

## LA OBJECCIÓN DE CONCIENCIA SANITARIA: UN ESTUDIO EXPLORATORIO SOBRE SU REGULACIÓN\*

Sonia ARIZA NAVARRETE\*\*

SUMARIO: I. *Introducción.* II. *Posiciones frente a la objeción de conciencia sanitaria en el mundo: algunos ejemplos.* III. *Principales características de las regulaciones.* IV. *Administración de las objeciones de conciencia: el registro de objetores/as.* V. *Características del registro de objetores.* VI. *Conclusión.* VII. *Bibliografía.*

### I. INTRODUCCIÓN

La objeción de conciencia es el instrumento jurídico que permite el incumplimiento de un deber legal cuando este contradice profundas convicciones

---

\* Este artículo fue realizado para su publicación por la Universidad de Buenos Aires, editorial Eudeba, en un volumen bajo la coordinación de las doctoras Paola Bergallo y Agustina Ramón Michel (2017).

Agradezco a todo el equipo de abogadas feministas del Núcleo de Abogacía Feminista (NAF) y en particular a Agustina Ramón Michel y a Paola Bergallo por permitirme participar en esta publicación y por sus valiosos comentarios que me ayudaron tanto en la confección de este artículo. A Cathy Green por la edición de este artículo. Agradezco a Marcelo Alegre y a quienes integran el UBACyT sobre Objeción de Conciencia en la Universidad de Buenos Aires, especialmente a Romina Faerman, Nahuel Maisley, Tamara Tenebaum y Ezequiel Monti, por sus comentarios y la oportunidad para discutir este trabajo. Agradezco a Beatriz Kohén por su atenta lectura del primer borrador de este trabajo y por sus valiosos comentarios. Así como a Mariela Puga y Juan Marco Vaggione, por el intercambio sobre este tema en distintos contextos.

Nota aclaratoria. En el texto se usará la primera persona como forma de reafirmar que las opiniones vertidas y los sesgos en la investigación son responsabilidad exclusivamente mía. Esto no debe leerse bajo ningún concepto como una falta de reconocimiento de que este escrito fue producto del trabajo en equipo y de la interacción con las personas mencionadas y muchas otras con las que fui construyendo estas ideas.

\*\* Profesora de la facultad de Derecho de la Universidad de Palermo; investigadora en el Instituto Universitario Europeo en Florencia, Italia.

morales de la persona obligada.<sup>1</sup> En otras palabras, se trata de la exención de responsabilidad frente a la inobservancia de un deber jurídico, previo cumplimiento de las formalidades legales establecidas.<sup>2</sup>

Tradicionalmente, la objeción de conciencia fue presentada y aceptada mayormente en relación con el servicio militar obligatorio, o la realización de ritos —religiosos o civiles— en diferentes situaciones que, no representan riesgo para derechos ajenos.<sup>3</sup> No obstante, en el último tiempo se ha presentado en escenarios más complejos, como el caso de la salud,<sup>4</sup> en donde las/os profesionales buscan eximirse de la realización de ciertas prácticas que les corresponden por especialidad y relación funcional.<sup>5</sup> Se ve con particular intensidad la resistencia a prácticas relacionadas con la salud sexual y reproductiva,<sup>6</sup> así

---

<sup>1</sup> Alegre, Marcelo, “Opresión a conciencia. La objeción de conciencia en la esfera de la salud sexual y reproductiva”, *Derecho y sexualidades*, SELA, 2009; Dickens, Bernard, “Servicios de salud reproductiva y el derecho y ética de la objeción de conciencia”, *Revista Argentina de Teoría Jurídica*, Buenos Aires, vol. 13, 2009, pp. 2-9.

<sup>2</sup> Gascón Abellán, Marina, “Obediencia al derecho y objeción de conciencia”, Madrid, Centro de Estudios Constitucionales, 1990, p. 249.

<sup>3</sup> Para ejemplos paradigmáticos de estas situaciones en la Argentina, véase el caso Portillo (Corte Suprema de la Nación Argentina, 1989) en el que por primera vez se acepta la objeción de conciencia frente al servicio militar, y el caso Ascencio (Corte Suprema de Justicia de la Nación Argentina, 1982), en el que se releva a un muchacho de reverenciar la bandera argentina por contrariar los mandatos religiosos que le eran propios, véase Alegre, 2009.

<sup>4</sup> Un ejemplo es el caso de Italia, en donde desde la década del 90 cerca del 70% de las/os profesionales de la salud, especializados en temas relacionados con la salud sexual y reproductiva, se han declarado objetores de conciencia. Lo que supone una emergencia sanitaria importante, que deja en riesgo el acceso a la salud de las mujeres en ese país, véase *Comité para la Eliminación de las Discriminación contra la Mujer. Eliminación de la discriminación contra la mujer*, Italia, A/52/38/Rev.1 (Part. II, paras. 322-364), 12/08/1997, paras. 353 y 360.

<sup>5</sup> Véase Comité de Derechos Humanos, *Observación General núm. 22: comentarios generales adoptados por el Comité de los Derechos Humanos, artículo 18. Libertad de pensamiento, de conciencia y de religión*, 48o. período de sesiones, U. N. Doc. HRI/GEN/1/Rev.7 at 179, 1993.

<sup>6</sup> Se trata de prácticas médicas vinculadas, especialmente, con la anticoncepción temporal y permanente, la prevención de ITS, la información sobre aspectos vinculados con el placer sexual, aborto, entre otros. En este sentido la Iglesia católica ha manifestado, desde sus autoridades máximas tanto en el Vaticano como a nivel nacional, su rechazo no sólo al aborto sino también a prácticas como el uso de anticonceptivos e incluso la masturbación. Se ha exhortado a sus fieles a que se nieguen a intervenir, ya sea prescribiéndolas o tan sólo entregando información sobre contracepción o aborto. Lo anterior no sólo se puede ver en el *Evangelium vitae* de Juan Pablo II (1995), sino también en las declaraciones de Cardenales como Jorge Bergoglio en la Argentina, actual Papa Francisco I, en contra de las leyes que garantizan la anticoncepción, educación sexual integral, etcétera. Sobre las declaraciones del actual Papa, véase: “¿Quién es Jorge Mario Bergoglio, el nuevo Papa Francisco?”, *Diario Perfil*, 13 de marzo de 2013, disponible en: <http://www.adnpolitico.com/noticias/2013/03/13/>

como con las que involucran el fin de la vida.<sup>7</sup> En el caso de la salud, la diferencia con la objeción de conciencia “tradicional”<sup>8</sup> se da por el peligro que tal incumplimiento de deberes representa para la salud y los demás derechos de las/os pacientes, especialmente de las mujeres y otros grupos subordinados como adolescentes, personas LGBTIQ, entre otras.<sup>9</sup> Es por ello que la vali-

---

*quien-es-jorge-mario-bergoglio-el-nuevo-papa-francisco-i*; así como “Un repaso por las opiniones de Bergoglio”, *Diario La Arena Digital*, 4 de marzo de 2013, disponible en: [http://www.laarena.com.ar/avances/un\\_repaso\\_sobre\\_las\\_opiniones\\_de\\_bergoglio-20596.html](http://www.laarena.com.ar/avances/un_repaso_sobre_las_opiniones_de_bergoglio-20596.html), y “Legalizada la objeción de conciencia en la República Federal de Alemania”, *El País*, Madrid, 2 de agosto de 1977.

<sup>7</sup> En relación con el “fin de la vida”, se ha rechazado principalmente el derecho a una muerte digna o a la eutanasia. Como ejemplo, el caso colombiano en donde a pesar de que la Corte Constitucional (1997 y 2014) ha reafirmado el derecho a la muerte digna, la masiva presentación de objeción de conciencia frente a este deber llevó a que el Ministerio de Salud de la Nación en 2015 (resolución 1216/15) tuviera que reglamentar el acceso para impedir que se afectaran los derecho de pacientes, sin embargo, el presidente de la Conferencia Episcopal de Colombia, no dudó en pronunciarse diciendo que para la Iglesia la eutanasia seguirá siendo “un crimen” y exhortó a los médicos para que sigan acudiendo a la objeción de conciencia, así como al gobierno para que revise su política sobre el tema. Por otro lado, tenemos casos de hostigamiento a profesionales que garantizan este derecho, el ejemplo de Jack Kevorkian, un patólogo estadounidense que practicó eutanasia en 130 pacientes en la década del 90 y murió años después sin dejar de ser asediado por grupos fundamentalistas religiosos, ha sido ampliamente documentado el caso de la objeción de conciencia (el cual ha aumentado) en la prensa de su país de origen. “Eutanasia: Colombia regula muerte digna para pacientes terminales”, *La Prensa*, Sección mundo, 22 abril de 15, disponible en: [http://www.prensa.com/mundo/Colombia-regula-muerte-pacientes-terminales\\_0\\_4192080905.html#sthash.2xOeKonG.dpuf](http://www.prensa.com/mundo/Colombia-regula-muerte-pacientes-terminales_0_4192080905.html#sthash.2xOeKonG.dpuf); “Eutanasia: 15 años esperando reglamentación”, *Ámbito Jurídico*, 20 de julio de 2015, disponible en: [http://www.ambitojuridico.com/BancoConocimiento/N/noti12022102\\_\(eutanasia\\_15\\_anos\\_esperando\\_reglamentacion\)/noti-12022102\\_\(eutanasia\\_15\\_anos\\_esperando\\_reglamentacion\).asp?print=1](http://www.ambitojuridico.com/BancoConocimiento/N/noti12022102_(eutanasia_15_anos_esperando_reglamentacion)/noti-12022102_(eutanasia_15_anos_esperando_reglamentacion).asp?print=1); “A Doctor Who Helped End Lives”, *The New York Times*, 3 de junio de 2011, disponible en: <http://www.nytimes.com/2011/06/04/us/04kevorkian.html?pagewanted=all>. Véase también, Rodrigues Torres, José Henrique, “El derecho a morir dignamente y la objeción de conciencia”, *Colombia Médica*, Cali, vol. 46, núm. 2, abril-junio de 2015, pp. 52 y 53.

<sup>8</sup> Denominación tomada de Alegre, Marcelo, *et al., op. cit.*, para indicar que en sus orígenes la objeción de conciencia no se aplicó a situaciones en las que derechos de personas individualizadas/bles estuvieran en riesgo por el incumplimiento del deber objetado.

<sup>9</sup> La Corte Suprema de Justicia de la Nación de Argentina, en su fallo F. A. L. s/ medida autosatisfactiva, del 13 de marzo de 2013, considerando 29, hace una referencia expresa a los riesgos que el uso no regulado de la objeción de conciencia puede representar para los derechos y la salud de las mujeres, especialmente en el caso de los abortos no punibles. En el mismo sentido, el relator especial sobre el derecho a la salud, Anand Grover, en su informe del 3 de agosto de 2011, hace referencia explícita a las consecuencias del uso excesivo de la objeción de conciencia en el acceso a los servicios de salud sexual y reproductiva, especialmente frente al aborto. Se puede consultar un resumen de los puntos más importantes del informe en: <http://andax.org.mx/cms/images/cpdgrvs12.pdf>. La Corte Constitucional de Colombia, en su sentencia T-388/09, sobre objeción de conciencia frente al aborto no punible, recuerda los

dez de la objeción de conciencia en estas circunstancias ha sido ampliamente discutida en la doctrina reciente.<sup>10</sup> Aunque no hay un acuerdo o una posición definitiva sobre el tema, lo cierto es que la mayoría de las publicaciones y regulaciones consultadas parecen aceptar que el ejercicio de la objeción de conciencia sanitaria (cuando es posible en el marco jurídico local) debe ser regulado para neutralizar, o al menos mitigar, sus efectos adversos.<sup>11</sup>

A partir de la década del setenta, aparecen regulaciones nacionales e internacionales sobre la objeción de conciencia sanitaria que la aceptan de manera explícita para algunos supuestos.<sup>12</sup> Los sistemas internacionales,

---

perjuicios directos e irreversibles que acarrea su ejercicio en contextos en los que el Estado no garantiza adecuadamente la prestación de los servicios de interrupción legal del embarazo.

<sup>10</sup> Ariza Navarrete, Sonia y Ramón Michel, Agustina, “Objeción de conciencia y aborto”, en Ramos, S. *et al.*, *Investigación sobre aborto en América Latina y El Caribe: una agenda renovada para informar políticas públicas e incidencia*, Ciudad Autónoma de Buenos Aires-México, Distrito Federal-Lima, Centro de Estudios de Estado y Sociedad-CEDES/Population Council/Promsex, 2015.

<sup>11</sup> La objeción de conciencia propia (no regulada expresamente) puede ser eficaz para proteger a las/os objetores de conciencia en supuestos en los que no exista riesgo o peligro de afectación de derechos de terceras persona, como era la regla en los supuestos de objeción de conciencia tradicionales. En el caso de la objeción sanitaria, la objeción de conciencia impropia (regulada por el ordenamiento jurídico) ha sido más utilizada, ya que permite establecer claramente los deberes asociados tanto en el nivel individual (obligaciones de las/os profesionales objetores), como en el nivel institucional (obligaciones del Estado en todos sus niveles y de las entidades que prestan servicios de salud), de la misma forma garantiza la existencia política (o al menos estrategias) de implementación que garanticen el respeto de los derechos de las/os pacientes, como se pasará a mostrar.

<sup>12</sup> En el plano internacional, por ejemplo: en 1979 la Declaración de Oslo sobre el aborto terapéutico, de la XXIV Asamblea Médica mundial (ratificada en 1983) y los Principios Europeos de Ética Médica, (aprobados por la Conferencia Internacional de Órdenes Médicas celebrada en París en 1987), se pronuncian sobre la objeción de conciencia reconociendo la posibilidad de su ejercicio de manera limitada a la garantía de los derechos de las/os pacientes. En 2007, el tratado de Lisboa, así como la Carta de Derechos Fundamentales de la Unión Europea, reconoce la objeción de conciencia, dejando a los derechos internos su regulación. En 2010 se adopta la Resolución 1763 del Consejo de Europa que reconoce que el uso no regulado de la objeción de conciencia constituye un problema para el acceso a la salud, principalmente de las mujeres.

En el plano nacional, por ejemplo: Austria en su Ley 23 de 1974, artículo 3.4 permitió la objeción de conciencia; Bosnia en su Ley de Aborto (Abortion Act) de 1977 estableció la posibilidad de objetar a esa práctica, en 2008 la reforma de dicha ley, restringió la objeción de conciencia a ginecólogos/as que deban participar directamente; Dinamarca en su Ley 350 de 1973 sobre aborto, así como en sus reformas de 1986 y 1989, contempla la objeción de conciencia para todo el personal sanitario; Francia en su ley de 17 de enero de 1975 sobre aborto, permite la objeción de conciencia de todo el personal sanitario; Gran Bretaña desde 1967 en su ley de aborto permitió expresamente la objeción de conciencia con una extensión amplia que se ha mantenido a pesar de las sucesivas reformas de esa norma, en 1990 la norma de fertilización asistida (Human Fertilization and Embryology Act) también

actualmente, tienden a reconocer la objeción de conciencia por derivación de los derechos humanos a la libertad de culto y conciencia. La jurisprudencia de la Corte Interamericana de Derechos Humanos (en adelante, CIDH) ha determinado que no existe un derecho humano a la objeción de conciencia como tal,<sup>13</sup> no obstante, si su ejercicio es permitido por las normas locales, debe ser garantizado en tanto ello no atente contra los derechos de otras personas.<sup>14</sup> En ese sentido, la CIDH ha sido enfática en afirmar que el establecimiento claro de los límites y deberes derivados de la objeción de conciencia, tiene que ser una prioridad para habilitar su ejercicio.<sup>15</sup>

Aun cuando la objeción de conciencia sanitaria no está reconocida expresamente en la Constitución de la mayoría de países, se puede rastrear su fundamento en los derechos a la libertad de conciencia y de culto, y a la autonomía, que en general sí lo están.<sup>16</sup> De su sustento en este último derecho, a la autonomía, se derivan importantes límites para esta excepción: por un lado, su ejercicio no puede lesionar el interés general o el bien público, y por otro, no puede afectar los derechos y/o bienes de otras personas.<sup>17</sup>

---

contempla la objeción de conciencia; Holanda desde 1981, en su Ley de Acceso al Aborto, considera la objeción de conciencia de manera amplia; Luxemburgo desde 1978, en su Abortion Act, permite la objeción de conciencia; Noruega desde la Ley 50 de 1975 (Abortion Act) contempla la objeción de conciencia sanitaria, pero fue en 2001 cuando una reforma legal incluyó regulación amplia y suficiente de la objeción de conciencia; Argentina desde 2003, con la Ley 25.673 de Salud Sexual y Procreación Responsable, permite la objeción de conciencia frente a la anticoncepción, desde 2006 Argentina en su Ley de Anticoncepción quirúrgica contempla expresamente la posibilidad de objetar su práctica, y desde 2007 el Protocolo Nacional (llamado previamente “Guía Técnica”) de acceso a servicios de aborto no punible, (actualizado en 2010 y 2015) permite la objeción de conciencia; en México la reforma constitucional de 2011 incorporó la libertad religiosa y de pensamiento, facilitando el reconocimiento de la objeción de conciencia en materia sanitaria, aunque ya se venía haciendo desde la década del 80 a nivel estadual.

