en los Servicios de Salud

Diversos tribunales y organismos de derechos humanos han reconocido que los intentos de impedir que las personas embarazadas accedan a la atención del aborto basados en la objeción de conciencia —por ejemplo, mediante la disuasión, la desinformación, las demoras o el abuso de poder— tienen un impacto negativo y conducen a una deficiente gestión de la organización estatal.

Las garantías institucionales, como el deber del Estado de regular claramente la objeción de conciencia, prohibir la objeción de conciencia institucional y monitorear y penalizar el uso indebido de la objeción de conciencia por parte de individuos, son mecanismos esenciales para prevenir, controlar y sancionar la mala gestión de los servicios de salud que podría resultar del uso de la objeción de conciencia.

El Comité de Derechos Humanos,¹¹⁶ el Comité CEDAW,¹¹⁷ el TEDH,¹¹⁸ el Comité Europeo de Derechos Sociales¹¹⁹ y la CIDH¹²⁰ han justificado la imposición de obligaciones a los Estados debido al impacto negativo de la objeción de conciencia en los servicios de salud y la necesidad de mitigar dicho efecto.

¹¹⁶ Comité de Derechos Humanos, *K.L. vs. Perú*, Comunicación N.º 1153/2003, UN Doc. CCPR/C/85/D/1153/2003; y Comité de Derechos Humanos, *L.M.R. vs. Argentina*, Comunicación N.º 1608/07, UN Doc. CCPR/C/101/D/1608/2007.

¹¹⁷ Comité para la Eliminación de la Discriminación contra la Mujer, *L.C. vs. Perú*, Comunicación N.º 22/2009, UN Doc. CEDAW/C/50/D/22/2009.

¹¹⁸ Tribunal Europeo de Derechos Humanos, *Tysiāc vs. Polonia* (Exp. No. 5410/03), 24 de septiembre de 2007; Tribunal Europeo de Derechos Humanos, *R.R. vs. Polonia* (Exp. No. 27617/04), 28 de noviembre de 2011; y Tribunal Europeo de Derechos Humanos, *P. y S. vs. Polonia* (Exp. No. 57375/08), 30 de octubre de 2012.

¹¹⁹ Comité Europeo de Derechos Sociales, *Federación Internacional de Planificación Familiar-Red Europea (IPPF-EN) vs. Italia*, Exp. No. 87/2012, decisión sobre el fondo de 10 de septiembre de 2013.

¹²⁰ Comisión Interamericana de Derechos Humanos, *Paulina del Carmen Ramírez Jacinto c. México*, Caso No. 161-02, Acuerdo Amistoso de 9 de marzo de 2007.

Conclusión

De acuerdo con los instrumentos internacionales y regionales de derechos humanos, así como con las decisiones vinculantes y no vinculantes de sus organismos:

1. Ningún instrumento de derecho internacional obliga a los Estados a reconocer la objeción de conciencia ni en el ámbito general de la salud ni específicamente en el aborto.
2. Los Estados que reconocen la objeción de conciencia deben imponer límites claros a su ejercicio. Los más comunes en la legislación comparada son los deberes individuales del personal de salud de informar oportunamente a la persona paciente sobre su objeción, derivar a la paciente a otro proveedor disponible de manera oportuna, informar a la paciente sobre sus derechos, y respetar cualquier otro requisito procesal para objetar, así como la prohibición de invocar la objeción de conciencia en situaciones de emergencia o atención urgente.
3. Los sistemas internacionales y regionales de derechos humanos, así como los Estados, tienden a reconocer la objeción de conciencia como un derecho que solo pueden ejercer los individuos, no las instituciones.
4. Los sistemas internacionales y regionales de derechos humanos establecen la necesidad de que los Estados implementen garantías institucionales para asegurar que las mujeres tengan acceso a la atención de salud. Las más mencionadas son: la obligación de regular claramente la objeción de conciencia; prohibir la objeción de conciencia institucional; contar con mecanismos de derivación; asegurar un número adecuado de proveedores de salud no objetores en las instituciones públicas, lo que puede implicar no contratar profesionales objetores en ciertos contextos; y establecer mecanismos de monitoreo, supervisión y sanción.
5. Los organismos internacionales de derechos humanos han justificado el deber de los Estados de regular el ejercicio de la objeción de conciencia a partir de tres categorías de argumentos basados en derechos:
 - a. Los derechos de las personas pacientes, que incluyen el derecho a la vida, a la salud y a la integridad personal; a la igualdad y a la no discriminación; y a no ser sometidas a tratos crueles, inhumanos o degradantes.
 - b. Los derechos de los proveedores de salud no objetores a trabajar en un ambiente libre de violencia y discriminación.

c. El rol y las responsabilidades de los Estados en la provisión de servicios de salud, que incluyen la democracia y el impacto negativo de la objeción de conciencia en los servicios de salud.

Agradecimientos

Esta *síntesis de política* se basa en la investigación elaborada por Agustina Ramón Michel, Dana Repka y Donatella Zallocco como parte de un proyecto de REDAAS, ELA y CEDES, con el apoyo de IPAS LAC. La síntesis política fue redactada por Agustina Ramón Michel, Dana Repka, Donatella Zallocco y Cristina Quijano Carrasco.

El informe fue revisado y editado por Heather Barr, directora asociada en la División de Derechos de Mujeres y por Macarena Sáez, directora ejecutiva de la División de Derechos de Mujeres de Human Rights Watch. La revisión legal estuvo a cargo de Aisling Reidy, asesora legal senior de la División de Derecho y Políticas de Human Rights Watch. Las revisiones de especialistas fueron realizadas por Margaret Wurth, investigadora senior en la División de Derechos de la Niñez de Human Rights Watch; Kriti Sharma, directora asociada en la División de Derechos de las Personas con Discapacidad de Human Rights Watch; y Matt McConnell, investigador en la División de Salud y Derechos Humanos de Human Rights Watch. Stephanie Lustig, asistente de investigación en la División de Derechos de Mujeres de Human Rights Watch, brindó apoyo administrativo y de revisión de fuentes. La asistencia en diseño y producción fue proporcionada por Subhajit Saha, coordinador senior en la División de Derechos de las Mujeres de Human Rights Watch y Travis Carr, oficial de publicaciones de Human Rights Watch. La ilustración de la portada fue realizada por Doris Miranda.



© 2025 Doris Miranda para Human Rights Watch