

LA NEGACIÓN DE SERVICIOS DE SALUD REPRODUCTIVA POR MOTIVOS DE CONCIENCIA EN AMÉRICA LATINA

Diya Uberoi & Beatriz Galli

- *Desafiando las políticas y prácticas basadas en las normas de derechos humanos* •

RESUMEN

A lo largo de los años constatamos un aumento de la objeción de conciencia (OC) como motivo para negar a las mujeres su derecho de salud sexual y reproductiva. Mientras que los estados tienen una obligación en virtud del derecho internacional de derechos humanos para proteger la libertad de pensamiento, conciencia y religión, también tienen la obligación de proteger el derecho al más alto nivel posible de salud y otros derechos fundamentales. Con los años, los organismos internacionales y nacionales de derechos humanos han señalado la necesidad de limitar la OC con el fin de proteger los derechos de las mujeres.

Con el fin de equilibrar los derechos de los proveedores de servicios médicos a ejercer sus creencias morales y la protección del derecho a la salud de las mujeres, países de todo el mundo también han procurado distintas formas de regular el uso de la OC. Aunque en algunos países se han hecho algunos avances para regular la OC con el fin de proteger los derechos fundamentales de las mujeres, en otros existen pocas directrices para garantizar la disponibilidad de servicios para mujeres en los casos en los que les han sido denegados. Este artículo presenta una visión general de las políticas que regulan la OC en América Latina. Evalúa la regulación de la OC tanto en el derecho internacional, como en la legislación de diversos estados de la región. Sugiere que para que los derechos reproductivos de las mujeres sean una realidad, es absolutamente necesario que los estados y los organismos de derechos humanos internacionales y nacionales continúen buscando formas de clarificar los marcos que regulan la OC, de modo que las razones de conciencia no se conviertan en una excusa para denegar la realización de los derechos fundamentales de las mujeres.

PALABRAS CLAVE

Aborto | Objeción de conciencia | Derechos humanos | Salud sexual y reproductiva

1 • Introducción

La objeción de conciencia (OC) puede ser descrita como el derecho de un individuo a negarse a participar en una actividad que considera incompatible con sus creencias morales, religiosas, filosóficas o éticas. Aunque en principio, el derecho de un individuo a plantear una objeción moral a la realización de ciertas tareas pueda no parecer problemático, las objeciones de conciencia, cuando son realizadas por proveedores médicos para negarse a realizar ciertos procedimientos de los que puede depender la vida del paciente suscitan una serie de preocupaciones en el contexto de la salud sexual y reproductiva.

Los estudios apuntan a que la utilización de la OC se está convirtiendo cada vez más en una estrategia mediante la cual los proveedores médicos buscan eximirse de su obligación de proporcionar servicios esenciales de salud reproductiva para mujeres, alegando motivos morales.¹ En una serie de países, la OC no está regulada o lo está en un grado mínimo, provocando consecuencias devastadoras en la salud y las vidas de las mujeres. En algunos países, el derecho a la OC no lo tienen únicamente los individuos, sino también las instituciones.² La Organización Mundial de la Salud (WHO, por sus siglas en inglés) ha reconocido incluso que, como obstáculo a los servicios legales de aborto, la OC puede impedir a las mujeres acceder a servicios a los que tienen derecho, contribuyendo potencialmente a abortos practicados en situación de riesgo.³

Mientras que los Estados tienen la obligación en virtud del derecho internacional de proteger los derechos de los proveedores médicos a la libertad de pensamiento, conciencia y religión, eso no les exime de su obligación de proteger el derecho a la vida y salud de las mujeres. Los órganos de supervisión de tratados de Naciones Unidas, en una serie de recomendaciones y observaciones finales, han sostenido que con el fin de proteger el derecho a la salud, la OC tiene que estar regulada.⁴ Este artículo plantea que es totalmente necesario que los Estados y los organismos de derechos humanos impongan límites y orientaciones bien definidas sobre el uso de la OC, para proteger así los derechos fundamentales de las mujeres. Si bien el derecho internacional puede proporcionar directrices útiles en este contexto, el modelo facilitado por algunos tribunales estatales puede ser incluso de mayor utilidad.