<sup>13</sup> Corte Interamericana de Derechos Humanos, *Opinión consultiva 10/89, Interpretación de la Declaración Americana de los Derechos y Deberes del Hombre en el Marco del Artículo 64 (libertad religiosa y de culto) de la Convención Americana sobre Derechos Humanos*, julio de 1989.

<sup>14</sup> Comisión Interamericana de Derechos Humanos, *Casos 9647 James Terry Roach y Jay Pinkerton c/ Estados Unidos*, informe 3/87 (22 de agosto de 1987); *Caso 2137 Testigos de Jehová c/ Argentina*, informe 02/79 (5 febrero de 1979); *Caso 9903 Rafael Ferrer-Mazorra c/ Estados Unidos*, informe 51/01 (4 abril de 2001); así como el informe anual de la Comisión Interamericana de Derechos Humanos de 2000.

<sup>15</sup> Corte Interamericana de Derechos Humanos, *Opinión consultiva 10/89, Interpretación de la Declaración Americana de los Derechos y Deberes del Hombre en el Marco del Artículo 64 (libertad religiosa y de culto) de la Convención Americana sobre Derechos Humanos* (14 de julio de 1989).

<sup>16</sup> Alegre, Marcelo, “*Opresión a conciencia. La objeción de conciencia...*”, *op. cit.*

<sup>17</sup> En 2001, en la sentencia del caso “Pichon and Sajous vs. France”, la Corte Europea de Derecho Humanos reconoció como límite de la objeción de conciencia, la afectación de

En el caso de la objeción de conciencia al servicio militar, estos límites no presentan problema alguno, sin embargo, en la objeción de conciencia en materia sanitaria, la situación es sustancialmente diferente. Principalmente por el enorme potencial de afectación a los derechos de terceras personas.<sup>18</sup> Ya que cuando un/a profesional de la salud se niega a realizar una práctica incluso en abstracto, es decir antes de la solicitud concreta de una persona, está inmediatamente reduciendo la oferta de servicios, lo que impacta de forma diferenciada a distintos grupos de la sociedad, como ya se dijo, principalmente a las mujeres, las personas jóvenes, las más pobres, entre otras, como se explicará más adelante (punto 1.1).

Adicionalmente la objeción de conciencia supone un dilema ético para quien la ejerce, no sólo implica el incumplimiento de un deber jurídico (la prestación de un servicio médico), sino que además implica el incumplimiento de algunos deberes éticos de la profesión que ha elegido voluntariamente,<sup>19</sup> como el deber de beneficencia, que comprende el respeto de la autonomía de las/os pacientes, así como la actuación en el “mejor interés” que significa concretamente el respeto de todos sus derechos como paciente y como ciudadana/o.

En el ámbito local, la mayoría de los países que han reconocido la objeción de conciencia sanitaria en algunos supuestos lo han hecho, ya sea a

---

derechos de terceras personas. En este caso un farmacéutico se negó a vender anticonceptivos por considerar que esta actividad atentaba contra sus creencias religiosas. La Corte finalmente falló en contra del farmacéutico afirmando que “la venta de anticonceptivos es legal y se produce por prescripción médica, el demandante no puede imponer sus creencias religiosas como justificación para negar la venta de medicamentos, en este caso anticonceptivos”. Es decir, no puede lesionar el derecho al acceso a la anticoncepción de otras personas. Eur. ct. HR (3a. sección), Pichon and Sajous v. France (expediente núm. 49853/99) decisión (inadmisibilidad) de 2 octubre de 2001.

<sup>18</sup> 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.

<sup>19</sup> Es por ello que las limitaciones a la objeción no sólo son exigidas por razones jurídicas sino también por motivos morales, puesto que no sería ético preferir un mal mayor para otra persona (como la muerte o el riesgo para la salud) con la que además se tiene un deber especial de cuidado, al cumplimiento de un deber legal propio (por ejemplo, el de los profesionales de salud en el caso del aborto), cualquiera sea su contenido. Al menos es una consideración que debe pesar en la decisión del/a profesional que pretende hacerse objeto/a, ya que en el juicio moral que realiza, también debe incluirse el peso moral de incumplir con sus deberes como profesional y como funcionario/a, así como el peligro que su conducta implica para el ejercicio de los derechos de sus pacientes. Agradezco a Agustina Ramón Michel con quién discutimos este tema en reiteradas oportunidades. Véase Clavalló, Mercedes y Ramón Michel, Agustina, “La objeción de conciencia...”, *op. cit.*

través de regulaciones legislativas o administrativas<sup>20</sup> o jurisprudenciales.<sup>21</sup> Cada Estado con diferente alcance y con distintas estrategias regulatorias que se dirigen en la mayoría de los casos a mitigar los riesgos para terceras personas que pueden derivarse del ejercicio de la objeción de conciencia, tal y como se han comprometido en el marco nacional e internacional de los derechos humanos, en donde la mayoría de las convenciones y tratados obligan a proteger los derechos de pacientes, especialmente cuando estas/os pertenecen a grupos subordinados, como las mujeres, niñas, niños y adolescentes, etcétera.

El desafío que supone el abordaje de este fenómeno tan complejo ha resultado en diferentes posturas tanto doctrinales como regulatorias que me propongo explorar en este trabajo. A través del relevamiento de las regulaciones disponibles en algunos países, trataré de dibujar un panorama de diferentes alternativas para el abordaje de la objeción de conciencia. La discusión acerca de la entidad jurídica o la justicia de su reconocimiento en el ámbito sanitario no será abordada en este escrito que sólo pretende ser un mapa de distintas opciones regulatorias.

La investigación se desarrolló en dos etapas: la primera una revisión de fuentes secundarias sobre objeción de conciencia sanitaria frente a prestaciones de salud sexual y reproductiva. Las fuentes se clasificaron en teóricas/conceptuales y regulatorias/jurisprudenciales. Como resultado se pudieron identificar diferentes posturas sobre objeción de conciencia sanitaria, así como un panorama general de los países que han desarrollado regulación y/o políticas públicas sobre el tema. En esta etapa se decidió limitar la investigación a la objeción de conciencia individual, es decir, aquella que se reconoce a las personas naturales y no a colectivos o personas jurídicas, no sólo porque este reconocimiento aparece muy marginalmente en la literatura consultada, sino porque me resultó menos relevante para los propósitos de este documento.<sup>22</sup>

La segunda etapa se desarrolló por medio del relevamiento de normativa internacional y extranjera disponible *on line*. La selección de países y regulaciones se vio restringida por dos criterios: primero, accesibilidad *on line*. La mayoría de las regulaciones tomadas en la muestra son leyes nacionales que estaban disponibles en las páginas *web* oficiales de los diferentes estados y órganos internacionales. Aunque se pudo verificar, por fuentes secundarias, que muchas de las regulaciones sobre el tema son administrativas, por

---

<sup>20</sup> Por ejemplo, en la Argentina para el caso de la ligadura tubaria, Ley 26.103 o en Brasil en el decreto 1.508/2005 del Ministerio de Salud que regula el acceso al aborto legal.

<sup>21</sup> Sentencia C-355/06 y sentencia T-388/09 Corte Constitucional de Colombia.

<sup>22</sup> Argumentos sobre esta afirmación se pueden observar en Alegre, *op. cit.*; Corte Constitucional colombiana 2006 y 2009.

ser regulaciones de nivel jerárquico bajo (como circulares u órdenes intrahospitalarias) el texto de la norma no está disponible *on line* en muchos casos. En segundo lugar, la accesibilidad por idioma. Sólo se tomaron normas disponibles en español, inglés, francés, portugués e italiano, ya sea como idioma original o porque contaban con traducciones oficiales o realizadas en fuentes secundarias en alguno de los idiomas mencionados. Por lo anterior no se trata de una revisión sistemática de las regulaciones sino más bien una selección de distintos modelos regulatorios que pretenden dar cuenta de factores relevantes a tener en cuenta a la hora de regular la objeción de conciencia sanitaria reconocida a trabajadores de la salud.

Por último, se consultó la regulación de 50 países, dentro de los cuales 10 no permiten la objeción de conciencia sanitaria<sup>23</sup> y los 40 restantes regulan de alguna forma la objeción de conciencia.<sup>24</sup> Además, se tomó una muestra de *soft law* compuesta por regulaciones de colegios médicos, farmacéuticos, de enfermería, y algunos pronunciamientos sobre objeción de conciencia de órganos internacionales, véanse referencias al final.

En este trabajo usaré algunos ejemplos de alternativas de regulación de la objeción de conciencia, dado que su objetivo no consiste en una descripción sistemática de las regulaciones extranjeras e internacionales; pretende ofrecer a las lectoras herramientas regulatorias para pensar en una política pública de salud sexual y reproductiva que pueda incorporar la objeción de conciencia, de forma que sirva para garantizar el acceso a los servicios de salud de todas las personas, y especialmente de las mujeres.

### *Hoja de ruta*

En el artículo se encuentra en primer lugar, una descripción de algunas de las *posiciones frente a la objeción de conciencia en el mundo*, alternativas que se han adoptado en algunos países alrededor del mundo frente a la objeción de conciencia en materia sanitaria. Dentro de las que, por un lado, encon-

---

<sup>23</sup> Bulgaria, Finlandia, Islandia, Letonia, Macedonia, Malta, Montenegro, República Checa, Suecia y Venezuela.

<sup>24</sup> Alemania, Andorra, Argentina (se incluyeron 4 regulaciones subnacionales: Buenos Aires, Santa Fe, San Luis y Mendoza), Australia, Austria, Belice, Bolivia, Bosnia, Brasil, Bulgaria, Canadá, Chile, Chipre, Colombia, Croacia, Dinamarca, Ecuador, España (se incluyeron 2 autonomías: Castilla-La Mancha y Valencia), Estonia, Francia, Ghana, Gran Bretaña, Guyana, Holanda, Hungría, Irlanda, Italia, Letonia, Lituania, Luxemburgo, Luxemburgo, Madagascar, México (se incluyeron 4 Estados: Querétaro, Jalisco, México y la Ciudad de México), Noruega, Paraguay, Perú, Polonia, Portugal, Reino Unido, Rumania, Singapur, Sudáfrica y Uruguay.



tré países que han negado la posibilidad de objeción de conciencia en esta materia, posición que he llamado de *inadmisibilidad*; por el otro, la posición que llamé *admisibilidad protegida*, que concibe la objeción de conciencia como un derecho fundamental (¿absoluto?) y se opone a casi todas sus limitaciones. En el medio encontré una serie de posturas que aceptan la objeción de conciencia de manera condicionada. Es decir, entienden por diferentes razones que deben aceptar su ejercicio, pero lo condicionan (establecen obligaciones asociadas al ejercicio de la objeción de conciencia) como una forma para garantizar, en primer lugar, los derechos de pacientes y en segundo lugar las libertades de profesionales de la salud.

Siguiendo a este último grupo, aceptación condicionada de la objeción de conciencia sanitaria, anotaré algunas *estrategias de regulación sobre objeción de conciencia*, caracterizándolas de acuerdo con los rasgos comunes a la mayoría de las legislaciones, haciendo referencia a los matices que adquieren en diferentes latitudes.

Para terminar, realizaré una breve descripción del mecanismo de implementación de la objeción de conciencia sanitaria del “registro de objetores/as” en algunas de las regulaciones que lo han implementado. Resaltando las características más destacadas, con sus variaciones y la importancia del contexto en el que fueron aplicadas.

A modo de cierre intentaré algunas conclusiones, relacionadas con la necesidad de realizar un diagnóstico y evaluación local de los servicios de salud sexual y reproductiva, especialmente los relacionados con las prácticas de abortos legales con el fin de desarrollar estrategias de política pública relacionada con la objeción de conciencia sanitaria acordes con la realidad local. Lo anterior por cuanto la conclusión más importante de este estudio, fue la imposibilidad de desarrollar “fórmulas mágicas” aplicables a cualquier país en relación con la objeción de conciencia en sentido amplio, y en particular con la objeción de conciencia sanitaria.

## II. POSICIONES FRENTE A LA OBJECCIÓN DE CONCIENCIA SANITARIA EN EL MUNDO: ALGUNOS EJEMPLOS

Como se adelantó, la mayor resistencia de las/os profesionales de la salud al cumplimiento de sus deberes profesionales, se da en torno a prácticas de salud sexual y reproductiva, seguida por prácticas relacionadas con el fin de la vida (eutanasia). Estas resistencias afectan de manera desproporcionada a colectivos subordinados como las mujeres y la población LGBTIQ, así como aquellas que se encuentran en situación de desprotección de acuerdo a su situación como las personas jóvenes, las más pobres, las personas con

enfermedades terminales o crónicas, etcétera. De la misma forma la objeción de conciencia puede suponer mayor o menor riesgo de lesión de derechos de terceras personas de acuerdo con el contexto institucional, social y las características propias de los colectivos en riesgo. Frente a esta situación, la doctrina legal y los Estados (y también la filosofía moral) han desarrollado diferentes posturas sobre la legitimidad de permitir la objeción de conciencia en materia sanitaria, así como un gran número de opciones regulatorias para lidiar con este problema.

Me ocuparé, en este capítulo, especialmente de la postura que he llamado de *aceptación condicionada* de la objeción de conciencia, ya que, independientemente de ser la más extendida entre los países consultados en esta investigación, resulta ser la que presenta una mayor riqueza a los fines de este trabajo que pretende hacer una descripción analítica de las regulaciones. Antes de ello, describiré someramente los principales argumentos que han llevado a defender las otras dos posturas mencionadas en la introducción: la de la *inadmisibilidad* y la *admisibilidad protegida*.

En la tabla 1, se muestran las tres posturas de forma que se resalta la potencialidad de cada una para proteger derechos y libertades. Ello no quiere decir que cualquier posición específica dentro de cada una de las tres grandes posturas identificadas resulte igualmente protectora o lesiva a derechos e intereses en juego.

TABLA 1. POSTURAS FRENTE A LA OBJECIÓN DE CONCIENCIA EN EL MUNDO

Posiciones Criterios	Inadmisibilidad	Regulación	Admisibilidad protegida
Protección de la libertad de culto	*	✓	✓
Protección a la autonomía personal del/a profesional	*	✓	✓
Protección a la autonomía del/a paciente	✓	✓	*
Protección de los demás derechos del/a paciente	✓	✓	*

NOTA: ✓ Protección Fuerte \* Protección débil.

