



**Consejo de Derechos Humanos**  
**Grupo de Trabajo sobre la discriminación**  
**contra las mujeres y las niñas**  
**41<sup>er</sup> período de sesiones**  
Ginebra, 14 a 18 de octubre de 2024

## **Objeción de conciencia al aborto: consideraciones fundamentales**

### **Documento de orientación elaborado por el Grupo de Trabajo sobre la discriminación contra las mujeres y las niñas**

#### *Resumen*

El Grupo de Trabajo sobre la discriminación contra las mujeres y las niñas está profundamente preocupado por los informes relativos a la denegación individual e institucional del acceso a servicios fundamentales de atención a la salud reproductiva, en particular la asistencia relacionada con el aborto, por razones de objeción de conciencia. El Grupo ha elaborado el presente documento que gira en torno a las consideraciones fundamentales para la objeción de conciencia al aborto en cumplimiento de las resoluciones 15/23 y 50/18 del Consejo de Derechos Humanos. Este documento de orientación muestra el panorama general de la objeción de conciencia en el contexto de los derechos a la salud sexual y reproductiva, centrándose especialmente en el aborto. En él se expone la preocupación del Grupo de Trabajo por el ejercicio incontrolado de la objeción de conciencia en todo el mundo. A continuación, el Grupo de Trabajo formula recomendaciones para reformar la legislación y las políticas a fin de facilitar que los Estados que permiten la objeción de conciencia regulen eficazmente su ejercicio y eliminar los obstáculos a la efectividad de los derechos en materia de salud sexual y reproductiva de las mujeres y las niñas. Este documento de orientación tiene por objeto en última instancia evaluar la objeción de conciencia en el marco de la igualdad de género y promover un enfoque basado en los derechos humanos que dé prioridad a los derechos de las mujeres y las niñas.

\* Publicado nuevamente por razones técnicas el 29 de agosto de 2024.



## I. Introducción

1. El Grupo de Trabajo sobre la discriminación contra las mujeres y las niñas está profundamente preocupado por los informes relativos a la denegación individual e institucional del acceso a servicios fundamentales de atención a la salud reproductiva, en particular la asistencia relacionada con el aborto, por razones de objeción de conciencia. En este documento de orientación, la objeción de conciencia se define como la “práctica de los profesionales de la salud que rehúsan prestar atención para el aborto por motivos de conciencia personal o creencias religiosas”<sup>1</sup>.
2. Los informes indican que las instituciones y los profesionales de atención de la salud abusan cada vez más de esta negativa a prestar asistencia para el aborto, lo que genera un problema sistémico que en gran medida queda impune en todo el mundo<sup>2</sup>. Como explicó el Grupo de Trabajo en su informe de 2021 al Consejo de Derechos Humanos titulado “Los derechos en materia de salud sexual y reproductiva de las mujeres y las niñas en situaciones de crisis”, los derechos a los servicios de salud reproductiva, que incluyen la asistencia para el aborto seguro, son esenciales para la igualdad de género y están protegidos por el derecho internacional<sup>3</sup>. Cuando se abusa de la objeción de conciencia se vulneran los derechos fundamentales a la autonomía y a la capacidad de decisión en materia de salud reproductiva.
3. Diversos órganos de las Naciones Unidas creados en virtud de tratados de derechos humanos han hecho hincapié en que ninguna mujer o niña debe enfrentarse a barreras o verse privada de información y servicios de salud sexual y reproductiva debido a la denegación de atención o a la objeción de conciencia de los encargados de prestar servicios de salud<sup>4</sup>. En el caso de los Estados que permiten invocar la objeción de conciencia, existe una preocupación constante por las repercusiones de esta última en el acceso a los servicios de salud sexual y reproductiva<sup>5</sup>. Por ello, los órganos de tratados de las Naciones Unidas han afirmado que los Estados deben establecer y aplicar un marco regulador eficaz para garantizar que las denegaciones de atención no menoscaben ni obstaculicen el acceso de las mujeres y las niñas a estos servicios vitales<sup>6</sup>.
4. Este documento de orientación ofrece una visión general de la objeción de conciencia en el contexto de los derechos a la salud sexual y reproductiva, centrándose especialmente en el aborto. En él se expone la preocupación del Grupo de Trabajo por el ejercicio incontrolado de la objeción de conciencia en todo el mundo. A continuación, el Grupo de Trabajo formula recomendaciones para reformar la legislación y las políticas a fin de facilitar que los Estados que permiten la objeción de conciencia regulen eficazmente su ejercicio y

<sup>1</sup> Organización Mundial de la Salud (OMS), *Directrices sobre la atención para el aborto* (Ginebra, 2022), pág. xvi.

<sup>2</sup> Bernard M. Dickens, “Ethical misconduct by abuse of conscientious objection laws”, *Medicine and Law*, vol. 25 (2006), págs. 513 a 522; véase también Rebecca J. Cook y Bernard M. Dickens, “The growing abuse of conscientious objection”, *Virtual Mentor: Ethics Journal of the American Medical Association*, vol. 8, núm. 5 (2006), págs. 337 a 340; Asamblea Parlamentaria del Consejo de Europa, “Women’s access to lawful medical care: the problem of unregulated use of conscientious objection” (2010); puede consultarse en <https://pace.coe.int/en/files/12506/html>.

<sup>3</sup> [A/HRC/47/38](#), párrs. 8 y 20.

<sup>4</sup> Comité de Derechos Económicos, Sociales y Culturales, observación general núm. 22 (2016), párr. 43; Comité para la Eliminación de la Discriminación contra la Mujer, recomendación general núm. 24 (1999), párr. 11; Comité de los Derechos del Niño, observación general núm. 15 (2013), párr. 69; y Comité de Derechos Humanos, observación general núm. 36 (2018), párr. 8.

<sup>5</sup> Véanse, por ejemplo, [CCPR/CO/82/POL](#), párr. 8; [CCPR/C/POL/CO/6](#), párr. 12; [CCPR/C/POL/CO/7](#), párr. 23; [CCPR/C/COL/CO/7](#), párr. 21; [CCPR/C/ARG/CO/5](#), párr. 11; [CCPR/C/ITA/CO/6](#), párr. 16; [CEDAW/C/MEX/CO/9](#), párrs. 41 y 42; [CEDAW/C/ARG/CO/7](#), párr. 33; [CEDAW/C/CAN/CO/8-9](#), párrs. 40 y 41; [CEDAW/C/PRT/CO/7](#), párrs. 42 y 43; [E/C.12/POL/CO/5](#), párr. 28; y [CAT/C/POL/CO/5-6](#), párr. 23.

<sup>6</sup> Véanse, por ejemplo, Comité de Derechos Económicos, Sociales y Culturales, observación general núm. 22 (2016), párrs. 14 y 43; Comité para la Eliminación de la Discriminación contra la Mujer, recomendación general núm. 24 (1999), párrs. 11 y 13; [A/66/254](#), párr. 65 m); [CEDAW/C/HUN/CO/7-8](#), párrs. 30 y 31 d); [CEDAW/C/POL/CO/7-8](#), párr. 37 b) y c); [CEDAW/C/ARG/CO/7](#), párr. 33 c); [CEDAW/C/ITA/CO/7](#), párrs. 41 d) y 42 d); y [CCPR/C/ARG/CO/5](#), párrs. 11 y 12. Véase también [A/HRC/32/44](#), párr. 93.

eliminen los obstáculos a la efectividad de los derechos de salud sexual y reproductiva de las mujeres y las niñas.

5. Basándose en pruebas convincentes de académicos, profesionales y proveedores de asistencia sanitaria, este documento de orientación pone de relieve las barreras y dificultades a las que se enfrentan las mujeres y niñas que tratan de acceder a servicios de salud sexual y reproductiva. Esta información se recopiló a través de consultas con el Grupo de Trabajo, observaciones efectuadas durante varias visitas a países y referencias de las directrices sobre políticas para el aborto seguro de la Organización Mundial de la Salud (OMS) (2022)<sup>7</sup>. En definitiva, este documento de orientación tiene por objeto evaluar la objeción de conciencia en el marco de la igualdad de género y promover un enfoque basado en los derechos humanos que dé prioridad a los derechos de las mujeres y las niñas.

## II. Panorama global de la objeción de conciencia en el contexto del aborto

6. A nivel nacional, los enfoques jurídicos de la objeción de conciencia varían mucho. La formulación de las disposiciones reglamentarias y los mecanismos y el alcance de su aplicación difieren de un país a otro. Algunos países no abordan explícitamente la objeción de conciencia al aborto en su legislación nacional, lo que crea un vacío normativo que puede dar lugar a abusos y usos indebidos. Incluso aunque puede que estos países tengan leyes progresistas en materia de aborto, la falta de un marco claro que prohíba, limite o defina la objeción de conciencia puede obstaculizar el acceso a los servicios de aborto<sup>8</sup>.