La primera parte analiza distintos argumentos acerca de la OC y su condición jurídica en virtud de las normas internacionales y regionales de derechos humanos. La segunda parte trata sobre los distintos modos en que los Estados han intentado regular la OC para garantizar que los derechos sexuales y reproductivos de las mujeres estén plenamente protegidos. En particular, considera la condición jurídica de la OC en América Latina. Se analiza el caso de América Latina, porque el derecho de las mujeres al acceso de servicios de salud reproductiva en esta región ha sido atacado sistemáticamente, al haber estado sometida a un cambio constante la regulación sobre el aborto y la anticoncepción de emergencia. En estos años, cuando ciertos países de la región han intentado despenalizar el aborto, ha habido un contraataque que se ha manifestado en la petición de doctores de proteger la OC, lo cual está teniendo un impacto devastador en la vida y salud de las mujeres. Finalmente, el artículo analiza algunos

estudios de caso de países de América Latina y concluye con sugerencias a los gobiernos para garantizar la protección de los derechos fundamentales de las mujeres.

2 • Derechos de salud sexual y reproductiva y los límites a la OC en el derecho internacional de derechos humanos

La OC hace evidente la necesidad de que los gobiernos equilibren sus obligaciones de proteger las creencias morales de los individuos y los derechos de los pacientes a recibir una atención y cuidado adecuados. Si bien el derecho de pensamiento, conciencia y religión está reconocido en el derecho internacional de derechos humanos, también lo está el derecho al más alto nivel posible de salud.

Actualmente, los derechos a la salud sexual y reproductiva están afianzados en el derecho internacional en materia de derechos humanos. El derecho internacional, por medio de declaraciones de los órganos de supervisión de tratados, ha reconocido la necesidad de regular la OC para proteger tanto las creencias de los proveedores médicos como los derechos de las mujeres a una atención médica oportuna y apropiada. Las reglamentaciones, por ejemplo, deberían garantizar el acceso a proveedores dispuestos y debería establecer con claridad los tipos de servicios y circunstancias en los que se puede alegar la OC. Deberían establecer también mecanismos de supervisión, establecer sanciones para los profesionales de la atención a la salud que no cumplan con su deber⁵ y permitir que las mujeres exijan reparación si sus derechos son violados.⁶

El Comité de Derechos Económicos, Sociales y Culturales, afirma que los organismos de derechos humanos han considerado que para proteger el derecho a la salud y a la vida de las mujeres, los derechos de conciencia pueden restringirse.⁷ El Relator Especial sobre la Salud de la ONU ha explicado que no se puede anteponer el ejercicio de la OC al derecho a la salud, integridad y privacidad de la mujer.⁸ Las leyes que protegen los derechos de conciencia y que limitan el acceso al aborto y a otros servicios reproductivos, violan el derecho de la mujer a la privacidad y a la toma de decisiones reproductivas. Cuando se utiliza la OC para negar tales servicios, se está socavando la capacidad de la mujer de controlar su autonomía reproductiva y vulnerando su capacidad de tener control sobre su propio cuerpo.

El Comité para la Eliminación de la Discriminación contra la Mujer (Comité CEDAW, por sus siglas en inglés) ha afirmado que “la negativa de un Estado Parte a prever la prestación de determinados servicios de salud reproductiva de la mujer en condiciones legales resulta discriminatoria”.⁹ Así, cuando la OC es invocada, recomienda que “se adopten medidas para remitir a la mujer a otras entidades que presten los servicios”.¹⁰ En relación al aborto, señala específicamente que las políticas que posibilitan la OC sin garantizar al mismo tiempo el acceso a servicios de aborto alternativos violan los derechos reproductivos de la mujer, y recomienda que se adopten medidas para garantizar en estos casos el acceso a esos otros servicios alternativos.¹¹ El Comité de Derechos Humanos, que supervisa el cumplimiento de los Estados del Pacto Internacional de Derechos Civiles y Políticos, ha identificado a la OC como una barrera al aborto. Recomienda que los Estados, por su obligación de proteger el derecho a la vida, eliminen las barreras al procedimiento.¹²