## 1. *Inadmisibilidad*

Dentro de esta postura se considera la objeción de conciencia en materia sanitaria inadmisiblemente absolutamente. En primer lugar, por cuanto el derecho a la salud y otros derechos de las/os usuarias/os de los servicios de salud tienen un efecto de veto frente a la posibilidad de ejercer la objeción de conciencia. Es decir, cuando la objeción de conciencia no se encuentra en el ámbito exclusivo de autonomía del/a objetor/a, sino que su ejercicio implica el menoscabo de derechos de terceros, la objeción de conciencia deviene imposible, el derecho no puede aceptarla o no debería hacerlo.<sup>25</sup>

En segundo lugar, se argumenta que el ejercicio de las profesiones de la salud involucra deberes especiales derivados tanto del monopolio del conocimiento como de los privilegios que la sociedad les otorga.<sup>26</sup> Las/os profesionales de la salud además eligieron libremente el ejercicio de esa profesión y especialidad conociendo desde el momento de elegir las prestaciones que implica, o podría razonablemente implicar<sup>27</sup> por lo que no es posible

---

<sup>25</sup> Alegre, Marcelo, “Opresión a conciencia. La objeción de conciencia...”, *cit.*

<sup>26</sup> Para estos autores (con diferentes formulaciones), las/os profesionales de la salud aceptan una serie de beneficios especiales (privilegios, derechos, oportunidades, estatus, confianza, etcétera), únicos para este grupo de personas que deciden libremente dedicarse a una especialidad médica. A cambio de esto deben realizar las prácticas que la ley y la ciencia habilitan, en beneficio de sus pacientes. Esta relación se ha descrito como una relación contractual, similar a la adhesión, ya que los términos y condiciones de acceso a los servicios de salud deben ser iguales para todas las personas, y no pueden ser modificados por estar determinados previamente, en este caso por la ley. Autores como Veatch, Robert, *A Theory of Medical Ethics*, Nueva York, Basic Books, 198, hablan incluso de una relación contractual tripartita en el ejercicio de las profesiones de la salud. En primer término, existiría un contrato o acuerdo “ético profesional” con la comunidad médica. Un segundo acuerdo con la sociedad, que espera que las/os profesionales cumplan con los deberes legales y éticos que han asumido al obtener la matrícula. Y un tercer contrato con cada paciente, en que cobrarían la mayor importancia elementos como el respeto de la autonomía, confianza, etcétera. Por tanto, no es razonable que el/a profesional una vez aceptados los términos de este “contrato” decida relevarse del cumplimiento de alguna de sus obligaciones. Veatch, Robert, *A Theory of Medical Ethics*, Nueva York, Basic Books, 1981; May, William, “The Composition and Function of Ethical Committees”, *Med Ethics Journal*, vol. 1, núm. 1, abril de 1975, pp. 23-29; Rhodes, Rosamond: “Molding Professional Character”, en Nuala, Kenny y Wayne, Shelton (eds.), *Lost Virtue: Professional Character Development and Medical Education*, San Diego, Elsevier Press, 2006, pp. 99-115.

<sup>27</sup> Este conocimiento, por supuesto, deriva de una combinación entre el marco legal vigente en un país (las prestaciones legales y las que no lo son) y el avance de la ciencia (desarrollo de nuevos procedimientos o campos de aplicación médica), que son dinámicos, por tanto, la proyección del alcance de las prestaciones posibles debe ser realizado por quienes ejercen cada especialidad en la medicina. Según el modelo de la “promesa” propuesto por

pretender eximirse de una prestación que sabían era parte del catálogo de sus obligaciones. En este último caso, por ejemplo, las alternativas de anticoncepción: probablemente un/a profesional especialista en ginecología graduado hace 40 años, no imaginaba que podría verse en la obligación de colocar un implante hormonal subdérmico ya que no se había aprobado su uso en ese momento.<sup>28</sup> Sin embargo, sí sabía que la anticoncepción es una de las tareas que le correspondería en su labor profesional, con lo cual, si el mecanismo cambia, la sustancia de la prestación es la misma y de acuerdo con esta postura, no habría lugar para invocar la objeción de conciencia. El mismo razonamiento se seguiría en el caso del aborto, si al momento de su graduación como ginecóloga/o era una práctica ilegal.<sup>29</sup> Este/a profesional, como hecho de público conocimiento, sabría que las mujeres mueren (en la Argentina, por ejemplo, como primera causa de mortalidad materna),<sup>30</sup> por esa causa, y que esas muertes son evitables con la intervención de personal capacitado que lo lleve adelante en condiciones seguras, por lo que es esperable que el gobierno tome medidas que impliquen que las/os profesionales intervengan para evitar dichas muertes, al menos en algunos casos.<sup>31</sup>

---

Alexander (2005), este marco (normativo y científico) da contenido a las obligaciones a que se comprometen profesionales de la salud cuando deciden tomar una especialidad particular. Véase Alexander, John, “Promising, professional obligations, and the refusal to provide service”, *HEC*, Forum, vol. 3, núm. 17, 2005, pp.178-195.

<sup>28</sup> Si bien los implantes sub-dérmicos fueron inventados en 1967, sólo hasta 1975 se estableció el tipo de hormona que podría resultar adecuada para estos dispositivos y las pruebas médicas para su aprobación en los Estados Unidos se completan en 1983 (Norplant) y recién en 1993 comienza su distribución efectiva. *The Single-Rod Contraceptive Implant*, Asociación de Profesionales de la Salud (ARHP), 2008, disponible en: <http://www.arhp.org/publications-and-resources/clinical-proceedings/Single-Rod/History>.

<sup>29</sup> No sería el caso de Argentina donde el aborto es legal, en tres supuestos (violencia sexual, peligro para la salud y/o para la vida de la mujer) desde hace cerca de 100 años (1921), con lo cual todos los/as profesionales deberían tener claro que es su obligación realizar esa práctica, si eligen alguna de las especialidades relacionadas. Pero sí podría ser el caso de Colombia en donde el aborto era ilegal hasta 2006 en todos los casos y su liberalización se da por medio del fallo C-355/06 de la Corte Constitucional.

<sup>30</sup> *Estadísticas vitales. Información básica, año 2012*, Dirección de Estadísticas e Información de Salud, Ministerio de Salud de la Nación, 2013, disponible en: <http://www.deis.gov.ar/Publicaciones/Archivos/Serie5Nro56.pdf>.

<sup>31</sup> El aumento del riesgo de muerte derivada de las prácticas inseguras de aborto, sería sólo una de las razones que llevarían a la legalización del aborto, no es objeto de este escrito analizar las demás razones, que son incluso más potentes, sino únicamente señalar una de ellas a manera de ejemplo.

En tercer lugar, aparece un argumento fuerte acerca de la legalidad. Tiene que ver, más allá del deber general de respetar las normas vigentes, con la posición de garante<sup>32</sup> que asumen las/os profesionales frente a sus pacientes, a la sociedad y a su profesión.<sup>33</sup> Por la cual no les es dable susstraerse al cumplimiento de deberes derivados de su profesión, ya que pueden afectar los derechos y la salud de sus pacientes.

Un cuarto argumento se deriva de la relación médico-paciente, que implica un deber especial de respeto por la autonomía y los demás derechos del paciente. En palabras de la Corte Suprema de Justicia de Canadá<sup>34</sup> (1992), se trata de una “relación fiduciaria”,<sup>35</sup> en donde una de las partes debe poner a disposición de la otra su fuerza y sus conocimientos para realizar todo aquello que resulte en el *mejor interés* de la otra parte, en este caso es la garantía de los derechos del/a paciente, especialmente dignidad, autonomía y el respeto por la diversidad, entre otros. En este sentido, la ley debe proteger, primordialmente, a la parte más débil de la relación, aquella que se acerca al/a profesional de la salud para evitar o para tratar una afectación a su salud biopsicosocial. El monopolio del conocimiento técnico que tiene la/el profesional de la salud, y los privilegios que le otorga la sociedad y la ley por el ejercicio de esa tarea, deben ser compensados poniéndose al servicio del interés del/a paciente con lealtad, buena fe y resolviendo los conflictos éticos a favor de la persona contratante. Por ello no es posible oponer objeción de conciencia frente a una práctica que es solicitada voluntariamente por un/a paciente.

Un quinto argumento rechaza la objeción de conciencia sanitaria por sus consecuencias discriminatorias, ya que afecta de manera más gravosa a los

---

<sup>32</sup> Si bien este término hace referencia a una figura de la teoría dogmática penal, se aplica en el caso de las/os médicos que tienen el deber especial de protección de la vida, la integridad física y psíquica de sus pacientes que implica atenerse a los adelantos tanto científicos como a los marcos normativos vigentes que regulen su profesión y especialidad. Como lo ha señalado la Corte Suprema de Justicia de Colombia “La posición de garante para el médico consiste en el deber de encausar debidamente el peligro hallado en la integridad física o psíquica del paciente para buscar —por todos los medios posibles— su pronta cura o alivio y evitar que ese peligro se convierta en un resultado nefasto”. Véase Corte Suprema de Justicia de Colombia, sentencia de 8 de noviembre de 2007, núm. 27.388. M. P. Julio Enrique Socha Salamanca.

<sup>33</sup> Veatch, Robert, *A Theory of Medical Ethics*, Nueva York: Basic Books, 1981.

<sup>34</sup> Corte Suprema de Justicia de Canadá. Norberg vs. Wynrib. File núm. 21924, 1991, 19 de junio de 1992: 18 de junio, [1992a] 2 SCR 226.

<sup>35</sup> Es importante resaltar que la Corte en este caso no se expide en relación con la objeción de conciencia directamente sino sobre la relación médico-paciente y los deberes especiales que esta supone. Este argumento sirve perfectamente para justificar la prohibición de la objeción de conciencia sanitaria.

sectores pobres y las minorías en situación de vulnerabilidad, en particular a las mujeres.<sup>36</sup> La aceptación de la objeción de conciencia sanitaria se trata de la aceptación de la discriminación a las mujeres y otros grupos minoritarios, de formas que sería inaceptable frente a otros sujetos. Fiala<sup>37</sup> califica a la negativa de realizar una práctica médica como una “desobediencia deshonrosa” en vez de una objeción de conciencia. Considera que, si se presentara frente a personas negras, judías o musulmanas, la objeción de conciencia sería inaceptable, pero como en general afecta a mujeres, personas jóvenes (de 10 a 25 años), personas trans, gays y lesbianas, resulta aceptable y se puede discutir su reconocimiento. Es entonces el reflejo de las estructuras opresivas de nuestras sociedades que se traslada explícitamente al ordenamiento jurídico para perpetuar la subordinación de algunos grupos.

Los efectos de esta discriminación, se pueden constatar con mayor intensidad en personas que pertenecen a grupos que tienen factores cruzados de subordinación, como la pobreza. Se ven más afectados, no sólo por estar, generalmente, menos informados acerca de sus derechos como pacientes, sino también porque tienen menores posibilidades de cambiar su médico/a tratante y obtener la prestación. Esto, sumado a que la cobertura de salud es restringida para esta población y la atención que reciben es, en muchos casos, de emergencia, no permite sino hablar de una verdadera inminencia de daño o lesión a sus derechos fundamentales como la vida, la salud, la dignidad, etcétera. El ejemplo de la salud sexual y reproductiva, y en particular la anticoncepción y el aborto, es paradigmático en este sentido, ya que la objeción a estas prestaciones tiene el potencial de afectar de modo diferencial a las mujeres, y particularmente a las de bajos recursos, por las razones mencionadas.

Esta posición, inadmisibilidad de la objeción de conciencia sanitaria, la sostienen países como Suecia y Venezuela, en donde se ha prohibido la objeción de conciencia en materia sanitaria,<sup>38</sup> considerando, entre otras razones, que las obligaciones profesionales son asumidas por las personas en

---

<sup>36</sup> Alegre, Marcelo, “Opresión a conciencia: la objeción de conciencia en...”, *cit.*

<sup>37</sup> Fiala, Christian y Arthur, Joyce, “Dishonourable Disobedience. Why Refusal to Treat in Reproductive Healthcare Is Not Conscientious Objection”, *Woman Psychosomatic Gynaecology Obstetrics*, vol. 1, diciembre de 2014, pp. 12-23, disponible en: <http://dx.doi.org/10.1016/j.woman.2014.03.001>.

<sup>38</sup> Para consultar por otros países con la misma postura véase Heino, Anna, *et al.*, “Conscientious Objection and Induced Abortion in Europe”, *The European Journal of Contraception and Reproductive Health Care*, vol. 18, agosto de 2013.

uso de su libertad y por tanto los compromisos profesionales se adquieren a sabiendas de sus convicciones morales.

La Constitución de la República Bolivariana de Venezuela en su artículo 59, sobre libertad de religión y de culto, establece que “Nadie podrá invocar creencias o disciplinas religiosas para eludir el cumplimiento de la ley ni para impedir a otro u otra el ejercicio de sus derechos” y agrega en el artículo 61, sobre libertad de conciencia, que “la objeción de conciencia no puede invocarse para eludir el cumplimiento de la ley o impedir a otros su cumplimiento o el ejercicio de sus derechos”.<sup>39</sup>

En Suecia,<sup>40</sup> si bien constitucionalmente se rechaza la posibilidad de ejercer la objeción de conciencia, en materia sanitaria se ha reconocido que los/as directores/as de hospitales pueden reconocer situaciones análogas. Es decir, se permite organizar los servicios de salud (más exactamente el personal de servicio) de manera que, en lo posible y sin que afecte las prestaciones, quienes expongan profundas convicciones morales contrarias a una determinada prestación no las realicen usualmente, aunque deberán realizarlas en caso de que no exista otra/o profesional disponible.<sup>41</sup> Por supuesto, la regla general en Suecia es que las convicciones morales/religiosas no son tomadas como criterio de organización de los servicios, por cuanto se privilegia la legalidad, el cumplimiento del deber legal, profesional y moral con las/os usuarias/os. La figura jurídica de la objeción de conciencia no existe. Sin embargo, por razones prácticas es posible utilizar mecanismos para relevar de ciertas prácticas a quienes vean afectadas profundamente sus convicciones morales.

## 2. *Admisibilidad protegida*

En una posición opuesta, se encontró a los sectores que creen que la objeción de conciencia es un derecho fundamental, que no puede ser negado y su restricción debe ser excepcional y establecida por ley.

---

<sup>39</sup> Constitución de la República Bolivariana de Venezuela. Artículo 61. “Toda persona tiene derecho a la libertad de conciencia y a manifestarla, salvo que su práctica afecte la personalidad o constituya delito. La objeción de conciencia no puede invocarse para eludir el cumplimiento de la ley o impedir a otros su cumplimiento o el ejercicio de sus derechos”.

<sup>40</sup> Navarro-Valls, Rafael, “La objeción de conciencia al aborto: derecho comparado y derecho español”, *Anuario de Derecho Eclesiástico del Estado*, núm. 2, 1986; y Saunders, Peter, “Abortion and Conscientious Objection”, *Revista Nucleus*, enero de 1996, pp. 9-14.

<sup>41</sup> Navarro-Valls, Rafael, “La objeción de conciencia al aborto...” *op. cit.*, pp. 47 y 48.

Esta postura corresponde a posiciones conservadoras, pues suele relacionarse la objeción de conciencia con deberes religiosos, y por tanto se considera que, en algunos supuestos, es obligación de los creyentes eximirse de la realización de algunas prácticas como el aborto e incluso en algunas religiones o credos todas las formas de anticoncepción.<sup>42</sup> Aunque no se encontró dentro de la muestra estudiada ningún Estado que sostenga esta postura, asociaciones privadas de profesionales de la salud de distintas especialidades, incluyendo médicos, ginecólogos, enfermeras, farmacéuticos, entre otros,<sup>43</sup> impulsan fuertemente esta postura, con intenso activismo para conseguir su adopción en distintos niveles.

Esta postura favorece el uso abusivo de la objeción de conciencia más allá de lo que las normas locales permiten, como mecanismo de presión para desarticular las políticas públicas que protegen grupos desaventajados, por ejemplo, mujeres, niñas/os, adolescentes, personas mayores, sexualidades diversas, personas viviendo con VIH, etcétera. Es el caso de lo ordenado por el Papa Juan Pablo II y reiterado por la Congregación para la Doctrina de la Fe del Vaticano que, en 2008, se pronunció en la encíclica *Dignitas Personae* instigando a los feligreses de la religión católica a que recurran a la objeción de conciencia para evitar la práctica de abortos legales en sus respectivos países.<sup>44</sup>

---

<sup>42</sup> Se trata de la solicitud de un reconocimiento de la objeción de conciencia de un *absolutismo ético*, como lo describe Wicclair, en donde el deber moral o religioso se torna inderrotable, incluso ante la vulneración de derechos como la vida de otra persona. Véase Wicclair, Mark, *Conscientious Objection In Health Care: An Ethical Analysis*, Cambridge, Cambridge University Press, 2011.

<sup>43</sup> Ejemplos de este tipo de organizaciones son: Federación Internacional de Médicos Católicos (FIAMC); Asociación Médica Católica Americana (CMA); la Asociación de Médicos Católicos del Reino Unido; en la Argentina, el Consorcio de Médicos Católicos (CMC).