7. Otros países, en cambio, han reconocido explícitamente el derecho a la objeción de conciencia en el contexto de la asistencia sanitaria<sup>9</sup>. Algunos han incorporado la objeción de conciencia en sus constituciones, estatutos o leyes de ética médica, o la han reconocido a través de sus tribunales superiores nacionales<sup>10</sup>. Cuando la objeción de conciencia está autorizada en virtud de leyes o políticas, algunos países reconocen los límites de tal derecho si este interfiere en el derecho de una persona embarazada a recibir atención oportuna o en la necesidad de hacer frente a los riesgos para la salud de otras personas<sup>11</sup>. Por ejemplo, la Ley de Interrupción del Embarazo de Zambia establece que no se exigirá a ninguna persona que

<sup>7</sup> OMS, *Directrices sobre la atención para el aborto*.

<sup>8</sup> Véase, por ejemplo, Amnistía Internacional, “Barriers to safe and legal abortion in South Africa” (2017). Véase también Sudáfrica, Departamento Nacional de Salud, “National clinical guideline for implementation of the Choice of Termination of Pregnancy Act” (2019), que esboza un protocolo estándar para la “denegación de asistencia por parte del proveedor directo”.

<sup>9</sup> Por ejemplo, Italia contempla el derecho a la objeción de conciencia en virtud de la Ley núm. 194 de 22 de mayo de 1978, relativa a la protección social de la maternidad y la interrupción voluntaria del embarazo. El artículo 9 de la Ley establece que “el personal sanitario y los trabajadores de la salud afines no estarán obligados a prestar asistencia en los procedimientos a que se refieren los artículos 5 y 7 ni en las interrupciones del embarazo si invocan una objeción de conciencia declarada previamente... La objeción de conciencia eximirá al personal sanitario y a los trabajadores de la salud afines de llevar a cabo procedimientos y actividades específica y necesariamente encaminados a provocar la interrupción del embarazo, pero no les eximirá de prestar asistencia previa y posterior a la mencionada interrupción”. Véase <https://www.freedomofresearch.org/wp-content/uploads/2019/11/9.1-Law-194-1978-on-protection-of-maternity-and-voluntary-interruption-of-pregnancy-English-trans.pdf>.

<sup>10</sup> Por ejemplo, las leyes sobre el aborto de la Argentina y Colombia pretenden regular el uso de la objeción de conciencia en lo tocante a los derechos reproductivos. Véase Beatriz Galli y Diya Uberoi, “Refusing reproductive health services on grounds of conscience in Latin America”, *Sur – International Journal on Human Rights*, vol. 13, núm. 24 (diciembre de 2016); Luisa Cabal, Mónica Arango Olaya y Valentina Montoya Robledo, “Striking a balance: conscientious objection and reproductive health care from the Colombia perspective”, *Health and Human Rights Journal*, vol. 16, núm. 2 (2014), págs. 78 a 80 (sobre Argentina, México y Uruguay); y <https://www.redaas.org.ar/conscientious-objection-map>.

<sup>11</sup> Por ejemplo, el Uruguay aplicó en 2012 una normativa que pretendía regular los límites de la objeción de conciencia y aclarar que la capacidad para alegarla puede ser revocada en cualquier momento. Véase Galli y Uberoi, “Refusing reproductive health services on grounds of conscience in Latin America”.

participe en un tratamiento al que tenga una objeción de conciencia, pero también señala que tales objeciones no pueden comprometer el deber existente de salvar la vida de una embarazada o evitar un daño permanente y grave para su salud física o mental<sup>12</sup>.

### Objeción de conciencia individual

8. Las disposiciones que regulan la objeción de conciencia para los particulares en el ejercicio de su profesión varían significativamente de un país a otro. Se ha observado que 41 países permiten que cualquier profesional sanitario invoque la objeción de conciencia al aborto, independientemente de su cercanía a la prestación de la asistencia, mientras que solo 9 países restringen explícitamente la objeción de conciencia a quienes practican abortos o participan directamente en este tipo de intervenciones<sup>13</sup>. Además, otro estudio reveló que solo 21 países establecen directamente que, en situaciones de emergencia en las que la vida de la mujer/persona embarazada esté en peligro, los profesionales sanitarios tienen la obligación de interrumpir el embarazo<sup>14</sup>.

9. El Grupo de Trabajo señala que todo enfoque basado en los derechos humanos para los Estados que deseen permitir el ejercicio de la objeción de conciencia requiere una definición estricta de la capacidad individual de los profesionales sanitarios para invocarla. Además, deben existir mecanismos de derivación (con sus correspondientes servicios) para garantizar que la objeción de conciencia no vulnere el acceso de las mujeres y las niñas a la atención de la salud. Asimismo, la Comisión Interamericana de Derechos Humanos publicó un informe en el que aclaraba que el ejercicio de la objeción de conciencia por parte de un profesional de la salud debe basarse en las convicciones de este y que el paciente debe ser derivado a otro profesional capacitado que esté dispuesto a prestar los servicios de salud sexual y reproductiva que le soliciten<sup>15</sup>. Por consiguiente, el Grupo de Trabajo subraya que cualquier enfoque reconocido de la objeción de conciencia está supeditado a la capacidad del Estado para proteger los derechos de los demás, específicamente de las mujeres y niñas que desean acceder a los servicios de salud sexual y reproductiva. La objeción de conciencia no puede reconocerse ni ejercerse sin limitaciones.

10. Además, un enfoque de la objeción de conciencia basado en los derechos humanos también exige que se tengan en cuenta las obligaciones éticas profesionales de los proveedores de servicios de salud. La Federación Internacional de Ginecología y Obstetricia ha afirmado que “el principal deber de conciencia de los proveedores de atención médica” es tratar, brindar beneficios y prevenir daños a los pacientes, así como abstenerse de denegar servicios esenciales<sup>16</sup>. La Federación Internacional de Ginecología y Obstetricia explicó que

<sup>12</sup> Termination of Pregnancy Act, *Laws of Zambia*, cap. 304 (13 de octubre de 1972), puede consultarse en <https://zambialii.org/akn/zm/act/1972/26/eng@1996-12-31>. Véase también Ministerio de Salud, *Standards and Guidelines for Comprehensive Abortion Care in Zambia* (junio de 2017), pág. 24, puede consultarse en <https://platform.who.int/docs/default-source/mca-documents/policy-documents/guideline/ZMB-RH-18-01-GUIDELINE-2017-eng-Consolidated-Updates-of-Standards-and-Guidelines-for-CAC-in-Zambia--MoH.pdf>.

<sup>13</sup> A. Ramón Michel, D. Repka y S. Ariza, “Mapa global de normas sobre objeción de conciencia en aborto” (Buenos Aires, Red de Acceso al Aborto Seguro de Argentina e IPAS, 2021) (indicadores “Permite la OC a cualquier personal de salud” y “Permite la OC solo a quienes realizan la práctica”), puede consultarse en <https://redaas.org.ar/objecion-de-conciencia/mapa-global-sobre-objecion-de-conciencia>. Es posible que esta cifra no tenga en cuenta los casos legales que limitan el alcance de la objeción de conciencia. Véase también Tribunal Supremo del Reino Unido de Gran Bretaña e Irlanda del Norte, *Greater Glasgow Health Board v. Doogan and Another*, [2014] UKSC 68, sentencia de 17 de diciembre de 2014.

<sup>14</sup> Antonella F. Lavelanet, Brooke Ronald Johnson Jr. y Bela Ganatra, “Global Abortion Policies Database: a descriptive analysis of the regulatory and policy environment related to abortion”, *Best Practice & Research Clinical Obstetrics & Gynaecology*, vol. 62 (2020), págs. 25 y 31.

<sup>15</sup> Comisión Interamericana de Derechos Humanos, “Acceso a la información en materia reproductiva desde una perspectiva de derechos humanos” (noviembre de 2011), párr. 95. La Comisión Interamericana confirmó en el párrafo 99 que los Estados deben “establecer procedimientos de referencia, así como las sanciones respectivas frente al incumplimiento de su obligación”.

<sup>16</sup> Federación Internacional de Ginecología y Obstetricia, “La objeción de conciencia: una barrera para el cuidado”, octubre de 2021.

la objeción de conciencia era “secundaria a este deber principal”<sup>17</sup>. Además, cuando se invoque la objeción de conciencia, los proveedores deben derivar debidamente a las pacientes para garantizar que las mujeres y niñas necesitadas puedan acceder a los servicios esenciales de manera oportuna<sup>18</sup>.