Los organismos de la ONU han elaborado en más detalle las condiciones en las que se puede limitar la OC. El Comité de Derechos Económicos, Sociales y Culturales (CDESC) y el Comité de Derechos Humanos han indicado que para proteger el derecho al más alto nivel posible de salud, los Estados pueden restringir la OC siempre y cuando la restricción: 1) esté en consonancia con la ley; 2) sea compatible con otros derechos humanos; 3) persiga objetivos legítimos; 4) sea estrictamente necesaria para promover el bienestar general.¹³ Se puede apreciar la necesidad de que las exenciones y límites a la OC estén claramente definidos para que los derechos de conciencia y el derecho de la mujer a la salud estén equilibrados. Es particularmente importante que los límites estén establecidos de forma explícita y que existan mecanismos de rendición de cuentas para garantizar que la OC no se convierta en una forma de negar a las mujeres una atención médica que podría ser vital. En su informe provisional sobre la criminalización del aborto en 2011, el Relator Especial sobre el Derecho al Más Alto Nivel Posible de Salud de la ONU recomendó específicamente que los Estados definiesen con claridad las exenciones a la OC¹⁴ y el Comité CEDAW ha llamado a los Estados a que “adopten medidas para impedir la violación de esos derechos por parte de los particulares y organizaciones e impongan sanciones a quienes cometan esas violaciones”.¹⁵ Cuando la legislación impone límites claros a la OC y exige rendición de cuentas, clarifica cualquier malentendido que pueda ocurrir cuando distintos derechos entran en conflicto.

3 • Desarrollos regionales de las normas de derechos humanos para limitar la OC

Los organismos regionales de derechos humanos también han procurado establecer restricciones a la OC en el contexto del servicio a la salud. El Tribunal Europeo de Derechos Humanos (TEDH) por ejemplo, ha abordado la necesidad de restringir la OC en casos de salud reproductiva y sexual en una serie de ocasiones. Ha declarado que los farmacéuticos no pueden negarse a vender anticonceptivos, pues el derecho a ejercer las creencias personales en público no siempre está garantizado.¹⁶ Además ha determinado que la OC solo puede ser ejercitada por individuos y no por instituciones.¹⁷ Con respecto a los abortos ha sostenido que los Estados tienen una obligación positiva de reglamentar la práctica de la OC.¹⁸ En el caso de *RR v. Poland*, por ejemplo, en el que se le negó a una mujer el acceso a un examen genético prenatal por la objeción de un médico, el TEDH dictaminó que la implementación efectiva de una legislación sobre el aborto es un medio necesario para garantizar el respeto por la vida privada de las personas.¹⁹

Reafirmando esa decisión un año después en el caso de *PS v. Poland*, en el que una adolescente quedó embarazada como resultado de una violación, el TEDH sostuvo que los marcos jurídicos del aborto deben garantizar el acceso efectivo al procedimiento.²⁰ Negar, en tales circunstancias, una atención médica que puede salvar vidas equivale a la violación del derecho de la mujer a la privacidad y a la vida y puede llegar a equipararse a la tortura.²¹ Tomando en consideración los derechos de la mujer a la luz del derecho a la vida de un feto, el TEDH en *Vo v. France* explicó que cualquier derecho del nonato está limitado por los derechos e intereses de la madre.

A - Regulación de la OC y el Sistema Interamericano de Derechos Humanos

Si bien ha habido algún avance en la normativa sobre la OC y la salud reproductiva de la mujer en el sistema regional europeo, no se han aprobado normas de ese tipo en el Sistema Interamericano de Derechos Humanos.²² La Corte Interamericana de Derechos Humanos, por ejemplo, todavía tiene que resolver un caso que requiere explícitamente un equilibrio entre los derechos de conciencia y el derecho a la salud. La Corte, sin embargo, abordó tangencialmente el asunto en el caso *Artavia Murillo vs. Costa Rica*. En este caso, la Corte Interamericana reconoció explícitamente los derechos reproductivos, y buscó establecer las obligaciones de los Estados en la reglamentación de tales derechos. Consideró específicamente, que “los Estados son responsables de regular y fiscalizar la prestación de los servicios de salud para lograr una efectiva protección de los derechos a la vida y a la integridad persona.”²³ Aunque la decisión no contiene *per se* una referencia específica a la OC en el contexto de la salud, constituye no obstante un reconocimiento significativo del Sistema Interamericano de la necesidad de proteger la salud sexual y reproductiva mediante un marco regulador efectivo.