<sup>44</sup> De la misma forma el Papa Benedicto XVI, instó al uso de la objeción de conciencia para evitar la práctica de abortos legales (Servicios de prensa del Vaticano), valiéndose del pronunciamiento del Consejo de Europa (Resolución 1763 de 2010) que reconoce la objeción de conciencia, condicionada a la garantía del derecho las/os pacientes al acceso a las prestaciones. En definitiva, el papa hace un llamado a la *desobediencia civil*, que es una práctica ilegal, en donde el incumplimiento del deber legal tiene un objetivo político, impedir la implementación de una política pública o el ejercicio de un derecho. Sobre diferencias entre desobediencia civil y objeción de conciencia. Véase Peces Barba, Gregorio, “Desobediencia civil y objeción de conciencia”, *Anuario de Derechos Humanos*, Universidad Complutense, Madrid, núm. 5, 1988-89, pp. 159-176; *Objeción de conciencia, educación sexual y libertad religiosa*, Servicio de Prensa del Vaticano, S. A., disponible en: [catholic.net](http://www.es.catholic.net), discursos papales, disponible en: <http://www.es.catholic.net/op/articulos/11091/cat/484/objecion-de-conciencia-educacion-sexual-libertad-religiosa.html>.



Esta es también la posición que comparten algunas asociaciones de médicos católicos,<sup>45</sup> así como de la Prelatura del Opus Dei, especialmente en relación con las prácticas de salud sexual y reproductiva, y muerte digna.<sup>46</sup>

### 3. Posición de aceptación condicionada o de regulación

En relación con la objeción de conciencia sanitaria también existen posiciones intermedias múltiples.<sup>47</sup> No pretendo asegurar que las anteriores posturas descritas son homogéneas, pero es evidente que dentro del amplio gris que representa esta postura intermedia, hay una mayor variedad de matices. Todas ellas pretenden, con diferente grado de intensidad, conciliar la tensión que reconocen entre las libertades de conciencia y de culto y los derechos humanos de las y los pacientes, entendiéndolos como dos extremos que deben ser asegurados por el Estado con diferente intensidad, ya que es claro que el potencial de afectación de derechos no es equiparable,<sup>48</sup> se entiende que en todos los casos la prioridad es el acceso al derecho a la salud y los demás derechos de las/os pacientes.

Adicionalmente, la regulación de la objeción de conciencia tiene un fundamento pragmático en cuanto, viene a garantizar la estabilidad del

---

<sup>45</sup> Aunque no son la mayoría, como lo confirma Veatch, Robert, *op. cit.*, el absolutismo ético es solicitado por grupos minoritarios, ya que la mayoría de profesionales de la salud religiosas/os y sus asociaciones, han desarrollado teorías morales como la del “doble efecto”. Según esta doctrina se permite interrumpir embarazos en casos de riesgo de la vida de la mujer gestante, ya que la actuación del equipo de salud no tendría como objetivo terminar la vida en gestación sino preservar la vida de la mujer, para lo cual resulta imposible de evitar la muerte del feto.

<sup>46</sup> Sin embargo, la postura de estos grupos que admiten ampliamente la objeción de conciencia no se mantiene de la misma forma frente a situaciones como la aplicación de la pena de muerte y la prestación del servicio militar obligatorio, eventos en los que incluso han llegado a hacer activismo. Es este el caso de Alemania, en donde, los mismos sectores democristianos que instigan al uso de la objeción de conciencia contra el aborto, se opusieron al reconocimiento de la objeción de conciencia frente a la conscripción obligatoria. “Legalizada la objeción de conciencia en la República Federal de Alemania”, *El País*, Madrid, 2 de agosto de 1977. Véase Dickens, Bernard, “Servicios de salud...”, *cit.*, pp. 2-9.

<sup>47</sup> Véase Heino, Anna, *op. cit.*

<sup>48</sup> Este ha sido el reclamo de diversas organizaciones de la sociedad civil y organismos de defensa de los derechos humanos que alertan sobre el uso no regulado de la objeción de conciencia y los peligros que esto supone. Uno de ellos es la utilización sistemática de la objeción de conciencia como instrumento de desarticulación de políticas públicas de salud sexual y reproductiva. El caso más referido tiene que ver con el aborto y es detallado por el Informe del Relator especial para el derecho a la salud (2011).

“mercado moral”, en palabras de Jarosch.<sup>49</sup> Según éste, la regulación de la objeción de conciencia aparece como una garantía tanto para las conciencias disidentes,<sup>50</sup> como para las beneficiarias de la norma objetada que, en teoría, serían las conciencias de la mayoría.<sup>51</sup> De acuerdo con esta postura, por un lado, las personas cuyas convicciones morales chocan de manera irreconciliable con la carga impuesta por la norma (no aquellas personas que sientan incomodidad o disgusto moral) puedan apartarse de su cumplimiento, y por otro lado, a través de la regulación pública, garantiza mediante deberes individuales y, sobre todo, institucionales, que se respeten tanto la conciencia como los derechos de las personas que se puedan ver afectadas por el ejercicio de la objeción, como se pasará a mostrar.

En general, dentro de esta postura se acepta la existencia de la objeción de conciencia en materia de salud, siempre limitada o condicionada en su ejercicio, por la garantía del acceso a las prestaciones legales de manera efectiva para las/os pacientes (Corte Constitucional Colombia, 2006 y 2009). Se entiende, la objeción de conciencia, como un mecanismo para asegurar el acceso a las prestaciones en las mejores condiciones, de forma que se protejan los intereses y derechos en conflicto, en los pocos casos en los que un deber moral central para una persona se ve enfrentado a un deber legal.

Entendiendo que las estrategias regulatorias deben tender a garantizar los derechos, principalmente de las/os pacientes, a continuación se describirán las principales características que se pueden observar en las regula-

---

<sup>49</sup> Jarosch, Jeffrey Paul, “Finding space for opposing consciences: Rehabilitating the moral Market place for the emergency Contraception debate”, *Northwestern University Law Review*, Illinois, vol. 103, núm. 3, 2009, pp. 231-233.

<sup>50</sup> Que en este caso serían las de quienes presentan objeción de conciencia, aunque por supuesto es muy discutible que representen una minoría, tanto en términos cuantitativos, como relacionales, en palabras de Puga y Vaggione. Esto, por cuanto, al menos en el caso de las prestaciones de salud sexual y reproductiva, su objeción muestra una alineación con la postura mayoritaria de las religiones canónicas y de los sectores más conservadores de la esfera laica (si es que existen de forma separada). Véase Puga, Mariela y Vaggione Juan Marco, “La política de la conciencia. La objeción como estrategia contra los derechos sexuales y reproductivos”, en Vasallo, Marta, *Peripecias en la lucha por el derecho al aborto*, Buenos Aires, Ferreyra, 2013.

<sup>51</sup> Es muy importante tener en cuenta que en estas situaciones no hay sólo una conciencia en juego, también está involucrada la conciencia de quien solicita la práctica, tras una evaluación de sus propias creencias morales. Quien solicita la práctica es porque considera que es lo moralmente correcto en su situación, ya sea anticoncepción transitoria, permanente de emergencia, un aborto, una vasectomía, etcétera. Además, se debe tener en cuenta que se presenta otro conflicto adicional con la moral pública, que, si bien no es una conciencia, es un conflicto moral importante a la hora de considerar el ejercicio de la objeción de conciencia. Esa moral pública en el caso concreto es expresada en la norma que impone el deber jurídico que se pretende objetar. También defrauda la moralmente a la sociedad quien objeta el cumplimiento de un deber legal.

ciones comparadas en este trabajo, con el fin de mostrar los elementos comunes y las diferentes alternativas de abordaje. Como se adelantó, sólo se abordan los aspectos de las regulaciones que se relacionan con la objeción de conciencia individual. De la misma forma, vale aclarar que se trata de una descripción normativa y no de políticas públicas, por tanto, los aspectos contextuales de las regulaciones y su inserción en las políticas de protección de los derechos y la salud sexual y reproductiva han quedado sustancialmente afuera de este análisis.

### III. PRINCIPALES CARACTERÍSTICAS DE LAS REGULACIONES <sup>52</sup>

La objeción de conciencia, como institución jurídica, está sujeta a la regulación de las condiciones para su ejercicio. Las estrategias de regulación de la objeción de conciencia que se han desplegado han sido variadas, dependiendo de la estructura administrativa sanitaria y de las posibilidades de atención disponibles.

El relevamiento realizado de las regulaciones que han abordado la objeción de conciencia sanitaria permitió identificar las siguientes características:

TABLA 2. PRINCIPALES CARACTERÍSTICAS DE LAS REGULACIONES SOBRE OBJECCIÓN DE CONCIENCIA

Características	Descripción
Legitimación	Establece quiénes están habilitados para ejercer la objeción de conciencia. Pueden presentar objeción de conciencia las/os profesionales que realicen personalmente la práctica objetada (reconocimiento estricto). En algunos casos se extiende la habilitación a personal auxiliar, administrativo, etcétera (reconocimiento amplio).
Explicitación	La forma en la que se debe expresar la objeción de conciencia frente a las autoridades sanitarias o administrativas correspondientes. En general, debe expresarse personalmente de forma verbal o escrita.
Motivación	Las razones que son aceptables para el ejercicio de la objeción de conciencia, éstas pueden ser morales o religiosas. Algunas regulaciones sólo reconocen razones religiosas. En general, se debe explicar cuáles son las razones morales centrales para el/la objetor/a que impiden el cumplimiento del deber legal.

<sup>52</sup> En este apartado se tomarán en cuenta, únicamente las regulaciones que abordan la objeción de conciencia individual de profesionales de la salud.

Presentación formal	Formalidades exigidas para la validación de la objeción de conciencia. La expresión de la calidad de objetor se puede realizar frente a una autoridad designada para tal fin. Puede ser: director/a del servicio, autoridad sanitaria, autoridad específica como un consejo de objeción de conciencia.
Validación	Procedimiento de evaluación de la motivación para la aceptación de la objeción. Algunas regulaciones permiten la validación automática de las objeciones, la mayoría, sin embargo, exigen distintos tipos de constatación de la veracidad o el cumplimiento de los requisitos para ejercerla. Los requisitos pueden ir desde la evaluación por un juez, alguna autoridad administrativa (comité o encargada) o la superiora jerárquica, entre otros.
Plazo	Para la presentación de la objeción de conciencia. Puede ser desde el momento de solicitud de la matrícula profesional, al solicitar un cargo en un servicio, al ingresar a un servicio o desde que la regulación entre en vigencia. En general, es de 30-90 días, una vez vencido el plazo no se puede alegar la calidad de objetor/a.
Presentación (previa o concomitante)	En la mayoría de las regulaciones sólo se acepta la objeción de conciencia antes de una solicitud concreta de la prestación objetada, ya que hacerlo de forma concomitante aumenta los riesgos tanto de afectación a la salud como de vulneración de derechos de las/os pacientes, en todo caso algunas regulaciones siguen esta opción.
Mecanismo de gestión	Se requiere la confección de mecanismos para neutralizar el riesgo generado para las/os pacientes por la condición de objetor/a de un/a profesional tratante. Ejemplo: registro de objetores/as, reglas de contratación y movilidad del personal sanitario en función de la calidad de objetores/as, sistemas de estímulos para profesionales que cumplen con sus deberes profesionales, entre otras.

La mayoría de las regulaciones comparadas toman en consideración los aspectos descriptos en la tabla 2, aunque el alcance y las estrategias de implementación son muy diversas en cada Estado, como se pasa a mostrar.

### 1. *Legitimación*

Se refiere a determinación de las personas que tiene autorización legal para presentar objeción de conciencia. Las regulaciones reconocen legítima-

ción *amplia*, para cualquier profesional de la salud o personal sanitario vinculado de alguna forma con las prácticas objetadas; o *restringida*, a que sea un/a profesional de salud que este obligada/o de acuerdo con su especialidad y cargo a realizar de propia mano las prácticas de salud objetadas.

La mayoría de las regulaciones consultadas, permite únicamente la objeción de conciencia de quienes participen directamente en la práctica, excluyendo la objeción de quienes tengan labores de preparación o atención posterior. En el caso del aborto quirúrgico, por ejemplo, las pruebas previas y la recuperación posterior no pueden ser rehusadas legítimamente, entendiendo que la conciencia de quienes participan de esta forma no se puede ver afectada de forma profunda.<sup>53</sup> Este es el caso de Colombia, de acuerdo a lo establecido por la Corte Constitucional (sentencias C-355/06 y T-388/09), y México en su norma general de salud (1984).

En el Reino Unido,<sup>54</sup> por ejemplo, se reconoce una legitimación amplia que incluye las etapas previas y posteriores a la práctica, ya sea de la fertilización asistida, el aborto, etcétera. Pero se limita a las prácticas médicas

---

<sup>53</sup> Ejemplos de esta postura son: Australia, Belice, Bélgica, Canadá, Colombia, Ghana, Guayana, Italia, y Sudáfrica.

<sup>54</sup> Dos casos fallados por la Corte Suprema de Justicia Británica (House of Lords) confirman esta postura de reconocimiento de legitimación amplia para la objeción de conciencia, tanto para el personal médico como para las formas de intervención en la práctica. La primera es el caso del *Colegio Real de Enfermeros c/ Departamento de Salud y Seguridad Social del Reino Unido*. La demanda alegaba que cualquier intervención tanto en las etapas previas como posteriores a la práctica de un aborto legal, podría resultar lesiva a la moralidad de las enfermeras y enfermeros que debían tomar parte. La Corte, en una decisión muy dividida, concluyó que la autorización normativa para la objeción incluía todas las etapas de la práctica de la terminación del embarazo, aceptando una legitimación amplia, que incluye etapas previas y posteriores a la terminación en sí misma. Véase *Royal College of Nursing of the United Kingdom v. Department of Health and Social Security*, Great Britain, House of Lords, Jan 1981, [1981] AC 800, [1981] 1 All ER 545 CA and HL(E), [1981] 2 WLR 279, [1980] UKHL 10, disponible en: <http://swarb.co.uk/royal-college-of-nursing-of-the-united-kingdom-v-department-of-health-and-s-objeccion-de-concienciaal-security-hl-1981/>.

El otro caso, esta vez una administrativa fue despedida por incumplimiento de funciones después de rehusar la realización de una carta de derivación a una paciente que solicitaba la terminación de un embarazo, para que pudiese acceder a la práctica. La demandante, alegaba su derecho a la objeción de conciencia, en este caso la Corte entendió que, si bien el proceso de interrupción incluye las etapas previas y posteriores a la práctica, el reconocimiento de la objeción de conciencia se limita las intervenciones médicas, no puede extenderse a las cuestiones administrativas. Por tanto, niega la legitimación para la objeción de conciencia y por tanto la terminación de su contrato laboral estaba justificada. Véase Corte Suprema de Justicia de Gran Bretaña (House of Lords, Great Britain). *Janaway v. Salford Health Authority*, Great Britain, House of Lords, 1988, 1 de diciembre de 1988, pp.1079-84.

propiamente dichas, las cuestiones administrativas o de suministro de medicamentos no están contempladas como pasibles de ser objetadas.

El caso de farmaceutas, y su legitimación para objetar la provisión de medicamentos (con o sin receta médica de acuerdo con la legislación local), ha sido muy discutido.<sup>55</sup> Sin embargo, la mayoría de legislaciones consultadas concuerdan en que no es posible presentar objeción de conciencia por parte de estas/os profesionales. Como ejemplo, el caso de Alemania, la negación de acceso a medicamentos puede generar la suspensión de la matrícula profesional (§§ 1 Abs. 2, 2 and 4 ApoG). Contrariamente, de acuerdo al código de ética del Colegio de Farmacéuticos de Gran Bretaña, se reconoce a sus asociadas/os la posibilidad de objetar la entrega de anticonceptivos postcoitales y píldoras abortivas, obviamente con la carga de asegurarse de entregar toda la información necesaria para que la persona que solicita el medicamento pueda recibirlo sin demoras, por un/a profesional no objetor/a.<sup>56</sup>

En Italia, por ejemplo, a pesar del activo reclamo de la Asociación de Farmaceutas Católicos para lograr el reconocimiento de la objeción de conciencia a sus profesionales, se mantiene vigente la regulación (Ley No.194/1978 y su reforma Ley No. 40/2004) que prohíbe la objeción de conciencia a profesionales que no estén implicados directamente en la práctica.<sup>57</sup>

---

<sup>55</sup> En España, por ejemplo, aunque la norma no permite expresamente este tipo de objeción de conciencia, recientemente el Tribunal Constitucional Español (2015) reafirmó el derecho de farmaceutas a rehusarse a dispensar medicamentos cuando esta acción les represente un conflicto entre “valores constitucionales” únicamente, no así cuando se trate de conflictos con otro tipo de valores. En consecuencia, revoca la decisión que sancionaba a un farmaceuta que se negó a comprar y vender anticoncepción de emergencia y preservativos. El fallo resulta muy discutible, ya que hace una distinción sin fundamento atendible entre tipos de anticoncepción, en contra de toda la evidencia científica sobre el mecanismo de acción de la anticoncepción hormonal de emergencia. Sin embargo, nos sirve para mostrar cómo algunos Estados refuerzan la ampliación de la legitimación para el ejercicio de la objeción de conciencia sanitaria. Véase Tribunal Constitucional español, sentencia del 25 de junio de 2015, en el recurso de amparo avogado, núm. 412-2012, disponible en: [http://www.tribunalconstitucional.es/es/salaPrensa/Documents/NP\\_2015\\_052/2012-00412STC.pdf](http://www.tribunalconstitucional.es/es/salaPrensa/Documents/NP_2015_052/2012-00412STC.pdf).