### Objeción de conciencia institucional

11. Algunos Estados permiten invocar la objeción de conciencia no solo a los profesionales sanitarios, sino también a las instituciones, y las autorizan a ello. Chile, Francia, la República de Moldova y el Uruguay reconocen formalmente la objeción de conciencia institucional<sup>19</sup>, que está permitida *de facto* en muchos otros países. Asimismo, se ha informado de que la objeción de conciencia a nivel institucional es una práctica generalizada también en países cuyas leyes la prohíben<sup>20</sup>, como en algunos hospitales religiosos o confesionales que siguen haciendo valer la objeción institucional a pesar de estar prohibida<sup>21</sup>. Cuando la institución se opone a prestar servicios de interrupción del embarazo en nombre de todo el personal, se dejan de prestar estos servicios aunque haya médicos que a título particular estén dispuestos a hacerlo<sup>22</sup>. Las instituciones que quieren invocar la objeción de conciencia en Estados que no reconocen esta práctica suelen lograrlo pidiendo a los nuevos contratados que firmen “voluntariamente” objeciones<sup>23</sup>. La cuestión de si los profesionales se oponen o no, a título individual, pasa a ser irrelevante en aquellos hospitales religiosos que se niegan a prestar asistencia relacionada con el aborto en general. El problema persiste a pesar de que los hospitales privados dependen a menudo de la financiación pública y pueden ser los únicos proveedores de asistencia sanitaria en determinadas zonas<sup>24</sup>. En Italia, por ejemplo, las autoridades o los hospitales tienen la obligación legal de garantizar que haya suficientes profesionales sanitarios no objetores para atender a quienes solicitan asistencia, con el fin de evitar la objeción institucional *de facto*. Sin embargo, el cumplimiento de esta obligación puede resultar difícil si se rechaza que las ofertas de empleo incluyan disposiciones relativas al aborto entre sus requisitos alegando discriminación religiosa<sup>25</sup>.

12. Toda ley que autorice la objeción de conciencia institucional es incompatible con un enfoque de la objeción de conciencia basado en los derechos humanos. El Grupo de Trabajo y la Relatora Especial sobre el derecho de toda persona al disfrute del más alto nivel posible de salud física y mental, así como las interpretaciones autorizadas de los órganos creados en virtud de tratados de derechos humanos, confirman que, cuando los Estados permiten la objeción de conciencia, deben garantizar que no se limite el acceso de las mujeres y las niñas a los servicios, y que la objeción de conciencia sea una práctica personal, no institucional<sup>26</sup>.

<sup>17</sup> *Ibid.*

<sup>18</sup> *Ibid.*

<sup>19</sup> A. Ramón Michel, D. Repka y S. Ariza, “Mapa global de normas sobre objeción de conciencia en aborto” (Red de Acceso al Aborto Seguro de Argentina e IPAS, 2020), puede consultarse en [https://redaas.org.ar/wp-content/uploads/REDAAS\\_MapaOC\\_Indicadores-Indicadores-Reconocen-La-OC-institucional-v2.pdf](https://redaas.org.ar/wp-content/uploads/REDAAS_MapaOC_Indicadores-Indicadores-Reconocen-La-OC-institucional-v2.pdf).

<sup>20</sup> La Izquierda Diario, “Aborto legal: el Hospital Privado de Córdoba se declaró ‘objector institucional’”, 29 de enero de 2021, disponible en <https://www.laizquierdadiario.com/Aborto-legal-el-Hospital-Privado-de-Cordoba-se-declaro-objector-institucional>; y La Voz, “Aborto: objeción de conciencia en varios hospitales cordobeses”, 30 de enero de 2021, disponible en <https://www.lavoz.com.ar/ciudadanos/aborto-objecion-de-conciencia-en-varios-hospitales-cordobeses>.

<sup>21</sup> Lauren R. Fink y otros, ‘The fetus is my patient, too’: attitudes toward abortion and referral among physician conscientious objectors in Bogotá, Colombia”, *International Perspectives on Sexual and Reproductive Health*, vol. 42, núm. 2 (2016), págs. 71 y 74.

<sup>22</sup> Wendy Chavkin, Laurel Swerdlow y Jocelyn Fifield, “Regulation of conscientious objection to abortion: an international comparative multiple-case study”, *Health and Human Rights Journal*, vol. 19, núm. 1 (2017), págs. 59 y 60.

<sup>23</sup> *Ibid.*

<sup>24</sup> *Ibid.* págs. 55 y 59.

<sup>25</sup> *Ibid.*

<sup>26</sup> Véase por ejemplo, A/HRC/32/44, párr. 93; A/66/254, párrs. 24 y 65 m); A/HRC/29/40/Add.3, párr. 77; E/C.12/POL/CO/5, párr. 28; CEDAW/C/POL/CO/6, párr. 25; y CEDAW/C/SVK/CO/4, párr. 29.

La jurisprudencia del Tribunal Europeo de Derechos Humanos<sup>27</sup> y de varios tribunales nacionales<sup>28</sup> afirma igualmente esas limitaciones. Los Estados que permiten la objeción de conciencia deben restringirla a la persona que va a llevar a cabo directamente la intervención médica y permitirla únicamente cuando pueda encontrarse una alternativa para que la paciente acceda al tratamiento en el plazo necesario<sup>29</sup>. Varios organismos regionales de derechos humanos, como la Comisión Africana de Derechos Humanos y de los Pueblos, han declarado que el ejercicio de la objeción de conciencia corresponde al personal sanitario directamente implicado y no así a las instituciones<sup>30</sup>. La Comisión Interamericana de Derechos Humanos, al examinar un caso de un tribunal nacional, señaló varios factores relevantes respecto de la objeción de conciencia como, por ejemplo, que esta última “es una decisión individual y no institucional o colectiva”<sup>31</sup>.

### III. Tendencias preocupantes de la objeción de conciencia

#### La objeción de conciencia como obstáculo a la atención de la salud

13. El Grupo de Trabajo ha expresado su preocupación por el hecho de que los profesionales sanitarios invoquen la objeción de conciencia para justificar su negativa a compartir información sobre la interrupción del embarazo. Negarse a dar esta información tiene consecuencias perjudiciales para la salud y la seguridad de las mujeres y las niñas<sup>32</sup>. Las pruebas demuestran que a menudo se retrasa la atención, incluso en casos de emergencia en los que el aborto es necesario para salvar la vida de la embarazada<sup>33</sup>, lo que indica que la objeción de conciencia contribuye a aumentar la mortalidad y la morbilidad relacionadas con el aborto<sup>34</sup>.

14. El Grupo de Trabajo ha destacado también el aumento de los riesgos para la vida y la salud causados por estas denegaciones de atención durante las crisis, como catástrofes naturales, conflictos y otras perturbaciones, que aumentan la vulnerabilidad de las mujeres y las niñas<sup>35</sup>. El Grupo de Trabajo y el Comité de Derechos Humanos afirman que, dada la importancia del acceso a los servicios de salud sexual y reproductiva, incluidos los relacionados con el aborto, para la igualdad de las mujeres y las niñas, los Estados que permiten la objeción de conciencia deben seguir garantizando que no se limite el acceso de las mujeres y las niñas a estos servicios<sup>36</sup>.

15. Los Estados que contemplan la objeción de conciencia deben regular todas las denegaciones de atención y garantizar que cualquier reconocimiento legal de la objeción de conciencia no cree un obstáculo para las mujeres y las niñas en el ejercicio de su derecho a acceder a los servicios de salud sexual y reproductiva<sup>37</sup>.

<sup>27</sup> Véase, por ejemplo, *R. R. v. Poland*, demanda núm. 27617/04, sentencia de 26 de mayo de 2011, párr. 206; y *P. and S. v. Poland*, demanda núm. 57375/08, sentencia de 30 de octubre de 2012, párr. 106.

<sup>28</sup> Véase, por ejemplo, Corte Constitucional de Colombia, sentencia núm. T-209/08 de 28 de febrero de 2008, párr. 4.3, puede consultarse en <https://www.globalhealthrights.org/wp-content/uploads/2013/10/T-209-08-Colombia-2008.pdf>.

<sup>29</sup> A/HRC/32/44, párr. 108 g).

<sup>30</sup> Comisión Africana de Derechos Humanos y de los Pueblos, observación general núm. 2 sobre los artículos 14.1 a), b), c) y f) y 14.2 a) y c) del Protocolo de la Carta Africana de Derechos Humanos y de los Pueblos relativo a los Derechos de la Mujer en África (2014), párr. 26.