B - La Corte Constitucional de Colombia

La falta de precedencia en la Corte Interamericana, sin embargo, no ha impedido avances en los tribunales nacionales en la región. Los tribunales nacionales se han pronunciado sobre la OC y han intentado definir sus límites. La Corte Constitucional de Colombia por ejemplo, dictó una serie de resoluciones para clarificar los límites de la OC y definir sus componentes normativos con respecto a cuestiones de salud. En las jurisprudencias C-355 (2006), T-209 (2008), T-946 (2008) y T-388 (2009), la Corte liberalizó el aborto y dictó específicamente resoluciones judiciales sobre el modo en que las instituciones de salud deben acomodar tanto el derecho de conciencia de los proveedores de servicios de salud como el derecho de las mujeres a una asistencia médica legal.²⁴ La Corte por ejemplo estableció que: a) la OC solo puede ser invocada por los proveedores directos del servicio de aborto y no por auxiliares médicos, enfermeras etc.;²⁵ b.) la OC es un derecho individual y no puede aplicarse a instituciones; c.) las alegaciones a la OC deben ser presentadas por escrito; d.) los médicos pueden ser demandados por incumplir la normativa acerca de la OC, y e.) “Porque la OC no puede ser invocada con el efecto de violar derechos fundamentales a la salud de las mujeres... [que] los médicos objetores individuales tienen el deber de remitir inmediatamente a la paciente a otro proveedor, y las instituciones deben mantener información sobre médicos no objetores a quienes puedan recurrir las pacientes de modo inmediato”.²⁶ En un informe titulado, *Acceso a la Información en Materia Reproductiva desde una Perspectiva de Derechos Humanos*, la Comisión Interamericana de Derechos Humanos incluso remitió a las resoluciones de la Corte Constitucional de Colombia y legitimó las directrices sobre la OC como normas de derechos humanos en la región.²⁷ Algunos académicos consideran que estas resoluciones proporcionan un enfoque integral a la OC y sirven como “modelo” efectivo a ser considerado por los países en sus propias reglamentaciones de la OC.²⁸

La posición del derecho internacional de derechos humanos está clara. Aunque los Estados deben proteger los derechos de conciencia y creencia de los proveedores de atención a la salud, pueden aun así restringir la manifestación del derecho al pensamiento con el fin de proteger los derechos fundamentales de la mujer. Siguiendo estas tendencias, ciertos Estados han encontrado formas de reglamentar la OC en el contexto médico. Hasta la fecha, hay pocas investigaciones y documentación sobre la práctica de la OC internacionalmente. Aun así, casos particulares emblemáticos en América Latina como los de Colombia, Argentina, Brasil y Uruguay proporcionan un análisis interesante para un enfoque basado en derechos humanos sobre la reglamentación de la OC en el ámbito reproductivo.

4 • La OC en América Latina

La objeción de conciencia se ha convertido crecientemente en un tema controvertido en una serie de países de América Latina. América Latina posee algunas de las legislaciones sobre el aborto más restrictivas del mundo. Mientras que el aborto es penalizado en Nicaragua, la República Dominicana, Chile, Honduras y El Salvador, en otros países está sujeto a condiciones previstas en la ley. Para proteger tanto los intereses de los proveedores como el derecho a la salud de la mujer, los Estados de la región han hecho avances significativos en la reglamentación de la OC en el ámbito médico.

Específicamente, una serie de países exige en su legislación que los proveedores médicos y las instituciones remitan a las pacientes a proveedores no objetores,²⁹ que la invocación a la OC sea presentada por escrito³⁰ y que los médicos expliquen por qué realizar ciertos procedimientos va en contra de sus creencias más profundas.³¹ A pesar de tales avances, la OC todavía pone trabas a los derechos de la mujer.

Aunque los países han procurado imponer restricciones a la OC, existen pocos mecanismos de supervisión para exigir rendición de cuentas a los proveedores objetores. Con una falta de reglamentación adecuada y de mecanismos de supervisión, los proveedores médicos son cada vez más capaces de invocar razones de conciencia como medio para “abusar” del derecho. A la luz de tales descubrimientos, es absolutamente necesario que los Estados refuercen las reglamentaciones de la OC para garantizar que los derechos de la mujer no sean vulnerados por la protección de la libertad de pensamiento, conciencia o religión.

Argentina es un caso de este tipo. A pesar de que el aborto es legal bajo ciertas circunstancias y la OC está extensamente reglamentada por la legislación, hay proveedores médicos que se niegan sistemáticamente a realizar servicios esenciales para las mujeres.³² Desde 2003, el Congreso Nacional ha intentado regular la OC en el ámbito de la salud sexual y reproductiva.³³ Aunque las reglamentaciones estipulan de varias formas que la OC no puede ser invocada de modo que niegue el acceso a los servicios de salud sexual y reproductiva,³⁴ las reglamentaciones todavía están limitadas pues no restringen el derecho únicamente a individuos y no proporcionan modos de exigir a los proveedores que cumplan sus obligaciones.³⁵ En consecuencia, tanto las