<sup>56</sup> Sociedad Farmacéutica real de Gran Bretaña, (Royal Pharmaceutical Society), *Código y estándares de ética (Code of Ethics and Standards)*, 2007, disponible en: <http://www.rpharms.com/code-of-ethics-pdfs/coeppt.pdf>.

<sup>57</sup> Decreto Real del Ministerio de salud, núm. 1706 del 30 de septiembre de 1938. Detalles sobre la aplicación de esta norma en el Informe del Consejo de Ministros de Italia sobre objeción de conciencia de farmacéuticos (2011), disponible en: <http://www.palazzobjeciondeconcienciahigi.it/bioetica/eng/pdf>.

## 2. *Explicitación*

Este requisito supone que la calidad de objetor/a no opera automáticamente, por el sólo hecho de sentir una contradicción profunda entre el deber legal y un deber moral central para esa persona. Es necesario que se explicita este conflicto de forma que el Estado, las instituciones, la comunidad y sus pacientes puedan conocer esta situación. En general, este requisito se impone como condición previa al ejercicio de la objeción de conciencia sanitaria. La objeción debe ser manifestada y expresada explícitamente para que pueda ejercerse.

Un ejemplo de este requisito, aparece claramente en la regulación de Noruega (The Act número 50, de 13 de junio de 1975, reformada en 2001) en donde se requiere presentación por escrito tanto al/a director/a del hospital como al/a jefe/a de servicio. Requisito de presentación por escrito se puede ver también en las regulaciones de España, Portugal y Alemania, como ya se mencionó.

## 3. *Motivación/justificación*

La justificación de la objeción de conciencia debe darse con base en razones morales centrales para quien pretende hacerse valer como objetor/a. Debe ser articulada de forma que, tanto la comunidad como el Estado, mediante sus poderes, puedan verificar la concurrencia de fundamento suficiente y validar su ejercicio. La intensidad con la que se presenta este requisito varía según las legislaciones. En México, por ejemplo, la regulación nacional<sup>58</sup> no requiere una justificación amplia de la objeción, sino que es suficiente la invocación de la objeción de conciencia por razones morales o religiosas.

Nuevamente Noruega resulta una buena referencia, de este requisito. Su regulación explícitamente indica que se debe entregar una “carta de motivación” adjunta a la solicitud de la objeción de conciencia. En Lituania (Decreto Ministerio de salud, 1994), por ejemplo, sólo se aceptan motivos religiosos para la objeción de conciencia sanitaria, por ello, la justificación debe ser sustentada tanto en un deber o norma religiosa comprobable, como en la centralidad de esa norma para el/la profesional. En Singapur (Termination of Pregnancy Act 1974, modificado en 1984), por su parte, se

---

<sup>58</sup> NOM-046-SSA2-2005. Violencia familiar, sexual y contra las mujeres. Criterios para la prevención y atención. Artículo 6.4.2.7. Tratamiento de la violencia sexual.

debe realizar una motivación de la objeción de conciencia acompañada de un juramento solemne de la veracidad de su contenido.

#### 4. *Presentación formal*

Este requisito se deriva de los dos anteriores, pero merece ser tratado por separado por cuanto la formalidad, es una de las garantías del cumplimiento de los requisitos acá mencionados para la aceptación de las objeciones de conciencia en materia sanitaria.

Las formas en que esta expresión debe ser realizada también varían. En España,<sup>59</sup> por ejemplo, debe presentarse por escrito, al igual que en Portugal<sup>60</sup> e Italia<sup>61</sup> mientras que en Holanda<sup>62</sup> y México<sup>63</sup> se prevé la expresión oral al respecto frente a la autoridad designada. Algunos estados mexicanos, en su regulación local, han determinado mecanismos de expresión más precisos para el ejercicio de esta excepción. En la Argentina, tanto la regulación nacional<sup>64</sup> como la de algunas provincias como Santa Fe<sup>65</sup> y Mendoza,<sup>66</sup> desarrollaron formularios para la presentación de la objeción de conciencia por escrito y la provincia de San Luis consagró la demanda judicial de amparo como mecanismo para este fin.<sup>67</sup>

El requisito de motivación de la objeción de conciencia ha sido disputado por algunos grupos<sup>68</sup> que están en desacuerdo con el requisito de expre-

---

<sup>59</sup> Artículo 19.2 de la Ley 2 de 2010 de salud sexual y reproductiva y de la interrupción voluntaria del embarazo.

<sup>60</sup> Artigo 4 de la Lei No. 6 11.5. de 1984 Exclusão da ilicitude em alguns casos de interrupção voluntária da gravidez.

<sup>61</sup> Artículo 9o. de la L. 22 de mayo de 1978, n. 194. Norme per la tutela s objeción de concienciaiale della maternità e sull'interruzione volontaria della gravidanza.

<sup>62</sup> Ley del 1 de noviembre de 1984. Termination of Pregnancy Act.

<sup>63</sup> NOM-046-SSA2-2005, *cit.*

<sup>64</sup> Ministerio de Salud de la Nación, *Protocolo para la atención integral de personas con derecho a la interrupción legal del embarazo*. 2015, disponible en: <http://despenalizacion.org.ar/pdf/publicaciones/ProtocoloANP2015.pdf>.

<sup>65</sup> Resolución número 843/10. Registro de objetores de conciencia. Ministerio de Salud de la Provincia de Santa Fe.

<sup>66</sup> Resolución 933 de mayo 13 de 2011. Crea el registro de objetores de conciencia en todo el sistema sanitario provincial.

<sup>67</sup> Ley número I-0650-2008. Regula al estilo de la objeción de conciencia frente al servicio militar que consagraba la Constitución Española de 1978 (artículo 30.2) que ordenaba el procedimiento judicial del amparo para su ejercicio (artículo 53.2).

<sup>68</sup> Es el caso, entre otros, de la organización religiosa “Médicos por la vida” en la provincia de Santa Fe en la Argentina, que se ha dedicado a persuadir a profesionales de la salud



sión explícita intentaron interponer el derecho a la privacidad en relación a las creencias, ideología y religión, como justificación para que la motivación de la objeción de conciencia no debiera ser expresada formalmente, así como para oponerse a la publicidad de los datos de quienes resulten objetores/as; sobre este último reparo, en la mayoría de las regulaciones sobre objeción de conciencia se ha aceptado que la expresión de la calidad de objetor/a opera como garantía del ejercicio de la excepción al deber legal. Por lo tanto, el conflicto que se presenta es aparente, ya que no es posible mantener fuera del conocimiento público, o como mínimo de las autoridades sanitarias, la calidad de objetor/a y a la vez ejercer dicha objeción en el servicio de salud. La expresión formal de la intención de hacerse objetor/a opera como autorización para la publicidad de los datos.

#### *Presentarse ante las autoridades designadas*

Este requisito se refiere a que la expresión de las objeciones de conciencia en el sistema sanitario debe realizarse frente a una autoridad competente que se encargará de relevar y validar las objeciones, así como de archivar, diseñar las listas o registro de objetores, si fuere el caso, y dictar medidas para garantizar la disponibilidad de personal no objetor para la realización de las prácticas en todo momento. Esta presentación puede hacerse ante una autoridad sanitaria, pero bien podría ser una entidad privada (colegios profesionales), una autoridad administrativa (Comisión de Conciencia) o una autoridad judicial.

Algunas regulaciones han establecido a la administración hospitalaria como la receptora de las objeciones de conciencia de su personal.<sup>69</sup> En este caso cada centro de atención autogestiona sus objeciones; generalmente es el/a director/a quien debe asumir esta responsabilidad. Como ejemplos, los casos de Colombia (sentencia C-355/06), México (NOM -046-SSA2-2005) e Italia (Ley 194 de aborto de 1978), en los que las objeciones de conciencia son administradas por el director/a de cada entidad prestadora de salud, asegurándose de que los servicios sean garantizados en todo momento a las/os pacientes. Con este fin, cada prestadora debe establecer sus mecanismos autónomamente como se verá más adelante.

---

para que presenten objeción de conciencia frente a las prácticas de salud sexual y reproductiva. El objetivo que han expresado tiene que ver con impedir la implementación de la ley de salud sexual y reproductiva en dicha provincia.

<sup>69</sup> Es el caso de las regulaciones de Noruega, Luxemburgo, Sudáfrica, Canadá, Brasil, Bosnia, Australia, Ghana, Irlanda, Hungría, entre otras.

Otras regulaciones, designan una autoridad sanitaria de mayor jerarquía. Así, por ejemplo, España (Ley 2/2010) instituye como la autoridad encargada de las objeciones de conciencia a la Gerencia de Atención Especializada que corresponda a cada profesional. Por su parte, en el nivel subnacional, por ejemplo, la comunidad autónoma de Navarra, en España, estableció que la gestión de las objeciones de conciencia estará en cabeza del Servicio Navarra de Salud, la máxima autoridad sanitaria de la comunidad foral. En este mismo nivel en la Argentina, la provincia de Santa Fe, fijó al Ministerio de Salud provincial como el ente que llevará a cabo las tareas de relevamiento y administración de las objeciones de conciencia.

Otra alternativa identificada, aunque usada por pocos Estados, separa del sistema de salud la validación de las objeciones, como es el caso de la provincia de San Luis, en el que se establece que será la autoridad judicial, mediante el recurso de amparo, quien determine la validez de la objeción de conciencia y habilite su ejercicio en el caso concreto. Por supuesto, este sistema requiere una articulación con el sistema de salud para organizar los servicios de modo que se respeten los derechos de las/os pacientes, pero garantiza la publicidad de la calidad de objetor/a ya que las sentencias tienen carácter público.<sup>70</sup> En el caso de la Argentina, en la provincia de San Luis, las objeciones se tramitan inicialmente ante el poder judicial local, y una vez han sido aceptadas la información se traslada a un órgano especial, creado dentro del poder ejecutivo, el “comité consultivo de objeción de conciencia”, que se encarga de apoyar la evaluación de las objeciones y de articular con el sistema de salud para garantizar la realización de las prestaciones objetadas.

##### 5. *Validación de la objeción de conciencia*

Se refiere al juicio informado por parte de la autoridad designada, acerca de la sinceridad<sup>71</sup> de las alegaciones acerca de la centralidad de las convicciones que llevan a presentar la objeción de conciencia, como lo ex-

---

<sup>70</sup> Por ejemplo, en la Argentina la Corte Suprema de Justicia de la Nación mediante Acordada 17/06, crea el Centro de Información Judicial, cuyo objetivo es dar publicidad a los fallos y novedades del poder judicial federal. Tendrá que verse la efectividad de este mecanismo, que operará en el poder judicial provincial, para garantizar el derecho a la información y la elección del/a profesional tratante.

<sup>71</sup> Corte Suprema de Justicia de los Estados Unidos, 1953. Este fallo establece la carga para el/la objetor/a (en ese caso al servicio militar obligatorio) de demostrar la veracidad de la creencia y la centralidad de su cumplimiento en su vida, por medio de pruebas que puedan ser evaluadas por la autoridad designada.

plica White,<sup>72</sup> este análisis es necesario por cuanto permite determinar más que la veracidad de los contenidos morales alegados, la racionalidad de la objeción y descartar que existan motivos encubiertos, desconocidos incluso por quien pretende objetar, que impidan el ejercicio del privilegio. Según el autor, es necesaria su validación, por los riesgos que supone la objeción de conciencia tanto para las/os pacientes, como para el funcionamiento del sistema de salud. Por ello es necesario realizar un juicio estricto de proporcionalidad (*balancing of interests*) entre la centralidad de la creencia, el grado de conflicto en que se halla con la norma o con el deber legal y finalmente, la ausencia de alternativas menos lesivas para conciliar los intereses en conflicto. Esto con el objetivo de asegurar que la objeción de conciencia responda a las características y condiciones aceptadas por la legislación local, así como que la persona objetora conoce las cargas y obligaciones a que se compromete como consecuencia del ejercicio de la objeción de conciencia.

Se han adoptado diferentes mecanismos para la evaluación de la justificación presentada por el/la objetor/a. Las alternativas van desde la validación automática de la objeción por el sólo hecho de presentarla, por ejemplo, la legislación mexicana; hasta estrategias como las de la provincia de San Luis que establece que debe recurrirse a un proceso judicial, en su caso el amparo, para que sea un/a juez/a quien determine la validez de la objeción de conciencia alegada. En dicha provincia también se creó un comité consultivo de la objeción de conciencia en el ámbito del poder ejecutivo, ante el cual los/as jueces/zas deben solicitar opinión no vinculante, sobre la validez de cada objeción de conciencia tramitada (Ley No. I-0650-2008 y Decreto 3024/09). Esta opción regulatoria ha mostrado efectividad en otras latitudes,<sup>73</sup> en el caso de la objeción de conciencia a la conscripción obligatoria, en el que jóvenes recién egresados de la secundaria acudieron a la justicia para ser declarados como objetores, las cifras muestran que las solicitudes fueron aceptadas y la respuesta en la mayoría de los casos fue afirmativa. Ahora bien, en el escenario que nos ocupa, actores/as informados, como

---

<sup>72</sup> White, James, "Processing Conscientious Objection Claims: A Constitutional Inquiry", *California Law Review*, Berkeley, vol. 56, núm. 3, mayo de 1968.

<sup>73</sup> En relación con el servicio militar obligatorio la mayoría de países iniciaron el reconocimiento de la objeción por vía judicial (objeción de conciencia propia) y algunos posteriormente la reconocieron por vía legislativa (objeción de conciencia impropia) asignándole, en algunos casos, una vía administrativa para su declaración. Véase Ajangiz, Rafael, "The European Farewell to Conscription?", en Mjøsset, Lars y Van Holde, Stephen (eds.), *The Comparative Study of Conscription in the Armed Forces. Comparative Social Research*, United Kingdom, Emerald Group Publishing Limited, 2002; Burk, James, "Citizenship Status and Military Service: The Quest For Inclusion by Minorities and Conscientious Objectors", *Armed Forces & Society Summer*, núm. 21, 1995, pp. 503-529.

los/as profesionales de la salud, se presentarían ante autoridades que cuentan con mecanismos adecuados para hacer valoración de pruebas, testimoniales, documentales, etcétera, tanto sobre la sinceridad de las razones alegadas, como sobre la racionalidad de las mismas, dependiendo del contexto.

Otra estrategia contempla la creación de una instancia administrativa en el sistema sanitario para los procesos de evaluación y verificación de las objeciones de conciencia. La finalidad de estos procesos apunta a la instrucción de quienes se consideran objetoras/es para que, además de presentar la objeción de conciencia y su motivación, conozcan las obligaciones que se desprenden de tal calidad y las condiciones en que puede ser ejercida la excepción; así como a la autorización para el ejercicio de la objeción de conciencia en las condiciones que los servicios de salud lo permitan. Se trata, pues, de una garantía tanto para el/la profesional, respecto de la legitimidad de su reclamo de incumplimiento de un deber legal asegurando que no pueda ser objeto de sanciones por ese hecho y, a la vez, de una garantía para los servicios de salud ya que podrán organizar su planta de prestadores de forma tal que pueda cumplir con las prestaciones ordenadas por la ley.