<sup>31</sup> Comisión Interamericana de Derechos Humanos, “Acceso a la información en materia reproductiva desde una perspectiva de derechos humanos”, párr. 97.

<sup>32</sup> A/HRC/32/44, párr. 82.

<sup>33</sup> OMS, *Directrices sobre la atención para el aborto*, pág. 67.

<sup>34</sup> *Ibid.* La OMS ha observado además que “algunos trabajadores de la salud invocan la objeción de conciencia y se niegan a practicar el aborto en el sector público, mientras que lo practican a cambio de una remuneración en sus consultas privadas”.

<sup>35</sup> A/HRC/47/38, párrs. 27 y 77 e).

<sup>36</sup> A/HRC/32/44, párr. 93; véase también CCPR/C/POL/CO/7, párr. 24 a); y CCPR/C/COL/CO/7, párrs. 20 y 21.

<sup>37</sup> A/HRC/32/44, párr. 93. Tras su visita a Polonia, el Grupo de Trabajo expresó preocupación por la ineficacia del marco regulador del país y la invocación indebida de la objeción de conciencia, que

16. El Relator Especial sobre el derecho de toda persona al disfrute del más alto nivel posible de salud física y mental llegó igualmente a la conclusión de que las leyes que permiten la objeción de conciencia pueden vulnerar el derecho a la salud obstaculizando la prestación de servicios y la información sobre el aborto. Estas barreras pueden hacer que los abortos seguros y la atención posterior al aborto sean funcionalmente inaccesibles, especialmente para las mujeres jóvenes, desplazadas y con bajos ingresos, y reforzar el estigma relacionado con el aborto<sup>38</sup>. Además, la negativa a prestar servicios de salud sexual y reproductiva exagera las desigualdades existentes. Las mujeres y niñas marginadas tienen más dificultades para acceder a los servicios o que se las derive al especialista oportuno debido, entre otras razones, a la dinámica de poder entre proveedores de atención de la salud y pacientes. Por consiguiente, la objeción de conciencia afecta de manera desproporcionada a las pacientes más marginadas y vulnerables, al dificultar o imposibilitar el acceso a los servicios relacionados con el aborto para muchas de ellas, incluso en países donde las pacientes tienen derecho legal a recibir esa atención.

17. Las organizaciones no gubernamentales sobre el terreno han confirmado que la objeción de conciencia supone un obstáculo importante para la asistencia sanitaria, especialmente para las mujeres y las niñas. La Federación Internacional de Ginecología y Obstetricia ha reconocido que la invocación no regulada de la objeción de conciencia al aborto es un “fenómeno mundial generalizado” que “constituye una barrera a [los servicios relacionados con el aborto] para muchas mujeres y niñas”<sup>39</sup>. La OMS también ha reconocido que la negativa a prestar servicios de aborto por motivos de creencias o conciencia constituye una “barrera para el acceso a un aborto seguro y oportuno”<sup>40</sup> y que “la ausencia de reglamentación sobre la objeción de conciencia o la negativa a prestar servicios de aborto por razones de conciencia puede dar lugar a violaciones de los derechos humanos, o llevar a las mujeres a recurrir a abortos peligrosos”<sup>41</sup>.

#### **Problemas para la derivación oportuna de pacientes**

18. La denegación de la prestación de servicios de aborto basada en la objeción de conciencia y autorizada por el Estado debe estar supeditada a que se derive oportunamente a las pacientes, garantizando que el acceso al servicio no se vea comprometido por retrasos o denegaciones. Sin embargo, en la práctica, los requisitos de derivación son incoherentes. La Federación Internacional de Ginecología y Obstetricia afirma que “siempre que el ejercicio de la objeción de conciencia dé lugar a retrasos, aumente la carga de las mujeres y las niñas

---

provocaba que hubiese zonas en las que no se podía recurrir al aborto. También criticó el requisito de que las píldoras anticonceptivas de emergencia tuviesen que ser suministradas por médicos. Esta regulación excesiva ha permitido que médicos y farmacéuticos impidan el acceso negándose a recetar o vender píldoras a pesar de que ese ejercicio de la objeción de conciencia es ilegal. Véase [A/HRC/41/33/Add.2](#), párrs. 47, 51 y 85 c).

<sup>38</sup> [A/66/254](#), párr. 24. Los órganos de derechos humanos han criticado a Italia por el elevado número de objetores de conciencia y su distribución por todo el país, lo que ha obligado a las mujeres a desplazarse a otras regiones o al extranjero para acceder a asistencia relacionada con el aborto. Véase [CCPR/C/ITA/CO/6](#), párr. 16; Comité Europeo de Derechos Sociales, *International Planned Parenthood Federation - European Network (IPPF EN) v. Italy*, demanda núm. 87/2012, decisión sobre el fondo de 10 de septiembre de 2013; y Comité Europeo de Derechos Sociales, *Confederazione Generale Italiana del Lavoro (CGIL) v. Italy*, demanda núm. 91/2013, decisión sobre la admisibilidad y el fondo de 12 de octubre de 2015.

<sup>39</sup> Federación Internacional de Ginecología y Obstetricia, “La objeción de conciencia: una barrera para el cuidado”.

<sup>40</sup> *Directrices sobre la atención para el aborto*, pág. 67. véanse también la observación general núm. 22 (2016) del Comité de Derechos Económicos, Sociales y Culturales relativa al derecho a la salud sexual y reproductiva, párrs. 8 y 14; [A/53/38/Rev.1](#), primera parte, párr. 109; [A/52/38/Rev.1](#), segunda parte, párr. 353; y [A/63/38](#), segunda parte, párrs. 42 y 43.

<sup>41</sup> OMS, *Directrices sobre la atención para el aborto*, pág. 67; véase también [CCPR/C/POL/CO/7](#), párr. 23; Tribunal Europeo de Derechos Humanos, *P. and S. v. Poland*, párr. 106; y Comité Europeo de Derechos Sociales, *International Planned Parenthood Federation European Network (IPPF EN) v. Italy*.

o las prive de acceso a los servicios, ya no debería aceptarse como objeción de conciencia, sino definirse como una denegación injustificada de los servicios de salud<sup>42</sup>.

19. Solo 29 países exigen explícitamente que los proveedores de atención médica que invoquen la objeción de conciencia deriven a las pacientes que quieran abortar a otro profesional<sup>43</sup>, y las obligaciones que se les imponen para garantizar una derivación efectiva varían notablemente de un país a otro<sup>44</sup>. En 2015, por ejemplo, el Tribunal Constitucional de Polonia afirmó que, al alegar objeción de conciencia, los médicos ya no estaban obligados a derivar a las pacientes a otro médico cualificado y dispuesto a atenderlas<sup>45</sup>. Tales retrocesos en la regulación de la objeción de conciencia muestran una erosión de las protecciones jurídicas existentes para el acceso oportuno a la asistencia para el aborto.

20. Por otro lado, muchos de los mecanismos de derivación existentes han supuesto obstáculos adicionales para acceder oportunamente a la atención médica, exigiendo a menudo a las pacientes que naveguen por un proceso de derivación “tortuoso y engorroso”<sup>46</sup>. Estas dificultades pueden poner en peligro la vida de las mujeres si hacen que se supere el plazo legal para interrumpir el embarazo o alargan el período de gestación, lo que provocaría que fuesen necesarias intervenciones más complejas o plantearía nuevos riesgos para la salud.

### Uso indebido de las disposiciones vigentes relativas a la objeción de conciencia

21. El Grupo de Trabajo está profundamente preocupado por el mal uso de la objeción de conciencia, que se ha invocado de forma incoherente en diversos contextos, sin tener debidamente en cuenta los derechos a la salud sexual y reproductiva de las mujeres y las niñas<sup>47</sup>. En algunos países, los proveedores de servicios de salud pueden decidir qué abortos practican y cuáles no según el caso, en función de su opinión subjetiva sobre si el procedimiento está justificado<sup>48</sup>. Ello conlleva una disponibilidad de servicios *ad hoc* que resulta incongruente y que a menudo refuerza el sesgo de género. En otros países, el recurso generalizado a la objeción de conciencia ha provocado que haya zonas geográficas enteras en las que no se puede acceder a proveedores de atención de salud. Además, cuando la ley sobre la objeción de conciencia es ambigua o vaga, muchos profesionales sanitarios no saben con certeza si está regulada o no y cómo, por lo que desconocen en qué casos debe practicarse legalmente el aborto<sup>49</sup>. Esta incertidumbre ha llevado a algunos profesionales sanitarios a invocar indebidamente la objeción de conciencia por temor a posibles responsabilidades, denuncias, demandas<sup>50</sup>, acoso policial o sanciones legales<sup>51</sup>.