instituciones públicas y privadas como los profesionales médicos pueden denegar el acceso a servicios. Una serie de estudios indican que la falta de mecanismos jurídicos de rendición de cuentas ha impulsado a los proveedores médicos del país a negar a las mujeres información y acceso a servicios reproductivos alegando motivos de conciencia.³⁶ En algunos casos, los profesionales de la salud y farmacéuticos han llegado a invocar la OC como modo de negarse a proporcionar información sobre el aborto o remitir a mujeres a otros proveedores dispuestos, incluso cuando son obligados por ley.³⁷ El acceso a la información es un elemento vital del derecho a la salud y cuando se usa la OC para negar información a las mujeres sobre la disponibilidad de servicios reproductivos básicos, infringe el derecho de los individuos a la información y privacidad en la salud.³⁸ Aun así, un estudio llevado a cabo por CEDES en 2001, mostró que un 50% de los profesionales encuestados consideraba que no tienen que realizar vasectomías o ligadura de trompas o proporcionar información sobre esos servicios.³⁹ Más del 30 por ciento sostenía las mismas creencias con respecto a la anticoncepción.⁴⁰

En Brasil, donde la OC está reglamentada desde 2005, las mujeres han tenido el acceso al aborto negado porque algunos doctores se niegan a proporcionar tales servicios. Incluso cuando el Ministerio de Salud promulgó el Decreto 1.508/2005 en 2005⁴¹ para limitar la OC y proteger la salud sexual y reproductiva de las víctimas de violación, ha habido casos en los que los doctores han obviado manifiestamente el Decreto. El Decreto establece la “presunción de verdad en la palabra de una mujer”.⁴² Aun así, ha habido casos en los que se han negado abortos legales a mujeres porque los doctores no aceptaban sus historias.⁴³ Los estudios muestran que los médicos que interrogan a las víctimas de violación exigen a menudo amplia documentación con hechos detallados, creando obstáculos innecesarios para los servicios de aborto legales.⁴⁴

En Colombia, donde las reglamentaciones han estipulado consecuencias jurídicas a los proveedores objetores, hay doctores que todavía intentan abusar de sus derechos. Después de que la Corte Constitucional liberalizase el aborto en 2006 y desarrollase sus innovadoras directrices para la regulación de la OC, casos recientes han mostrado que algunos proveedores médicos se niegan a proporcionar servicios de aborto aunque estén obligados a hacerlo.⁴⁵ Además hubo intentos de desafiar la Sentencia T-388/09, mediante la cual la Corte intentó clarificar aún más sus directrices sobre la OC, sosteniendo que las autoridades públicas, jueces, y profesionales de la salud, ya sean públicos o privados, podrían estar sujetos a sanciones legales⁴⁶ si las normas sobre la OC son incumplidas. Inmediatamente después de la sentencia, “tres ciudadanos y el mismo Procurador General de Colombia pidieron a la Corte Constitucional revertir la Sentencia, argumentando, entre otras cosas, que la creación de reglas sobre la objeción de conciencia al aborto”⁴⁷ ultrapasaba las reglas de la sentencia de la Corte de 2006.

En Uruguay por ejemplo, el aborto es legal hasta la 12ª semana de embarazo.⁴⁸ Como medida para garantizar el acceso al aborto y otros servicios de salud reproductiva, el gobierno promulgó la Ley 18.987 y el Decreto 375 (2012), que regulan el alcance de la ley liberal sobre el aborto y buscan clarificar los límites de la OC.⁴⁹ En este sentido, las reglamentaciones requieren que las instituciones que se oponen a la práctica del aborto declaren su objeción a la Junta Nacional de Salud.⁵⁰ Además, las reglamentaciones intentan abordar también los casos en los que la OC

pueda llegar a ser desobediencia civil o ser abusada. En consecuencia, las reglamentaciones estipulan que la OC puede ser revocada en cualquier momento, y puede ser “implícitamente revocada en todos los casos en los que un médico proporcione servicios de aborto”.⁵¹ Dada el amplio alcance de las disposiciones, una serie de doctores ha desafiado el decreto, argumentando que restringe indebidamente su derecho a la libertad de pensamiento. Por consiguiente, en agosto de 2015, el tribunal administrativo de mayor rango anuló varias de las disposiciones limitando el ejercicio de la OC.⁵² En particular, la Corte declaró nulo el artículo 12, que prohíbe a los médicos formarse ningún juicio de valor sobre la decisión de los pacientes.⁵³ Dado el efecto de la resolución, hay una verdadera preocupación de que cualquier futuro avance que pueda realizarse en el ámbito de la salud reproductiva también sea desbaratado.