En esta línea se encuentra la regulación holandesa (Abortion Act del 1 de noviembre de 1981) que contempla la evaluación de la objeción por medio de un comité *ad hoc*, ante el cual las/os objetores/as deben presentarse y fundamentar su objeción de conciencia tanto de manera escrita como oral. Se evalúan “hechos de base” acerca de la racionalidad de los motivos de la objeción de conciencia, estos pueden ser la pertenencia y práctica asidua de una religión determinada, hasta la participación en grupos civiles en contra de determinadas prácticas. También se pueden acercar razones sustentadas en juicios morales que no tengan base en actos verificables, la evaluación del caso concreto será determinante para afirmar si se justifica la aceptación de la objeción de conciencia o no.

Se encuentra también la regulación danesa (Ley núm. 350/1973, con su enmienda Ley núm. 389/1995) que inspira el proyecto de ley presentado en 2011 en Colombia para la regulación de la objeción de conciencia, según el cual se establecerían “comités de conciencia” para este fin. Se trata de autoridades administrativas establecidas con esta única finalidad; mientras se termina su creación serían las personerías municipales las encargadas de la gestión de la objeción de conciencia. En este supuesto, la objeción también debería presentarse por escrito, y la autoridad tendría un plazo de 30 días para evaluarla, dentro de los cuales podría citar al/la solicitante para que aclare o amplíe su fundamentación de manera oral o escrita, caso en el cual tendría 10 días para allegar las acreditaciones solicitadas por el comité en, caso de no fijarse audiencia oral.

En la Argentina, por ejemplo, está la provincia de Santa Fe, en donde se realizó un proceso de validación de las objeciones de conciencia presentadas con base en lo ordenado en la Res. 340/10, que incluyó dos etapas: una primera de relevamiento de las objeciones, y una segunda de confirmación/ratificación de aquellas que no superaron el examen de validación.<sup>74</sup> Esta última etapa incluyó, tanto la evaluación de las motivaciones alegadas para invocar la objeción de conciencia, como la capacitación del personal sanitario en relación al contenido y los deberes que conlleva la calidad de objetor/a.<sup>75</sup>

#### 6. *Plazo para expresar la condición de objetor/a: presentación previa*

La mayoría de las regulaciones establecen un término para presentar la declaración de objeción de conciencia. Aclarando que las objeciones presentadas fuera del término no pueden ser ejercidas.

La doctrina, así como las legislaciones consultadas sobre el tema, acuerdan en que la objeción de conciencia debe ser presentada de manera previa a la solicitud de la práctica objetada. Ello por cuanto la más importante limitación para el ejercicio de la excepción al deber se relaciona con la afectación de los derechos de las/os pacientes. En este caso se trata de los derechos a recibir atención en salud sin dilaciones; a recibir información sanitaria completa, veraz y clara; a elegir el/la profesional tratante; a la salud integral; a la igualdad, entre otros. En este sentido, la presentación previa opera como garantía de doble vía: por un lado, permite a las/os pacientes acudir a profesionales no objetoras/es cuando solicitan una práctica pasible de ser objetada o ser derivados sin dilaciones a personal no objetor de turno. Por otro lado, asegura que las/os profesionales objetores no se vean obliga-

---

<sup>74</sup> Los criterios tenidos en cuenta para la validación, se refirieron particularmente a la motivación de la objeción de conciencia. En primer lugar, para asegurar que se tratara de convicciones morales centrales, basadas en evidencia científica actualizada y aceptada por la comunidad médica nacional e internacional. Es común que profesionales de la salud con errores o falta de información sobre algunos aspectos de la práctica objetada, cambien su decisión una vez actualizan su conocimiento. También es necesario el análisis de la objeción para evitar errores sobre la motivación aceptable para la objeción de conciencia, se ha detectado que profesionales con sobrecarga de trabajo o con prácticas médicas privadas prefieren eximirse de la realización de ciertas prácticas para realizarlas sólo bajo determinadas circunstancias, estos casos, como es lógico, deben ser detectados e invalidadas las pretendidas objeciones, por no ser tales.

<sup>75</sup> Este proceso aún se está llevando adelante por el Ministerio de Salud provincial.

dos a realizar la práctica objetada, ya que los servicios de salud podrán ser organizados para que se encuentre en servicio personal no objetor.

En países como España (Ley 2/2010) e Italia (Ley de aborto 194 de 1978), entre otros,<sup>76</sup> la objeción de conciencia debe presentarse a partir de la habilitación para el ejercicio profesional o, en su defecto (para el caso de practicantes), desde la asunción del puesto en un servicio. Además, se fija un plazo de treinta días para que las/os profesionales de todos los centros de atención sanitaria, al momento de la entrada en vigencia de la ley, pudiesen expresar su objeción. En la Argentina, en la provincia de Mendoza (Res.933/11) y en la provincia de Santa Fe (Res. 843/02), se sigue este mismo sistema de plazo para la objeción de conciencia.

Algunas regulaciones prevén la posibilidad de presentar la objeción ante la solicitud de la práctica, garantizando que la prestación se realice dentro del plazo legal establecido. Es el caso de países como Croacia, Portugal, Francia, Holanda, y Hungría, así como de leyes estatales de México,<sup>77</sup> Jalisco<sup>78</sup> y Querétaro<sup>79</sup> en México o Castilla-La Mancha<sup>80</sup> en España. En este último caso la objeción debe darse siete días antes de la fecha indicada para la práctica, con el fin de asegurar la prestación en tiempo y forma por personal no objetor. Sin embargo, parecería que esta estrategia de regulación no resulta adecuada ya que, además de exponer al/a profesional objetor/a de la realización de la práctica en los casos en que la objeción pierde validez (urgencia y ausencia de personal no objetor) dada la falta de previsibilidad del ejercicio de esta excepción, también lesiona derechos de las/os pacientes reconocidos en todas las legislaciones nacionales e internacionales, como el derecho a la información y a la elección del/a profesional tratante. Además de que, por supuesto, esta situación constituye una dilación injustificada ya que, como se vio, existen mecanismos de regulación del ejercicio de la objeción de conciencia que resultan más adecuados para proteger todos los intereses y derechos en juego.

---

<sup>76</sup> Regulaciones de Argentina (tanto el protocolo nacional de interrupción voluntaria del embarazo de 2015, como algunas regulaciones provinciales), Canadá, Colombia, Irlanda, Reino Unido, Singapur, Uruguay, entre otras.

<sup>77</sup> Artículo 16.7 de la Ley de Salud, aprobada en Toluca de Lerdo, México, diciembre 18 de 1986.

<sup>78</sup> Artículo 18 de la Ley estatal de Salud, aprobada el 16 de diciembre de 1986.

<sup>79</sup> Artículo 45, de la Ley de Salud del Estado de Querétaro, publicada en el periódico oficial del Estado *La Sombra de Arteaga*, núm. 7, 30 de enero de 2010.

<sup>80</sup> Orden de 21 de junio de 2010, de la Consejería de Salud y Bienestar Social, por la que se establece el procedimiento de objeción de conciencia a realizar la interrupción voluntaria del embarazo. Con su modificatoria Orden de 14 de octubre de 2010, de la Consejería de Salud y Bienestar Social, por la que se modifica la Orden de 21 junio 2010.

Cuestión diferente al plazo de presentación de la objeción de conciencia, pero que también debería ser contemplada en la regulación sobre el tema, es el plazo para informar al/a consultante sobre la calidad personal de objetor/a de su tratante. De acuerdo con la estrategia regulatoria elegida, será más o menos probable que un/a profesional objetor/a se encuentre frente a un caso de solicitud de una práctica objetada. Pero en todos los casos, existe la posibilidad de que esta situación se presente, y por ello es necesario establecer reglas que tengan en cuenta obligaciones sobre el momento, el tipo de información (calidad de objetor/a y prácticas objetadas), pero también sobre la forma en que se debe dar esta información. Este último requisito es especialmente importante ya que, como lo reconoció el Colegio de Médicos y Cirujanos de Ontario, Canadá (2014), se puede convertir en un juicio moral sobre la decisión del/a paciente, es por ello que establece la obligación, para sus asociados, de no entregar razones de la objeción, sino únicamente asegurar que se trata de razones “de conciencia” o “personales” y no de razones “clínicas” o “médicas” por las que desaconsejaría la práctica objetada.

En relación con este punto, por ejemplo, la legislación belga establece la obligación de informar a todas las personas consultantes sobre la objeción de conciencia desde la primera consulta (artículo 348CP Inc.2, núm. 6), en el mismo sentido la legislación francesa (Ley 75/75 mod. 1979). Sin embargo, se constató que la mayoría de las legislaciones no prevén mecanismos específicos para dar información acerca de la calidad de objetor/a de los profesionales.

Algunas estrategias para la publicidad de la información sobre la objeción de conciencia de cada profesional han sido propuestas, por ejemplo: la ubicación de carteles de aviso en la puerta de los consultorios en los que se aclare las prácticas objetas; la ubicación de listados de objetores/as en las zonas de ingreso de los servicios o habilitación de páginas web en las que se dé acceso amplio a los datos sobre las prácticas objetadas, los lugares y horarios de atención de esos/as profesionales. En la provincia de Santa Fe, se habilitó una pestaña en la página web del Ministerio de Salud para acceder a la información sobre el personal objetor de conciencia. Allí se puede consultar tanto el nombre, el servicio, los turnos del/a profesional objetor/a, así como las prestaciones que objeta, con el fin de que todas las personas puedan acceder a la información y elegir su profesional tratante de manera informada.<sup>81</sup>

---

<sup>81</sup> Registro de objetores/as, disponible en: [http://www.santafe.gov.ar/index.php/web/content/view/full/126120/\(subtema\)/93802](http://www.santafe.gov.ar/index.php/web/content/view/full/126120/(subtema)/93802).

#### IV. ADMINISTRACIÓN DE LAS OBJECIONES DE CONCIENCIA: EL REGISTRO DE OBJETORES/AS

Como se ha dicho, la objeción de conciencia es un privilegio que se reconoce a las/os profesionales de la salud. Su ejercicio supone cargas asociadas tanto a nivel individual,<sup>82</sup> como institucional para que no afecte los derechos de quienes requieren las prácticas objetadas. Es por ello que su reconocimiento, debe estar insertado en una política pública más amplia que garantice las condiciones para el adecuado acceso a los servicios de salud, particularmente en el caso de la salud sexual y reproductiva, por tratarse de prácticas altamente objetadas y de uso regular o rutinario de las personas, especialmente de las mujeres. En la mayoría de las regulaciones consultadas se ve un abordaje muy precario de los aspectos relacionados con la gestión sanitaria: organización de la planta de personal en función de su disposición a realizar las diferentes prácticas ordenadas por las normas locales, garantía de oferta de servicios, reaseguros operativos para garantizar la accesibilidad a las prácticas objetadas, entre otras. En general, las regulaciones se limitan a diseñar estrategias para la presentación de las objeciones de conciencia. Una excepción muy loable es la de Noruega, cuya regulación se ocupa de los aspectos laborales (contratación de personal, justa causa de despido, opción de reacomodación de la planta de personal, etcétera), administrativos (quién y cómo se garantiza tanto el ejercicio de la objeción como la realización de las prácticas sin cargas adicionales para las/os pacientes) y operativos (cómo, ante quién y cuáles son las cargas asociadas a la objeción de conciencia sanitaria).

Aunque existen variadas estrategias para lograr operativizar tanto las objeciones, como los servicios de salud que tienen personal objetor; uno de los mecanismos más recurridos en las regulaciones consultadas es el registro de objetores. Se trata de un registro oficial del personal que presenta válidamente objeción de conciencia.

---

<sup>82</sup> Se trata de los deberes de *información, derivación, atención de emergencia y ante la ausencia de personal no objetor*, y garantía del acceso a la prestación objetada por parte de la/el solicitante. Es decir, ante una consulta en la que se requiera o sea recomendable una de las prácticas objetadas es su deber informar y derivar al/a solicitante con un/a profesional no objetor/a. Así mismo, debe prestar atención en casos de emergencia o en los que no exista personal no objetor disponible. Además de los deberes generales de beneficencia, no maleficencia, respeto de la autonomía, justicia y no discriminación. Véase Cook, Rebecca y Dickens, Bernard, "Access to Emergency Contraception", *Journal of Obstet. Gynaecology*, Canada, vol. 8, núm. 26, 2004, pp. 706 y ss.



A continuación, se presenta una breve descripción de la doble finalidad de este mecanismo que, por un lado, facilita la organización del servicio sanitario y, por el otro, da a conocer la calidad de objetor/a de un/a profesional. En seguida señalaré las características que puede tener el registro de objetoras/es, indicando cuáles han demostrado mayor efectividad en la protección y garantía de los derechos, deberes e intereses en tensión.

TABLA 3. FINALIDAD DEL REGISTRO DE OBJETORES/AS DE CONCIENCIA

Finalidad	Alcance
Centralización de la información	Ya sea a nivel nacional, provincial/estadual o institucional, permite conocer dentro del universo del personal sanitario el número, identidad y especialidad de las/os objetoras/es, como las prestaciones objetadas.
Perfecciona la adquisición de la calidad de objetor/a	Por medio de la inscripción del profesional en el registro queda habilitado/a para eximirse de una práctica sanitaria particular en su actividad profesional.
Prueba de la calidad de objetor/a	Certifica la validación de la O. C.
Administración del personal	Permite a las autoridades sanitarias realizar las modificaciones necesarias para la garantía de los derechos tanto de las/os profesionales como de las/os pacientes.
Política pública: estadística aplicada	Permite planificar y gestionar los servicios a través del tiempo, ya que hace posible conocer la evolución de los servicios, identificar nudos problemáticos de resistencia al cumplimiento de deberes y planificar en cada servicio.

Los registros en general, y en particular el de objetores/as de conciencia, son herramientas para el manejo de información relevante para la gestión pública o privada en diferentes niveles. Permiten garantizar el acceso a bienes y servicios, controlar la calidad de los mismos y planificar estrategias para mejorar, ampliar y especializar las actividades. Como ejemplos: el registro civil, que releva información personal de las/os ciudadanas/os de un Estado, o el registro de clientes de un establecimiento de comercio.

El caso de los registros de objetores/as de conciencia, como registros públicos de carácter mixto, ya que comparten características de los registros administrativos<sup>83</sup> y de los registros jurídicos,<sup>84</sup> es particular ya que no sólo perfecciona la autorización para el ejercicio de la objeción de conciencia, por la inscripción, como también permite el desarrollo de política pública y administración sanitaria gracias a la información relevada y archivada en el registro.

Todos los registros, aunque cada uno con sus particularidades, comparan al menos los siguientes objetivos:

### 1. *Centralización de la información*

Se refiere a la sistematización unificada de la información, en este caso sobre las/os objetores de conciencia, para permitir la ejecución de una política de organización, el desarrollo de una estrategia común y coordinada —interna, interinstitucional o nacional— así como el control para la reducción de los riesgos y el incremento en la eficiencia de los servicios.

De acuerdo con la regulación la información será centralizada en cada centro de atención, a nivel provincial/estadual o nacional. Lo importante a este respecto, es que la información concentre los datos del personal en un único soporte para que se pueda acceder a todo el universo de objetores/as y así alcanzar las demás finalidades previstas.

### 2. *Seguridad jurídica: prueba de la calidad de objetor/a*

La finalidad probatoria se cumple ya que el hecho de aparecer inscripto/a en el registro de objetores/as indica que la calidad ha sido validada por la administración<sup>85</sup> y por tanto el/la profesional, dentro de los límites ya explicados —cumplimiento de deberes, atención en caso de urgencia o ausencia de personal no objetor e intervención directa en la prácti-

---

<sup>83</sup> Son aquellos que relevan “información referida a una unidad individual, persona física, hogar, empresa, etcétera, que ha sido diseñada, recogida y mantenida por una determinada administración pública con el propósito de controlar y/o tomar decisiones relativas a esa unidad individual”. Véase Sanz Diez, Bergoña, *Algunas reflexiones sobre el marco legal para la utilización de la información administrativa con fines estadísticos*, Madrid, Instituto de Estudios Fiscales, 2006.

<sup>84</sup> Aquellos en cuya inscripción perfecciona la adquisición de un atributo, derecho o situación jurídica particular. Sanz Diez, Bergoña, *op. cit.*

<sup>85</sup> Mendoza del Maestro, Gilberto, “Argumentos que justifican la preferencia del asiento registral sobre el título archivado”, *Actualidad Jurídica*, Lima, agosto de 2008, t. 177.

ca objetada— podrá ser excusado de la realización de un deber legal y profesional específico. En otras palabras, la persona registrada como objetora no tendrá que realizar actuaciones adicionales para alegar dicha calidad.