<sup>42</sup> Federación Internacional de Ginecología y Obstetricia, “La objeción de conciencia: una barrera para el cuidado”.

<sup>43</sup> Lavelanet, Johnson y Ganatra, “Global Abortion Policies Database”, pág. 31.

<sup>44</sup> En Mozambique, los profesionales que invoquen la objeción de conciencia han de asegurarse de que la paciente sea derivada a otro proveedor de atención de la salud que se encargue de practicar el procedimiento. En Bélgica, la obligación se cumple si se facilitan a la mujer los datos de contacto de un proveedor de servicios abortivos y se ponen todos los historiales médicos a disposición de este último. Véase Mozambique, *Boletim da República, Publicação Oficial da República de Moçambique I série* – núm. 147 (2017), art. 5, párr. 3; Fien De Meyer, “Abortion law reform in Europe: the 2018 Belgian and Irish Acts on termination of pregnancy”, *Medical Law International*, vol. 20, núm. 1 (2020); y Lavelanet, Johnson y Ganatra, “Global Abortion Policies Database”, pág. 31.

<sup>45</sup> A/HRC/41/33/Add.2, párr. 51.

<sup>46</sup> OMS, *Directrices sobre la atención para el aborto*, pág. 67.

<sup>47</sup> Kathleen M. Morrell y Wendy Chavkin, “Conscientious objection to abortion and reproductive healthcare: a review of recent literature and implications for adolescents”, *Current Opinion in Obstetrics and Gynecology*, vol. 27, núm. 5 (2015), págs. 333 y 336.

<sup>48</sup> OMS, *Directrices sobre la atención para el aborto*, pág. 68.

<sup>49</sup> Stephanie Andrea Küng y otros, “‘We don’t want problems’: reasons for denial of legal abortion based on conscientious objection in Mexico and Bolivia”, *Reproductive Health*, vol. 18, núm. 1 (2021), pág. 5.

<sup>50</sup> *Ibid.* págs. 5 y 6.

<sup>51</sup> Estado Plurinacional de Bolivia, Defensoría del Pueblo, *Situación de la Interrupción Legal del Embarazo como Derecho Humano de las Mujeres* (2020), puede consultarse en <https://www.defensoria.gob.bo/uploads/files/situacion-de-la-interrupcion-legal-del-embarazo-como-derecho-humano-de-las-mujeres.pdf>.

22. El Grupo de Trabajo reconoce también que la objeción de conciencia debe basarse en valores morales auténticos y personales<sup>52</sup>. El ejercicio de ese derecho por “motivos ajenos a la conciencia” constituye un uso indebido<sup>53</sup>. Cuando el aborto está estigmatizado y penalizado, puede provocar que se haga un “uso defensivo” de la objeción de conciencia<sup>54</sup>.

#### **Repercusiones negativas en los sistemas y proveedores de atención de la salud**

23. La objeción de conciencia no regulada tiene consecuencias no solo para quienes quieren abortar, sino también para los sistemas de salud y los profesionales sanitarios no objetores. Se ha demostrado que cuando la objeción de conciencia está generalizada, ejerce presión sobre los sistemas de salud, pues aumenta la carga de trabajo de los profesionales no objetores y se estigmatiza la prestación de servicios de aborto, lo que a su vez repercute negativamente en las decisiones profesionales de los profesionales no objetores y, en última instancia, reduce la disponibilidad de profesionales cualificados<sup>55</sup>. Si la reglamentación de la objeción de conciencia es poco clara, no se aplica o no existe, esto puede suponer, para los trabajadores de los sistemas de salud, cargas administrativas, dudas a la hora de ofrecer servicios de aborto, conflictos en el lugar de trabajo y debilidad en las estructuras organizativas necesarias para la prestación de servicios de aborto seguro<sup>56</sup>.

### **IV. Replantear la objeción de conciencia desde una perspectiva de género**

24. La autonomía en la toma de decisiones reproductivas es fundamental para los derechos de las mujeres y las niñas a la igualdad y a la privacidad<sup>57</sup>. La autonomía reproductiva es esencial en cuestiones de integridad física y psicológica. Los órganos creados en virtud de tratados de derechos humanos han constatado sistemáticamente que negar o restringir el acceso a los servicios de salud sexual y reproductiva socava la autonomía reproductiva de las mujeres y las niñas, viola su derecho a la privacidad y a la igualdad, y puede vulnerar su derecho a la vida, a la salud y a no sufrir tortura o malos tratos<sup>58</sup>. El abuso generalizado de la objeción de conciencia individual e institucional obstaculiza la capacidad de las mujeres y las niñas para ejercer plenamente estos derechos, lo que subraya la necesidad de que se produzcan cambios significativos en los enfoques jurídicos y normativos de los países que reconocen la objeción de conciencia.

25. De cara al futuro, los Estados, las instituciones y los proveedores de atención de salud deben reconocer el sesgo patriarcal inherente y los estereotipos de género que impregnan los sistemas, las estructuras, las leyes, las políticas y los protocolos sanitarios. Estos prejuicios afloran cuando los profesionales sanitarios expresan su malestar por practicar abortos en casos de violación porque desconfían de las pacientes que alegan haber sido violadas como motivo para interrumpir el embarazo, o porque creen que la paciente “actuó de manera irresponsable” al quedarse embarazada<sup>59</sup>. Estas decisiones suelen estar arraigadas en estereotipos nocivos y discriminatorios, que mantienen a las mujeres y las niñas en posiciones subordinadas al recortar su autonomía y su capacidad de acción. Cuando la objeción de conciencia es excesivamente inclusiva y está regulada de forma inadecuada o poco clara, permite que estas nociones discriminatorias impregnen las prácticas sanitarias. Los daños causados van más allá de los retrasos en la atención o la denegación de la misma, ya que las

<sup>52</sup> Zoe L. Tongue, “On conscientious objection to abortion: questioning mandatory referral as compromise in the international human rights framework”, *Medical Law International*, vol. 22, núm. 4 (2022), pág. 357, en referencia a Stephen W. Smith, “Individualised claims of conscience, clinical judgement and best interests”, *Health Care Analysis*, vol. 26, núm. 1 (2018), pág. 83.

<sup>53</sup> Tongue, “On conscientious objection to abortion”, pág. 357.

<sup>54</sup> *Ibid.*

<sup>55</sup> OMS, *Directrices sobre la atención para el aborto*, pág. 67.

<sup>56</sup> *Ibid.*

<sup>57</sup> Pacto Internacional de Derechos Civiles y Políticos, arts. 3 y 17.

<sup>58</sup> Véanse, por ejemplo, *Llantoy Huamán c. el Perú* (CCPR/C/85/D/1153/2003), párrs. 6.4 a 6.6; y *L. C. c. el Perú* (CEDAW/C/50/D/22/2009), párr. 8.15.

<sup>59</sup> Küng y otros, ““We don’t want problems””, pág. 6.

mujeres, las niñas y otras personas gestantes a menudo sufren estigmatización, vergüenza y estrés cuando tratan de ejercer sus derechos de salud sexual y reproductiva en esos contextos, lo que menoscaba su dignidad.

26. Habida cuenta de que la objeción de conciencia tiene graves repercusiones en la salud y la vida de las mujeres y las niñas y vulnera su autonomía, su capacidad de acción y sus derechos humanos, es necesario definir y regular claramente los límites jurídicos y éticos de la capacidad de los profesionales de la salud para negarse a prestar servicios en centros sanitarios basándose en su conciencia y sus creencias individuales. El Grupo de Trabajo sostiene que la autonomía reproductiva es crucial para reconocer la dignidad de todos los seres humanos, su competencia para tomar decisiones racionales y su derecho a tomarlas con conocimiento de causa. Así pues, esta autonomía debe preservarse y tener cabida en los contextos que reconocen la objeción de conciencia.

## V. Ponderar el derecho incondicional a la igualdad con la libertad de religión o de creencias

27. El ejercicio ilimitado de la objeción de conciencia en el contexto de la atención al aborto niega y vulnera los derechos a la salud sexual y reproductiva de las mujeres y las niñas y atenta contra su derecho a la igualdad. Los Estados pueden optar por reconocer la objeción de conciencia si este reconocimiento responde<sup>60</sup> a objetivos legítimos y se ajusta a la proporcionalidad que exige el reconocimiento y la protección por igual de los derechos a la salud sexual y reproductiva de todas las mujeres y niñas.