Se dice que abona en seguridad jurídica por cuanto dota de certidumbre acerca de la calidad de objetor/a de un/a profesional. Entonces el registro prevé seguridad jurídica estática y dinámica,<sup>86</sup> tanto a quienes invocan esta excepción como a las autoridades sanitarias y a las/os pacientes, porque les permite conocer esta información y así actuar en conformidad.

### 3. *Administración del personal sanitario*

Como se dijo, el registro es un mecanismo de gestión de la objeción de conciencia, no puede ser el objetivo de la regulación. El registro permite la administración del personal, servicios y rubros sanitarios de manera informada, además de dar publicidad y certeza a la información relevada, ya que en el registro se consigna información necesaria para estos fines. Por ejemplo, el registro de vehículos automotores permite, además de dar certeza sobre la titularidad de la propiedad, publicitar los datos relacionados con el bien y la/el propietaria/o, conocer la cantidad de vehículos y así ayuda a determinar, por ejemplo, el monto de los impuestos de tráfico o rodamiento, la necesidad de ampliación de vías o espacio de aparcamiento, etcétera.

En el caso del registro de objeción de conciencia, permite a las autoridades encargadas de los servicios sanitarios conocer, además de la identidad, especialidad y turnos de servicio de cada profesional, datos acerca de la totalidad de profesionales objetoras/es para disponer la planta de forma que en todo momento esté en guardia y en consulta personal no objetor para que la excepción pueda ser ejercida y si la información se difunde adecuadamente, permite que las/pacientes puedan elegir libremente a su tratante.

Sin embargo, cabe recordar que en los casos en que no exista personal no objetor disponible la obligación de prestación del servicio continua y la posibilidad de ejercer la objeción de conciencia se suspende. De igual forma que en los casos de atención de emergencia, se debe privilegiar el acceso a las prestaciones y la protección de la salud y la vida de las personas. Es así como, por ejemplo, la ley británica (*Abortion Act 1967*), italiana (*Ley 194/78*) y de Guyana (*Pregnancy Act* núm. 7 de 1995) establecen expresamente que en casos de urgencia no se puede alegar objeción de conciencia.

---

<sup>86</sup> Díez Picazo, Luis, *Fundamentos de derecho civil patrimonial*, Madrid, Tecnos, 1986, vol. II, p. 237.

#### 4. *Desarrollo de política pública: Estadística aplicada*

Más allá de la administración del personal, que es parte de la política pública, la información consignada permitirá a las autoridades competentes conocer datos acerca de la disponibilidad de personal, las razones por las que se objetan determinadas prácticas, las condiciones en las que lo hacen y desarrollar estrategias de política pública que permitan garantizar la satisfacción de las prestaciones a las/os usuarios del sistema de salud.

Los registros de este tipo, si bien no están diseñados con fines estadísticos, permiten el desarrollo de herramientas analíticas sobre la situación que se releve. Por medio de la estadística aplicada, con la información contenida en los registros se pueden generar informes que permitan no sólo el conocimiento de la situación del personal de los servicios sanitarios, que es fundamental para la gestión pública, sino además la planificación para el mejoramiento de la atención y la capacidad de respuesta de los servicios de salud. En otras palabras, se genera información capaz de impactar directamente en la política pública sanitaria.<sup>87</sup>

### V. CARACTERÍSTICAS DEL REGISTRO DE OBJETORES

TABLA 4. CARACTERÍSTICAS DEL REGISTRO DE OBJETORES/AS

Característica	Alternativas	
Obligatoriedad	Para tener la calidad de objetor/a se debe estar inscrito/a.	
Rogación	Es a pedido del/a profesional que pretenda ser objetor/a.	
Legitimación	Concreta (vinculación indirecta con la práctica).	Amplia (cualquier intervención relacionada con la práctica).
Publicidad	Acceso del público en general.	Exclusivo a las autoridades sanitario.

<sup>87</sup> Uribe Villegas, Oscar, “Consideraciones preliminares para un esbozo de programa de estadística aplicada a la política”, *Revista Mexicana de Sociología*, vol. 22, núm. 1, enero-abril de 1960, pp. 129-206.

Plazo	Fijo desde la implementación del registro o el ingreso al servicio.		Ante la solicitud de una práctica programada.
Unidad	Centralizado por autoridad sanitaria superior.		En cada institución de salud.
Implementación	Administrativa.	Judicial.	Sanitaria.
Administración	Autoridad sanitaria de cualquier nivel (institucional, estadual/provincial, nacional), una autoridad por fuera del sistema de salud.		

### 1. *Obligatoriedad*

En el caso del registro de objetores/as en el sistema de salud, se trata de un registro obligatorio, ya que en la mayoría de las legislaciones (consultadas) en que se elige este mecanismo, las/os profesionales que pretendan adquirir la calidad de objetores deben hacerlo cumpliendo, entre otros, el requisito de la inscripción en el registro.<sup>88</sup>

El registro pretende relevar la totalidad de los/as objetores/as del nivel sanitario en el que determine la regulación (hospitalario, provincial/estadual, regional o nacional), por tanto, el registro de quienes pretenden eximirse de una prestación no puede ser optativo.

### 2. *Rogación*

Se refiere a la necesidad de solicitar personalmente la inscripción en el registro. El Estado, por medio de sus autoridades sanitarias o quien delegue para ese fin, no puede realizar inscripciones de oficio. Esta solicitud o rogación debe hacerse con las formalidades establecidas para ese fin. Ya sea la presentación escrita, oral, o por medio de una acción judicial (con todas las formalidades del caso), es siempre el/la titular del derecho quien debe iniciar el trámite para su inscripción.

<sup>88</sup> Por ejemplo, Australia, Croacia y Uruguay. En el nivel subnacional, un buen ejemplo es la provincia argentina de Santa Fe.

Las regulaciones prevén mecanismos para anular la inscripción en el registro, y perder la calidad de objetor/a. Puede ser, en primer lugar, por violación de algunos de los supuestos necesarios para obtener la calidad, como por ejemplo intervenir en la realización de la práctica objetada, fuera de los casos, repetidamente mencionados, en los que se suspende la calidad de objetor/a (emergencia, ausencia de personal no objetor). Es el caso de realizarse la práctica en un consultorio privado, cuando se había objetado su práctica en el servicio público.<sup>89</sup> En segundo lugar, se puede anular la inscripción a petición del/a inscripto/a. Puede darse el caso en que una persona, que objeto válidamente después de un tiempo, reconsidere su posición y desee empezar a realizar la práctica. Para la cancelación de la inscripción en general no hay plazo, cosa distinta con la inscripción en el registro, como se verá más adelante.<sup>90</sup>

### 3. *Legitimación para inscribirse: puede ser concreta o amplia*

El registro no puede ser solicitado por cualquier profesional de la salud. Para la inscripción se requiere habilitación, esta tiene que ver con la relación profesional y funcional con la práctica objetada. La primera hace relación a que por especialidad profesional la práctica objetada sea una de aquellas que está dentro de las que regularmente le corresponden. La segunda en cambio tiene que ver con la relación del cargo ocupado en la institución sanitaria y la práctica objetada, es decir, si por competencia funcional debe realizar la/s objetada/s.

El grado de relación que se exige entre el/la profesional objetor/a y la práctica para habilitar el ejercicio legítimo de la objeción de conciencia varía. Es decir, de acuerdo con el tipo de reconocimiento de la legitimación para la objeción de conciencia, que puede ser amplia o restringida (véase *supra* punto 2.1) de acuerdo con la regulación local. Además, va a estar condicionado por las circunstancias de prestación del servicio (cantidad de personal disponible, cercanía de otros servicios, complejidad de la práctica objetada, población potencialmente afectada, etcétera), teniendo en cuenta que, entre mayor amplitud de legitimación para la objeción de conciencia, es más obstructivo para el acceso de las personas a los servicios de salud y la afectación a la integridad moral del/a profesional será más difícil de establecer.

---

<sup>89</sup> Otros ejemplos de casos que no constituyen objeción de conciencia en el Código de Deontología Médica del Colegio de Médicos de Madrid (2011).

<sup>90</sup> Ley Uruguaya número 18.987 de 22 de octubre de 2010, artículos 11 y ss.

#### 4. *Publicidad: puede ser de consulta pública o de uso interno del servicio de salud*

Una de las funciones principales de los registros es dar publicidad a los actos que contienen. No se trata de la difusión masiva de la información del registro, sino más bien de la publicidad jurídica, que implica que se pueda oponer *erga omnes* en las situaciones registradas. De este modo, se genera la presunción de que los actos allí inscritos son conocidos por las personas que puedan tener interés o competencia para acceder a tal información, y por tanto, se deben arbitrar medidas para que dichas personas puedan efectivamente acceder a ella.

En el caso de los registros de consulta pública, se publicita la calidad de las/os objetores a toda la comunidad a través, ya sea de su colocación en un lugar público del efector de salud, en una página web y/o en un lugar visible en la puerta de ingreso al consultorio del/a profesional objetor/a.<sup>91</sup> Con este sistema se garantiza que las pacientes se informen acerca de la calidad del/a profesional tratante, ya que ésta se considera información relevante para la elección y mantenimiento de la relación médica/o paciente. En todo caso es importante recordar que las/os objetoras/es en caso de recibir una consulta acerca de una práctica objetada deben entregar información completa y veraz acerca de la práctica y derivar al/la paciente con un/a profesional no objetor/a garantizando que se realice sin dilaciones injustificadas.<sup>92</sup> Constituyen ejemplos de este mecanismo las regulaciones de Victoria (Abortion Law Reform Act 2008), Colombia (sentencia T-355/06), y en la Argentina, como se mencionó, las provincias de Santa Fe y Entre Ríos. Se trata de registros con características diversas, pero su nota común es la posibilidad de acceso que tiene toda la ciudadanía a su contenido.

El segundo supuesto, el registro con publicidad restringida, está diseñado como una herramienta para la gestión del servicio de salud, de modo que serán solamente las autoridades sanitarias las que tendrán acceso a la información, no así el público general ni las/os pacientes. Esto puede implicar la vulneración de derechos de las/os pacientes, como, el de elegir de forma libre e informada a su profesional tratante, si no se contemplan otros mecanismos para que las/os pacientes puedan conocer de antemano las objeciones de las/os profesionales del servicio y tengan opciones para elegir tratarse con la persona que mejor les parezca.

---

<sup>91</sup> Sobre los beneficios de un registro público abierto a la consulta pública, véase Balarezo Fortini, Juan, *La publicidad registral como mecanismo de seguridad jurídica en derecho registral*, 2a. ed., Lima, Gaceta Jurídica Editores., 1999, t. I, pp. 57-70.

<sup>92</sup> Ariza Navarrete, Sonia, “Resistencias al acceso al aborto (no punible): la objeción de conciencia”, *Revista Derecho Penal*, Buenos Aires, año I, núm. 2, septiembre de 2012.

Este último es el caso de los registros llevados adelante por organizaciones privadas como el Colegio de Médicos de Madrid que, en 2006, generó un sistema de registro para sus asociados, mantenido la confidencialidad de las/os profesionales registrados; o el del Consejo Andaluz de Colegios de Médicos que en 2010 creó el registro autonómico de objetores con carácter privado.

### 5. *Plazo: para la realización del registro y para la inscripción*

El registro tiene la característica de ser un instrumento de gestión del sistema sanitario por lo que debería anteceder a la solicitud de la práctica para que esta pueda ser realizada en las condiciones establecidas por las leyes y las reglas de la buena praxis médica. Por ello, las regulaciones específicas sobre objeción de conciencia ordenan la preparación del instrumento de registro en un término acotado, con el fin de permitir que se registren las/os profesionales en un plazo razonable para garantizar la organización de la planta de personal frente a las necesidades del servicio, es decir, garantizar la disponibilidad de personal no objetor de manera permanente.<sup>93</sup>

Se encontraron dos modalidades de plazo para el registro: la primera con un plazo perentorio desde la vigencia de la regulación, la segunda permite el registro en cualquier momento antes de un término razonable previo a la fecha prevista para la práctica (véase punto 2.6).

### 6. *Unidad*

Implica que sólo pueda existir un registro de objetores/as. Esta característica se deriva de la función de centralización de la información que le es propia a los registros, con ella se busca condensar en un sólo instrumento toda la información necesaria para la gestión sanitaria. En este caso se ve la necesidad de conocer la totalidad de objetores/as presentes ya sea en un país, en una provincia o unidad administrativa local, en un servicio o área particular de atención. Este nivel de agregación de la información es el que presenta diferencia en las legislaciones consultadas.

En Colombia, por ejemplo, se tiene (o se debe implementar) un registro de objetores/as en cada hospital del país. En la Argentina, provincias como

---

<sup>93</sup> Esta adecuación del personal incluye las nuevas contrataciones y/o las nuevas matriculaciones de profesionales de acuerdo al sistema de registro que se aplique.



Santa Fe y Mendoza han implementado un registro de objetores/as provincial, administrado por la máxima autoridad sanitaria. En España, algunas autonomías, Castilla y Madrid han permitido que el Colegio de Médicos local administre un registro de objetores/as para sus asociadas/os.

### 7. Implementación

Se refiere a la necesidad de establecer mecanismos que permitan a las/os profesionales la inscripción en el registro. Dentro de las estrategias de implementación se encuentra: primero, el establecimiento de una autoridad para la inscripción, pueden ser comités, áreas dentro de alguna autoridad sanitaria sea central o local, colegio local o nacional de médicos/as dentro de un servicio, ya sea el/la director/a o el/la jefa/e del servicio.

Por tratarse de un instrumento de política pública y no de un mero listado, se requiere una autoridad que constantemente gestione las necesidades del servicio sobre la base de la información contenida en el registro, integrada a las demás necesidades y características de cada efector o sistema de salud. En el caso de Noruega, por ejemplo, el registro debe ser actualizado constantemente y cada tres meses se evalúan las medidas implementadas en el trimestre anterior y se incorporan los cambios necesarios para mejorar el acceso a los servicios de las/os pacientes, tanto la oferta como la calidad de las prestaciones.

### 8. Debe ser gestionado por autoridades sanitarias

Se relaciona con la necesidad de involucrar a las autoridades sanitarias en la disposición de personal no objetor de manera permanente en todos los servicios, incluso si esto significa contratar personal no objetor, desplazar personal objetor, ya sea mediante traslados o destituciones en los casos en los que la mayoría del personal resulte objetor de conciencia.<sup>94</sup>

Las estrategias para esta administración, como se ha dicho, pueden darse en diversos niveles jerárquicos y territoriales, de forma intra o interinstitucional, involucrando el nivel central o autoridades de control (como la defensoría del pueblo, el área de protección del paciente, etcétera) conjuntamente con la autoridad sanitaria.

---

<sup>94</sup> Corte Suprema de Justicia de Canadá, *Moore v. British Columbia* (Ministry of social services), BCHRC, 1992, 17 C.H.R.R. D/426.

## VI. CONCLUSIÓN

En este artículo revisé una serie de posiciones sobre el reconocimiento jurídico de la objeción de conciencia ante la realización de ciertas prácticas vinculadas a los derechos reproductivos y describí diversas posibles soluciones tendientes a garantizar derechos de pacientes y profesionales, a la vez que mencioné sus aspectos positivos y negativos.

Es fundamental que, al momento de reflexionar sobre este tema, se tenga presente que los derechos sexuales y reproductivos son conquista conseguidas especialmente por el movimiento de mujeres como resultado de importantes luchas. Las resistencias que históricamente se plantaron en su contra hacen que la defensa y protección del acceso a las prestaciones que los hacen efectivos sea una prioridad. La objeción de conciencia en materia de salud y especialmente salud sexual y reproductiva puede ser una barrera importante para el acceso a las prestaciones legales. Por las características de la relación entre médicas/os y pacientes es necesario que la objeción de conciencia sea regulada, y su uso vigilado de manera estricta, para que no resulte un reconocimiento discriminatorio.