28. El Relator Especial sobre la libertad de religión o de creencias ha explicado que “el derecho universal a la igualdad es un derecho incondicional, mientras que la obligación de promover el derecho a manifestar la religión o las creencias puede ser objeto de limitación cuando sea necesario para proteger los derechos de los demás”<sup>61</sup>. El Relator Especial expresó especial preocupación por “el uso de la objeción de conciencia por parte de las instituciones y los profesionales sanitarios que no están dispuestos a practicar abortos [...] por motivos religiosos”<sup>62</sup>. Si bien los ajustes razonables pueden ser un “instrumento pragmático” para que los Estados “superen la intolerancia y la discriminación basadas en la religión o las creencias”, el Relator Especial señaló que “es difícil justificar ajustes realizados en favor de creencias religiosas cuando las consecuencias son discriminatorias y conllevan daños a terceros, especialmente a grupos que pueden haber sufrido discriminación y marginación durante mucho tiempo”<sup>63</sup>.

29. Por consiguiente, cualquier protección que el Estado proporcione a las personas para manifestar su religión o sus creencias en entornos laborales del ámbito sanitario no puede suponer la denegación del derecho de las mujeres y las niñas a la no discriminación, a la integridad física y mental y al acceso a los servicios de salud reproductiva. Si bien toda persona tiene derecho a la libertad de pensamiento, conciencia y religión, el derecho a manifestar las propias creencias (o actuar en consecuencia de estas) puede ser limitado razonablemente por el Estado para proteger la salud y la libertad de los demás<sup>64</sup>. Los ajustes razonables por creencias religiosas no pueden imponer “una carga desproporcionada o indebida” a la capacidad de los demás para ejercer sus derechos<sup>65</sup>. Así, los Estados deben regular adecuadamente la objeción de conciencia, lo que implica establecer mecanismos que

<sup>60</sup> Véase [A/HRC/41/33/Add.2](#), párrs. 47, 51 y 85 c).

<sup>61</sup> [A/HRC/43/48](#), párr. 68.

<sup>62</sup> *Ibid.*, párr. 43.

<sup>63</sup> *Ibid.*, párr. 71.

<sup>64</sup> *Ibid.*, párrs. 59 y 60 (citando la Declaración Universal de Derechos Humanos, art. 30; y el Pacto Internacional de Derechos Civiles y Políticos, art. 5).

Véase también Tribunal Europeo de Derechos Humanos, *Eweida and Others v. United Kingdom*, demandas núms. 48420/10, 59842/10, 51671/10 y 36516/10, sentencia de 15 de enero de 2013, párr. 106. El Tribunal Europeo de Derechos Humanos ha confirmado que la imposición de consecuencias por el incumplimiento de un deber legal es una limitación aceptable del derecho a la objeción de conciencia.

<sup>65</sup> [A/HRC/43/48](#), párr. 65 (citando a [A/HRC/69/261](#), párr. 59).

proporcionen alternativas accesibles cuando el reconocimiento de la objeción de conciencia haga impracticable el ejercicio de los derechos de salud sexual y reproductiva, incluida la asistencia para el aborto.

## VI. Enfoques y cambios prometedores

30. Los principales órganos regionales de derechos humanos han proporcionado orientaciones significativas sobre los límites de la objeción de conciencia en el contexto de la asistencia relacionada con el aborto. En su observación general núm. 2 sobre el artículo 14 del Protocolo de la Carta Africana de Derechos Humanos y de los Pueblos relativo a los Derechos de la Mujer en África, la Comisión Africana de Derechos Humanos y de los Pueblos estableció que los “Estados partes debían garantizar especialmente que los servicios de salud y los proveedores de asistencia sanitaria no negasen a las mujeres el acceso a información y servicios de anticoncepción/planificación familiar y aborto seguro debido, por ejemplo, a exigencias de terceros o por motivos de objeción de conciencia”<sup>66</sup>. La Comisión Africana declaró además que no podía invocarse el derecho a la objeción de conciencia en el caso de una mujer cuya salud estuviese en grave riesgo y cuyo estado requiriese atención o atención de urgencia<sup>67</sup>. Además, la Comisión Interamericana de Derechos Humanos ha reconocido que la objeción de conciencia no puede utilizarse como “mecanismo de discriminación y vulneración de los derechos fundamentales de las mujeres”<sup>68</sup>.

31. A nivel estatal, están empezando a surgir varias prácticas prometedoras. Algunos países, como Etiopía, Finlandia y Suecia, han adoptado un enfoque de la objeción de conciencia basado en los derechos humanos que protege debidamente los derechos de la mujer<sup>69</sup>. Etiopía prohíbe específicamente que los profesionales sanitarios se nieguen a prestar servicios de aborto, mientras que Suecia y Finlandia se han negado a reconocer el derecho a la objeción de conciencia en el contexto de los servicios de aborto<sup>70</sup>. Por otro lado, Noruega ha impuesto a los centros sanitarios la obligación legal de garantizar el acceso y exige a los hospitales públicos que presten servicios de aborto con independencia de que los profesionales del centro se hayan acogido a la objeción de conciencia<sup>71</sup>.

32. En un caso notorio, un tribunal laboral sueco sostuvo que una matrona que no había sido contratada por tres clínicas de mujeres porque se negaba a practicar abortos no había logrado demostrar que la decisión de empleo vulnerase su derecho a manifestar su religión. El tribunal señaló, además, que cualquier injerencia en la religión perseguía el objetivo legítimo de proteger la salud de las mujeres que querían interrumpir su embarazo y que el Gobierno de Suecia tenía la obligación de garantizar el acceso al aborto<sup>72</sup>.

33. Varios países imponen también obligaciones formales a los profesionales objetores<sup>73</sup>, como la de registrar su objeción, motivar su decisión de invocar la objeción de conciencia, informar a las pacientes al respecto y derivarlas a otros servicios. En México, la Suprema Corte de Justicia sostuvo recientemente que “la objeción de conciencia no es una restricción del derecho a la salud” y “en ninguna circunstancia puede tener como resultado la denegación

<sup>66</sup> Véase el párrafo 48.

<sup>67</sup> *Ibid.*, párr. 26.

<sup>68</sup> Comisión Interamericana de Derechos Humanos, “Acceso a la información en materia reproductiva desde una perspectiva de derechos humanos”, párr. 98.

<sup>69</sup> A. Ramón Michel, D. Repka y S. Ariza, “Mapa global de normas sobre objeción de conciencia en aborto” (países incluidos en el indicador “Prohibición”).

<sup>70</sup> Center for Reproductive Rights, “Law and policy guide: conscientious objection”, puede consultarse en <https://reproductiverights.org/maps/worlds-abortion-laws/law-and-policy-guide-conscientious-objection> (en el que se cita, traducido, el artículo 84 del Reglamento núm. 299/2013, relativo a la administración y control de alimentos, medicamentos y productos sanitarios, que establece que “un profesional sanitario no puede negarse, por motivos de creencias personales, a prestar servicios como anticonceptivos, aborto legal y transfusiones sanguíneas”).

<sup>71</sup> Chavkin, Swerdlow y Fifield, “Regulation of conscientious objection to abortion”, págs. 55 y 60.

<sup>72</sup> Examinado en Tribunal Europeo de Derechos Humanos, *Grimmark v. Sweden*, demanda núm. 43726/17, decisión de 12 de marzo de 2020, párrs. 14 y 15.

<sup>73</sup> A. Ramón Michel, D. Repka y S. Ariza, “Mapa global de normas sobre objeción de conciencia en aborto” (indicadores “Exige formalidad para ejercer OC” e “Impone deberes a quienes ejerzan OC”).

de los servicios de salud a las personas que acuden a las instituciones sanitarias<sup>74</sup>. Por consiguiente, los profesionales objetores deben informar rápidamente a sus pacientes sobre su objeción y derivarlas sin demora a profesionales no objetores<sup>75</sup>.

34. En 2021, en Nueva Zelanda, el Tribunal Superior confirmó las disposiciones legislativas de la recién aprobada Ley de Legislación sobre el Aborto, por las que se exigía a quienes se acogían a la objeción de conciencia para no prestar servicios de aborto que comunicasen su objeción a la paciente “a la mayor brevedad” y la informasen de cómo acceder a los datos de contacto del “proveedor más cercano”<sup>76</sup>. El Tribunal explicó que la obligación de derivar a la paciente era “la contrapartida del derecho a objetar en conciencia en todo supuesto”<sup>77</sup>. El Tribunal reconoció el “nexo” entre el acceso oportuno a la atención para el aborto y los derechos humanos fundamentales de la mujer<sup>78</sup>.

35. Colombia también reconoce, de manera similar, la obligación de los objetores de derivar a las pacientes, así como, en términos más generales, la existencia de un nexo entre la libertad de conciencia de las mujeres y la asistencia para el aborto. La Corte Constitucional de Colombia ha afirmado que los médicos que invoquen la objeción de conciencia en el contexto de la asistencia para el aborto deben derivar inmediatamente a su paciente a un médico que esté dispuesto a realizar el procedimiento<sup>79</sup>. En 2022, la Corte Constitucional de Colombia reconoció además el derecho a la libertad de conciencia de las mujeres como un componente de su dignidad, refiriéndose a él como “una nueva razón para despenalizar el aborto”<sup>80</sup>. La Corte Constitucional subrayó que el derecho de las mujeres a tomar decisiones de acuerdo con sus propias convicciones y creencias morales se veía alterado cuando se les impedía interrumpir embarazos no deseados<sup>81</sup>.

36. Más recientemente, en mayo de 2023, el Tribunal Constitucional de España defendió unos parámetros estrechos para poder invocar la objeción de conciencia y estableció obligaciones adicionales para los profesionales sanitarios objetores. El Tribunal reconoció el derecho a la objeción de conciencia únicamente a los profesionales directamente implicados en intervenciones clínicas, excluyendo a los implicados en “actuaciones auxiliares, administrativas o de apoyo instrumental”. El Tribunal razonó que cualquier otra ampliación de la objeción de conciencia “no solo carecería de fundamento constitucional, sino que pondría en riesgo extremo la efectividad de la prestación sanitaria que se considera”<sup>82</sup>. El Tribunal afirmó también que exigir a los proveedores que manifiesten su objeción “anticipadamente” y “por escrito” son ambas “condiciones de ejercicio del derecho razonables y proporcionadas, que no vulneran en sí mismas el artículo 16, párrafo 2) [...] (de la Constitución de España)”<sup>83</sup>.

<sup>74</sup> Procuraduría de los Derechos Humanos de la Suprema Corte de Justicia de la Nación, “Extracto de la Acción de Inconstitucionalidad núm. 54/2018” (2021), págs. 1 y 2, puede consultarse en <https://www.scjn.gob.mx/derechos-humanos/sites/default/files/sentencias-emblematicas/resumen/2022-06/Resumen%20AI54-2018%20DGDH.pdf>.

<sup>75</sup> *Ibid.*, pág. 2.

<sup>76</sup> Tribunal Superior de Nueva Zelanda, *New Zealand Health Professionals Alliance Incorporated v. Attorney-General*, [2021] NZHC 2510, sentencia de 23 de septiembre de 2021, párr. 53, inciso 2, puede consultarse en [https://www.law.utoronto.ca/sites/default/files/documents/reprohealth/nz\\_2021\\_hpa\\_v\\_attorney-general.pdf](https://www.law.utoronto.ca/sites/default/files/documents/reprohealth/nz_2021_hpa_v_attorney-general.pdf).

<sup>77</sup> *Ibid.*, párr. 122.

<sup>78</sup> *Ibid.*, párr. 3.

<sup>79</sup> Corte Constitucional de Colombia, sentencia núm. T-209/08, párr. 4.6 (citando Corte Constitucional de Colombia, sentencia núm. C-355/06 (2006)).

<sup>80</sup> Isabel C. Jaramillo Sierra, “The new Colombian law on abortion”, *International Journal of Gynaecology and Obstetrics*, vol. 160, núm. 1 (2023), pág. 347.

<sup>81</sup> *Ibid.*

<sup>82</sup> Tribunal Constitucional de España, sentencia núm. 44/2023, de 9 de mayo de 2023, puede consultarse en [https://www.boe.es/diario\\_boe/txt.php?id=BOE-A-2023-13955](https://www.boe.es/diario_boe/txt.php?id=BOE-A-2023-13955).

<sup>83</sup> *Ibid.*

## VII. Conclusiones y recomendaciones del Grupo de Trabajo

37. El Grupo de Trabajo subraya la importancia de adoptar un enfoque basado en los derechos humanos para hacer efectiva la igualdad de género a la hora de regular la objeción de conciencia a nivel mundial. Los Estados deben velar por que el derecho incondicional de las mujeres y las niñas a la igualdad, la autonomía y la privacidad ocupe un lugar central en todas las leyes, políticas y prácticas de salud sexual y reproductiva, incluida la asistencia relacionada con el aborto. El Grupo de Trabajo pide a los Estados que garanticen el acceso a la información y los servicios de salud sexual y reproductiva regulando estrictamente la denegación de atención por motivos de conciencia o religión<sup>84</sup>. Los Estados tienen la obligación de actuar con la diligencia debida para garantizar que el personal sanitario respete plenamente los derechos en materia de salud sexual y reproductiva de las mujeres y las niñas, y deben adoptar todas las medidas necesarias para crear un entorno que facilite el cumplimiento de esas responsabilidades y promueva el respeto de esos derechos. En los Estados que permiten la objeción de conciencia, el Estado tiene la obligación afirmativa de garantizar que la invocación de la objeción de conciencia por parte del personal sanitario no vulnere los derechos en materia de salud sexual y reproductiva de las mujeres y las niñas. Toda persona que precise atención de la salud reproductiva debe poder acceder a ella sin demora y sin ser juzgada por ello, en pleno ejercicio de sus derechos humanos.

38. El Grupo de Trabajo formula las siguientes recomendaciones orientadas a garantizar que la objeción de conciencia no obstaculice ni vulnere los derechos en materia de salud sexual y reproductiva de las mujeres y las niñas.

*Aclarar que la objeción de conciencia individual de los profesionales de la salud está sujeta a regulaciones y limitaciones y no puede obstaculizar ni vulnerar el derecho a la igualdad y los derechos de salud sexual y reproductiva*

39. Los Estados que deseen reconocer el ejercicio de la objeción de conciencia individual deben implantar inmediatamente un marco para su ejercicio que respete los derechos humanos. En los casos en que la objeción de conciencia esté permitida por la ley, debe estar plenamente regulada e incluir medidas que garanticen la derivación adecuada y oportuna de las pacientes y el acceso a los servicios. La objeción de conciencia individual debe estar condicionada a la capacidad del Estado para hacer efectivo el derecho a la igualdad y los derechos en materia de salud sexual y reproductiva de las mujeres y las niñas dentro de su jurisdicción. Los Estados deben aclarar además que la objeción de conciencia no se permitirá en situaciones de emergencia.

*Hacer que la objeción de conciencia institucional sea inadmisibles*

40. Como han señalado los expertos, la objeción de conciencia institucional, también mediante la denegación masiva del personal a prestar asistencia, reduce el acceso a los servicios, puede socavar los objetivos de la financiación pública, repercute negativamente en el bienestar de las pacientes, compromete la profesionalidad médica y puede utilizarse para discriminar a las pacientes<sup>85</sup>. En la práctica, la objeción de conciencia a nivel institucional puede restringir significativamente la disponibilidad de servicios de aborto a mayor escala, lo que constituye una denegación sistémica del derecho a la igualdad y de los derechos en materia de la salud sexual y reproductiva. Por consiguiente, esta práctica constituye una violación de los derechos humanos y debe prohibirse.

41. El Estado es responsable de la asistencia sanitaria y debe cumplir sus obligaciones en materia de derechos humanos para garantizar la disponibilidad y accesibilidad de los servicios de salud para todos sin discriminación. Los hospitales

<sup>84</sup> A/HRC/47/38, párr. 77 e).

<sup>85</sup> Véase, por ejemplo, Federación Internacional de Ginecología y Obstetricia, “La objeción de conciencia: una barrera para el cuidado”; Küng y otros, ““We don’t want problems””, y Fink y otros, ““The fetus is my patient, too””.

privados reciben a menudo financiación pública y es probable que en algunas zonas sean los únicos proveedores de servicios sanitarios. La privatización parcial o total de los servicios públicos no exime al Estado de su obligación jurídica internacional de asegurar el acceso no discriminatorio a los servicios de salud. Los Estados deben prohibir la práctica de la objeción de conciencia institucional (incluida la objeción de conciencia institucional *de facto*), para cumplir con sus obligaciones de garantizar la igualdad de acceso a los servicios de salud.