Como dije desde el inicio de este artículo, considero que la regulación de la objeción de conciencia garantiza que, tanto el derecho a la libertad de culto de las/os profesionales de la salud, como los derechos de las/os pacientes sean resguardados. Entiendo, por supuesto, que idealmente las/os profesionales de la salud deberían conocer las prestaciones que supone la especialidad que eligen desempeñar, así como los valores morales que les son centrales y, por tanto, tendrían que realizar la evaluación moral, profesional y como ciudadanos/as antes de optar por un área de la práctica que se verán obligados/as, a defraudar. Sin embargo, en el estado de cosas actual, las estrategias adoptadas en cuanto a la regulación presentan aristas muy interesantes, como quedó indicado a lo largo de este trabajo, para pensar en la posibilidad de implementar regulaciones locales que respondan a las necesidades particulares de la población y de los servicios de salud.

Finalmente, considero que, sea cual fuere la estrategia de regulación que se adopte, y pese a que existen unas mejores que otras, lo central es que no se deje en la indeterminación el alcance y las formalidades necesarias para que el uso de la objeción de conciencia sea legítimo y pueda, de este modo, cumplir con la finalidad de protección de la autodeterminación y la conciencia de los/as profesionales al tiempo que se respete en todo sentido el derecho de quienes acuden a los servicios.

Una preocupación que continúa aún después de la revisión de las estrategias de regulación comparadas, es la que se refiere a la publicidad de

la calidad de objetor/a de las/os profesionales de manera que las pacientes lleguen a conocer efectivamente la calidad de objetor/a de su tratante, especialmente en el sistema público de salud en donde, por supuesto, existe menor capacidad de las usuarias/os de elegir libremente su profesional tratante. Propuestas no recogidas en las legislaciones, como la ubicación de carteles en la puerta del consultorio o listados colgados en el área de recepción o mesa de entrada de los servicios, podrían ser una alternativa. En provincias como Santa Fe, se han habilitado espacios en la página web del Ministerio de Salud local, en los que se puede consultar el listado provincial de objetores/as, sin embargo, considero que esta estrategia, si bien es un paso en dirección a garantizar el acceso a las/os usuarias/os a información relevante, no alcanza ya que a pesar del mayor acceso a internet que se da en los últimos años en el mundo, y en la Argentina en particular, existe un amplio sector de la población que no se verá realmente informado bajo este sistema.

## VII. BIBLIOGRAFÍA

- AJANGIZ, Rafael, “The European Farewell to Conscription?”, en MJOSET, Lars y VAN HOLDE, Stephen, *The Comparative Study of Conscription in the Armed Forces (Comparative Social Research)*, United Kingdom, Emerald Group Publishing Limited, 2002.
- ALEGRE, Marcelo *et al.*, “Opresión a conciencia. La objeción de conciencia en la esfera de la salud sexual y reproductiva”, *Derecho y sexualidades*, SELA, 2009.
- ALEXANDER, John, “Promising, Professional Obligations, and The Refusal to Provide Service”, *HEC*, Forum, vol. 3, núm.17, 2005.
- ÁMBITO JURÍDICO, *Eutanasia: 15 años esperando reglamentación*, 20 de julio de 2015, disponible en: [http://www.ambitojuridico.com/BancoConocimiento/Noti-120221-02\\_\(eutanasia\\_15\\_anos\\_esperando\\_reglamentacion\)/noti-120221-02\\_\(eutanasia\\_15\\_anos\\_esperando\\_reglamentacion\).asp?print=1](http://www.ambitojuridico.com/BancoConocimiento/Noti-120221-02_(eutanasia_15_anos_esperando_reglamentacion)/noti-120221-02_(eutanasia_15_anos_esperando_reglamentacion).asp?print=1).
- ARIZA NAVARRETE, Sonia “Resistencias al acceso al aborto (no punible): la objeción de conciencia”, *Revista Derecho Penal*, Buenos Aires, año I, núm. 2, septiembre de 2012.
- ARIZA, Sonia y RÁMON MICHEL, Agustina, “Objeción de conciencia y aborto”, en Ramos, S. *et al.*, *Investigación sobre aborto en América Latina y El Caribe: una agenda renovada para informar políticas públicas e incidencia*, Ciudad Autónoma

- ma de Buenos Aires-México, Distrito Federal-Lima, Centro de Estudios de Estado y Sociedad-CEDES/Population Council/Promsex, 2015.
- ASOCIACIÓN DE PROFESIONALES DE LA SALUD (ARHP), *The Single-Rod Contraceptive Implant*, 2008, disponible en: <http://www.arhp.org/publications-and-resources/clinical-proceedings/Single-Rod/History>.
- BALAREZO FORTTINI, Juan, *La publicidad registral como mecanismo de seguridad jurídica en derecho registral*, 2a. ed., Lima, Gaceta Jurídica Editores, 1999, t. I.
- BLANCARTE, Roberto, *Laicidad y bioética. Aspectos sociales de la bioética*, México, Comisión Nacional de Bioética, 2009.
- BRIOZZO, Leonel (comp.), *Aborto provocado en condiciones de riesgo en Uruguay. Iniciativas sanitarias contra el aborto provocado en condiciones de riesgo (ISCAPCR). La experiencia del modelo de reducción de daños en aborto inseguro*, Montevideo, Clacai Digital, 2008.
- BURK, James, “Citizenship Status and Military Service: The Quest for Inclusion by Minorities and Conscientious Objectors”, *Armed Forces & Society Summer*, núm. 21, 1995.
- CAVALLO, Mercedes y RAMÓN MICHEL, Agustina, “La objeción de conciencia frente al aborto legal (o la solución del sector salud frente al «problema» del aborto legal)”, en WOMEN’S LINK WORLDWIDE (comp.), *Aproximaciones a la O. C. a partir de la experiencia de colombiana con visión global*, Bogotá, O’Neil Institute for National and Global Health Law, 2013.
- COLEGIO DE MÉDICOS DE MADRID, *Código de Deontología Médica*, 2011.
- COLEGIO DE MÉDICOS Y CIRUJANOS DE ONTARIO, (The College of Physicians and Surgeons of Ontario), *Professional Obligations and Human Rights. Policy draft*, 2014, disponible en: <http://policyconsult.cpso.on.ca/wp-content/uploads/2014/12/Draft-Professional-Obligations-and-Human-Rights.pdf>.
- COLLINS, Susan *et al.*, “Current Status, Historical Highlights and Basic Principles of Harm Reduction”, en MARLAT, Alan *et al.* (comps.), *Harm Reduction. Pragmatic Strategies for Managing High-risks Behaviors*, Nueva York, Guilford Press, 2012.
- COMISIÓN INTERAMERICANA DE DERECHOS HUMANOS, *Informe anual del año 2000*, EA/Ser./L/V/II.11, doc. 20 rev., 16 de abril de 2001.
- COMITÉ DE DERECHOS HUMANOS, *Observación General núm. 22, comentarios generales adoptados por el Comité de los Derechos Humanos, Artículo 18. Libertad de pensamiento, de conciencia y de religión*, 48o. período de sesiones, U.N. Doc. HRI/GEN/1/Rev.7 at 179, 1993.
- COMITÉ PARA LA ELIMINACIÓN DE LAS DISCRIMINACIÓN CONTRA LA MUJER, *Observaciones finales del Comité para la Eliminación de la Discrimi-*

- nación contra la Mujer: Italia, A/52/38/Rev.1 (Part II, Pars. 322-364), 12/08/1997.
- CONFERENCIA INTERNACIONAL DE ÓRDENES MÉDICAS, *Guía de ética médica europea*, París, 1987.
- CONGREGACIÓN PARA LA DOCTRINA DE LA FE, *Instrucción Dignitas Personae*, Vaticanus 2008.
- CONSEJO DE EUROPA, *Resolución 1763 de 2010. El derecho a la objeción de conciencia en los servicios de salud*, disponible en: <http://assembly.coe.int/nw/xml/News/FeaturesManager-View-EN.asp?ID=950>.
- CONSEJO DE MINISTROS DE ITALIA, *Informe sobre objeción de conciencia de farmacéuticos*, 2011, disponible en: <http://www.palazzobjeciondeconcienciahigi.it/bioetica/eng/pdf>.
- COOK, Rebecca y DICKENS, Bernard, "Access to Emergency Contraception", *Journal of Obstetric Gynaecology*, Canadá, vol. 8, núm. 26, 2004.
- CORTE INTERAMERICANA DE DERECHOS HUMANOS, *Opinión consultiva 10/89. Interpretación de la Declaración Americana de los Derechos y Deberes del Hombre en el marco del artículo 64 (libertad religiosa y de culto) de la Convención Americana sobre Derechos Humanos*, 14 de julio de 1989.
- DIARIO LA ARENA DIGITAL, *Un repaso por las opiniones de Bergoglio*, 4 de marzo de 2013, disponible en: [http://www.laarena.com.ar/avances/un\\_repaso\\_sobre\\_las\\_opiniones\\_de\\_bergoglio-20596.html](http://www.laarena.com.ar/avances/un_repaso_sobre_las_opiniones_de_bergoglio-20596.html).
- DIARIO PERFIL, *¿Quién es Jorge Mario Bergoglio, el nuevo Papa Francisco?*, 13 de marzo de 2013, disponible en: <http://www.adnpolitico.com/noticias/2013/03/13/quien-es-jorge-mario-bergoglio-el-nuevo-papa-francisco-i>.
- DICKENS, Bernard, "Conscientious Objection and Professionalism", *Expert Review of Obstetric Gynecology*, vol. 2, núm. 4, 2009.
- DICKENS, Bernard, "Legal Protection and Limits of Conscientious Objection: When Conscientious Objection is Unethical", *Medicine and Law*, núm. 28, 2009.
- DICKENS, Bernard, "Servicios de salud reproductiva y el derecho y ética de la objeción de conciencia", *Revista Argentina de Teoría Jurídica*, Buenos Aires, vol. 13, 2009.
- DIEZ PICAZO, Luis, *Fundamentos de derecho civil patrimonial*, Madrid, Tecnos, vol. II, 1986.
- DIRECCIÓN DE ESTADÍSTICAS E INVESTIGACIÓN EN SALUD, (DEIS), *Estadísticas vitales. Información básica*, año 2012, Dirección de Estadísticas e Información de Salud, Ministerio de Salud de la Nación, 2013, disponible en: <http://www.deis.gov.ar/Publicaciones/Archivos/Serie5.Nro56.pdf>.

- EL PAÍS, “Legalizada la objeción de conciencia en la República Federal de Alemania”, Madrid, *El País*, 2 agosto de 1977.
- FIALA, Christian y ARTHUR, Joyce, “Dishonourable Disobedience. Why Refusal to Treat in Reproductive Healthcare is Not Conscientious Objection”, *Woman Psychosomatic Gynaecology Obstetrics*, vol. 1, diciembre de 2014, disponible en: <http://dx.doi.org/10.1016/j.woman.2014.03.001>.
- GASCÓN ABELLÁN, Marina, *Obediencia al derecho y objeción de conciencia*, Madrid, Centro de Estudios Constitucionales, 1990.
- GROVER, Anand, *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, Asamblea General de Naciones Unidas, informe provisional, 3 de agosto de 2011.
- HEINO, Anna *et al.*, “Conscientious Objection and Induced Abortion in Europe”, *The European Journal of Contraception and Reproductive Health Care*, vol. 18, agosto de 2013.
- JAROSCH, Jeffrey Paul, “Finding Space for Opposing Consciences: Rehabilitating the Moral Marketplace for the Emergency Contraception Debate”, *Northwestern University Law Review*, Illinois, vol. 103, núm. 3, 2009.
- LA PRENSA, *Eutanasia: Colombia regula muerte digna para pacientes terminales*, 22 de abril de 2015, disponible en: [http://www.prensa.com/mundo/Colombia-regula-muerte-pacientes-terminales\\_0\\_4192080905.html#sthash.2xOeKonG.dpuf](http://www.prensa.com/mundo/Colombia-regula-muerte-pacientes-terminales_0_4192080905.html#sthash.2xOeKonG.dpuf).
- MAR MARÍN, “Papa Francisco. En el libro sobre el cielo y la tierra”, *El País*, 17 de marzo de 2013, disponible en: <http://www.elmundo.es/elmundo/2013/03/17/internacional/1363509888.html>.
- MAY, William, “The Composition and Function of Ethical Committees”, *Med Ethics Journal*, vol. 1, núm.1, abril de 1975.
- MENDOZA DEL MAESTRO, Gilberto, “Argumentos que justifican la preferencia del asiento registral sobre el título archivado”, *Actualidad Jurídica*, Lima, agosto 2008, t. 177.
- MINISTERIO DE SALUD DE LA NACIÓN ARGENTINA, *Protocolo para la Atención Integral de Personas con Derecho a la Interrupción Legal del Embarazo*, 2015.
- NATIONAL ABORTION FEDERATION, *More Italian Doctors Refusing to Provide Abortion Care*, 4 de agosto de 2008, disponible en: <http://www.prochoice.org/blog/2008/04/more-italian-doctors-refusing-to.html> y <http://blog.prochoice.org/2008/04/more-italian-doctors-refusing-to.html>.
- NAVARRO-VALLS, Rafael, “La objeción de conciencia al aborto: derecho comparado y derecho español”, *Anuario de Derecho Eclesiástico del Estado*, núm. 2, 1986.

- OFICINA DE LAS NACIONES UNIDAS CONTRA LA DROGA Y EL DELITO (UNODC), *Informe Mundial sobre las Drogas*, 2012.
- PECES BARBA, Gregorio, “Desobediencia civil y objeción de conciencia”, *Anuario de Derechos Humanos*, Madrid, núm. 5, 1988-1989.
- PRESIDENCIA DEL CONSEJO DE MINISTROS DE ITALIA, (Presidenza del Consiglio dei Ministri), *Nota sobre la objeción de conciencia de farmacéuticos frente a la venta de anticoncepción de emergencia (Note on the pharmacist’s conscientious objection to the sale of emergency contraceptive products)*, 25 de febrero de 2011.
- PUGA, Mariela y VAGGIONE, Juan Marco, “La política de la conciencia. La objeción como estrategia contra los derechos sexuales y reproductivos”, en VASALLO, Marta, *Peripecias en la lucha por el derecho al aborto*, Buenos Aires, Ferreyra, 2013.
- RHODES, Rosamond, “Molding Professional Character”, en NUALA, Kenny y WAYNE, Shelton (eds.), *Lost Virtue: Professional Character Development and Medical Education*, San Diego, Elsevier Press, 2006.
- RODRIGUES TORRES, José Henríque, “El derecho a morir dignamente y la objeción de conciencia”, *Colombia Médica*, Cali, vol. 46, núm. 2, abril-junio, 2015.
- SANZ DIEZ, Bergoña, *Algunas reflexiones sobre el marco legal para la utilización de la información administrativa con fines estadísticos*, Madrid, Instituto de Estudios Fiscales, 2006.
- SAUNDERS, Peter, “Abortion and Conscientious Objection”, *Revista Nucleus*, enero de 1996.
- SCHNEIDER, Keith, “Dr. Jack Kevorkian Dies at 83”, *New York Times*, 3 de junio de 2011.
- SERVICIO DE PRENSA DEL VATICANO, *Objeción de conciencia, educación sexual y libertad religiosa*, disponible en: <http://www.es.catholic.net/op/articulos/11091/cat/484/objecion-de-conciencia-educacion-sexual-y-libertad-religiosa.html>.
- SOCIEDAD FARMACÉUTICA REAL DE GRAN BRETAÑA, (Royal Pharmaceutical Society), *Código y estándares de ética (Code of Ethics and Standards)*, 2007, disponible en: <http://www.rpharms.com/code-of-ethics-pdfs/coeppt.pdf>.
- THE NEW YORK TIMES, *A Doctor Who Helped End Lives*, 3 de junio de 2011. disponible en: <http://www.nytimes.com/2011/06/04/us/04kevorkian.html?pagewanted=all>.
- URIBE VILLEGAS, Oscar: “Consideraciones preliminares para un esbozo de programa de estadística aplicada a la política”, *Revista Mexicana de Sociología*, vol. 22, núm. 1, enero-abril de 1960.

- VEATCH, Robert, *A Theory of Medical Ethics*, Nueva York, Basic Books, 1981.
- WHITE, James: “Processing Conscientious Objection Claims: a Constitutional Inquiry”, *California Law Review*, vol. 56, núm. 3, mayo de 1968.
- WICCLAIR, Mark, *Conscientious Objection in Health Care: An Ethical Analysis*, Cambridge, Cambridge University Press, 2011.
- XXIV ASAMBLEA MÉDICA MUNDIAL, *Declaración de Oslo sobre el aborto terapéutico*, 1979.