#### *Despenalizar el aborto*

42. El aborto debe despenalizarse e incorporarse a marcos jurídicos y políticos amplios de salud<sup>86</sup>. Estos marcos deben incluir disposiciones destinadas a eliminar las barreras derivadas de estereotipos de género nocivos y actitudes sexistas, que subyacen a muchas negativas a prestar servicios relacionados con el aborto. Al despenalizar el aborto, los Estados garantizarían un mayor acceso a los servicios de salud reproductiva y crearían una mayor certidumbre sobre la legalidad del aborto. Sin esa certidumbre, los médicos pueden invocar la objeción de conciencia para evitar responsabilidades legales por practicar un aborto.

#### *Afirmar el derecho al aborto seguro y legal y reconocer la autonomía de la mujer*

43. Un marco regulador amplio debe afirmar el derecho al aborto seguro y legal, incluida la asistencia relacionada con el aborto, y reconocer la autonomía de las mujeres. Para cumplir con el derecho internacional, los Estados deben aclarar que la objeción de conciencia solo puede ser ejercida por un profesional de la salud, a título individual, a condición de que se garantice la derivación efectiva a un proveedor alternativo y el acceso a este. Los Estados deben crear e invertir en sistemas capaces de supervisar el uso de la objeción de conciencia de manera rutinaria y evitar que se abuse de ella.

#### *Garantizar la disponibilidad de vías de recurso y reparaciones*

44. Las personas a las que se deniegue un aborto por motivos de objeción de conciencia deben poder recurrir judicialmente esa decisión. La denegación del aborto no es aceptable, ya que el derecho a un aborto seguro y legal está protegido por el derecho internacional. A fin de reconocer plenamente los daños causados por el ejercicio indebido de la objeción de conciencia, los Estados deben crear vías adecuadas para la rendición de cuentas y la reparación de aquellos cuyos derechos hayan sido vulnerados, y trabajar para aumentar el acceso a la información sobre los derechos en materia de salud sexual y reproductiva.

#### *Regular la objeción de conciencia al aborto*

45. Basándose en las pruebas sustanciales de abuso de la objeción de conciencia y de su uso para socavar el acceso al aborto, el Grupo de Trabajo insta a los Estados a que tomen medidas para adoptar un enfoque pragmático y basado en principios para atender estas denuncias y evitar violaciones sistemáticas de los derechos humanos de las mujeres y las niñas. Los Estados deben impedir y reformar las leyes que amplían excesivamente el alcance de la objeción de conciencia y que permiten que creencias personales sexistas y patriarcales determinen la prestación de asistencia sanitaria. Los responsables políticos deben reconocer que la objeción de conciencia se ejerce a menudo transgrediendo los límites éticos y jurídicos aceptables.

46. El Grupo de Trabajo señala que otros órganos de derechos humanos de las Naciones Unidas, la Federación Internacional de Ginecología y Obstetricia y la OMS han emitido numerosas recomendaciones útiles y prácticas para hacer frente a los problemas de derechos humanos derivados del ejercicio no regulado de la objeción de conciencia. Entre sus recomendaciones, que son coherentes con las del Grupo de Trabajo y las avalan, figuran las siguientes:

<sup>86</sup> A/HRC/47/38, párr. 77 b), en el que se recomienda la despenalización del aborto.

a) Los órganos creados en virtud de tratados de derechos humanos y los mecanismos de derechos humanos recomiendan a los Estados:

i) Organizar los sistemas de salud a fin de garantizar la contratación de un número suficiente de profesionales no objetores y su distribución equitativa por todo el país (en centros sanitarios privados y públicos)<sup>87</sup>;

ii) Implementar una regulación clara de la objeción de conciencia<sup>88</sup> para garantizar la aplicación adecuada de dicha regulación, lo que incluye identificar, abordar y sancionar los incumplimientos<sup>89</sup>, describir claramente quién puede objetar a determinados componentes de la asistencia<sup>90</sup> y limitar el ejercicio de la objeción de conciencia a las personas directamente implicadas en la intervención médica (y no a las implicadas en acciones auxiliares, administrativas o de apoyo instrumental)<sup>91</sup>;

iii) Prohibir las objeciones de conciencia institucionales<sup>92</sup>;

iv) Exigir derivaciones rápidas a proveedores accesibles no objetores<sup>93</sup>;

v) Garantizar que la objeción de conciencia se ejerza de forma respetuosa y no punitiva y prohibir la objeción de conciencia en situaciones urgentes o de emergencia<sup>94</sup>.

b) La Federación Internacional de Ginecología y Obstetricia recomienda a los Estados:

i) Impartir formación al personal sanitario sobre los derechos de las mujeres y las niñas;

ii) Establecer normas claras sobre la regulación de la objeción de conciencia;

iii) Regular estrictamente la objeción de conciencia y responsabilizar a los profesionales de la atención de la salud y a otras personas por su uso indebido;

iv) Establecer procedimientos de derivación sólidos;

v) Formar y concienciar a los profesionales sobre sus obligaciones, incluido el deber de prestar asistencia en situaciones de emergencia y atención posterior al aborto<sup>95</sup>;

<sup>87</sup> Comité de Derechos Económicos, Sociales y Culturales, observación general núm. 22 (2016), relativa al derecho a la salud sexual y reproductiva, párr. 14.

<sup>88</sup> CEDAW/C/HUN/CO/7-8, párrs. 30 y 31; CRC/C/SVK/CO/3-5, párr. 41 f); y CEDAW/C/POL/CO/7-8, párr. 37 b).

<sup>89</sup> CEDAW/C/HUN/CO/7-8, párrs. 30 y 31; CRC/C/SVK/CO/3-5, párr. 41 f); y CEDAW/C/POL/CO/7-8, párr. 37 b).

<sup>90</sup> CEDAW/C/HUN/CO/7-8, párrs. 30 y 31; CRC/C/SVK/CO/3-5, párr. 41 f); y CEDAW/C/POL/CO/7-8, párr. 37 b). Véanse también CEDAW/C/ROU/CO/7-8, párrs. 32 y 33; y Comité de Derechos Económicos, Sociales y Culturales, observación general núm. 22 (2016), relativa al derecho a la salud sexual y reproductiva, párr. 43.

<sup>91</sup> A/HRC/32/44, párr. 94; Grupo de Trabajo sobre la discriminación contra las mujeres y las niñas "Women's autonomy, equality and reproductive health in international human rights: between recognition, backlash and regressive trends", documento de posición, octubre de 2017, pág. 7, disponible en <https://www.ohchr.org/sites/default/files/Documents/Issues/Women/WG/WomensAutonomyEqualityReproductiveHealth.pdf>.

<sup>92</sup> CEDAW/C/ROU/CO/7-8, párr. 33 c); CEDAW/C/HUN/CO/7-8, párrs. 30 y 31; y CRC/C/SVK/CO/3-5, párr. 41 f). Véase también A/HRC/32/44, párr. 93.

<sup>93</sup> Comité de Derechos Económicos, Sociales y Culturales, observación general núm. 22 (2016), relativa al derecho a la salud sexual y reproductiva, párr. 43; A/66/254, párr. 65 m); Comité para la Eliminación de la Discriminación contra la Mujer, recomendación general núm. 24 (1999), relativa a la mujer y la salud, párr. 11; CEDAW/C/ROU/CO/7-8, párr. 33 c); y E/C.12/POL/CO/5, párr. 28.

<sup>94</sup> Comité de Derechos Económicos, Sociales y Culturales, observación general núm. 22 (2016), relativa al derecho a la salud sexual y reproductiva, párr. 43.

<sup>95</sup> Véase <https://www.figo.org/resources/figo-statements/conscientious-objection-barrier-care>.

- vi) **Formar a estudiantes de medicina para que presten una asistencia de calidad;**
- vii) **Garantizar el acceso a la información y a servicios de salud reproductiva seguros y de calidad<sup>96</sup>.**
- c) **La OMS recomienda a los Estados:**
  - i) **Crear prácticas sólidas de supervisión y regulación en las que los datos se integren activamente en los programas y sistemas pertinentes<sup>97</sup>;**
  - ii) **Estructurar servicios y políticas que respeten los derechos humanos, la dignidad, la autonomía y la igualdad de las mujeres<sup>98</sup>;**
  - iii) **Impartir formación al personal sanitario para garantizar el respeto de la toma de decisiones informada y voluntaria<sup>99</sup>.**

---

<sup>96</sup> Federación Internacional de Ginecología y Obstetricia, “La objeción de conciencia: una barrera para el cuidado”.

<sup>97</sup> OMS, *Aborto sin riesgos: guía técnica y de políticas para sistemas de salud* (2012), secc. 3.5.

<sup>98</sup> *Ibid.*, seccs. 3.2 y 4.3.

<sup>99</sup> *Ibid.*, secc. 3.3.5.1.