En América Latina, el distinto grado en el que la OC ha sido utilizada como estrategia para negar sistemáticamente el acceso a los servicios de salud reproductiva a las mujeres ha creado un entorno que ha dificultado a las mujeres realizar sus derechos fundamentales. Dado el riesgo que la utilización abusiva de la OC supone para los derechos y la salud de la mujer, hay una necesidad real de los gobiernos de fortalecer la legislación de la OC y proveer mecanismos de ejecución para garantizar la rendición de cuentas en el sistema de salud. Cuando las políticas jurídicas carecen de medios para la ejecución, aumenta la probabilidad de que sean ignoradas, causando la vulneración de los derechos humanos de las mujeres, ya que en ese caso las leyes solo son “principios” a ser considerados.

5 • Conclusión

Claramente, el uso ilegítimo de la OC tiene un gran impacto en el acceso de las mujeres a servicios básicos de salud reproductiva y no sólo constituye una violación del derecho a la salud, sino también del derecho a la información, no discriminación e igualdad en la atención a la salud, y a la privacidad de las mujeres tal y como está establecida en el derecho internacional de derechos humanos. A este respecto, las directrices aportadas por la Corte Constitucional de Colombia sobre la OC y aquellas recomendaciones realizadas por los órganos de supervisión de tratados ofrecen medios adecuados para la consideración de los estados en la implementación de sus políticas. Para que la salud reproductiva de la mujer se convierta en una realidad, es necesario adoptar medidas para garantizar que el derecho de conciencia no pueda ser abusado, negando tratamientos que pueden salvar la vida de mujeres de todo el mundo.

NOTAS

- 1 • 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*, 27, no. 5 (2015), 333–338.
- 2 • En Uruguay por ejemplo, tras la despenalización del aborto, el concepto de objeción ideológica por parte de instituciones fue introducido en la legislación. Ver, Lionel Briozzo, "From Risk and Harm Reduction to Decriminalizing Abortion: the Uruguayan Model for Women's Rights," *International Journal of Gynecology and Obstetrics* 134 (2016), S3-S6.
- 3 • Ver, WHO, *Safe Abortion: Technical and Policy Guidance for Health Systems*, 2nd ed. (Geneva: WHO, 2012), 69; Christina Zampas, "Legal and Ethical Standards for Protecting Women's Human Rights and the Practice of Conscientious Objection in Reproductive Healthcare Settings.," (2013) 3 *International Journal of Gynaecological Obstetrics* 123, supl. 3 (2013): S63–S65.
- 4 • Ver, por ejemplo, United Nations, Committee on the Elimination of Discrimination against Women (CEDAW), "Concluding Observations regarding Slovakia," A/63/38, 14 de julio de 2008, para. 42–43; United Nations, Human Rights Committee (OHCHR), "Concluding Observations regarding Poland," CCPR/C/POL/CO/6, 29 de septiembre de 2010, para 12.
- 5 • *Tysiac v Poland*, Application no. 5410/03, Merits and Just Satisfaction, 2007, para 116–117.
- 6 • El derecho a una reparación efectiva es un derecho fundamental reconocido en la mayor parte de tratados de internacionales y nacionales de derechos humanos. Ver, por ejemplo, International Covenant on Civil and Political Rights, adoptado el 16 de diciembre de 1966, Art. 2, para 3, G.A. Res. 2200A XXI, UNGAOR, 21st Sess., Supp. no.16, U.N.Doc. A/6316 (1966), 999 U.N.T.S. 171 (entró en vigor el 23 de marzo de 1976).
- 7 • Ver, por ejemplo, United Nations, Committee on Economic, Social and Cultural Rights (CESCR), "Concluding Observations: Poland," U.N. Doc. E/C.12/POL/CO/5 (2009) para 28.
- 8 • United Nations, "Special Rapporteur on Health," *supra* note 29 para 8.
- 9 • United Nations, Committee on the Elimination of Discrimination against Women (CEDAW), "General Recommendation no. 24: Article 12 (women and health)," 20th Sess., 1999, in *Compilation of General Comments and General Recommendations Adopted by Human Rights Treaty Bodies*, Vol. II, p. 358, para 11, U.N. Doc. A/HRI/GEN/1/Rev.9 (2008).
- 10 • CEDAW, "General Recommendation no. 24".
- 11 • Ver, por ejemplo, United Nations, Committee on the Elimination of Discrimination against Women (CEDAW), "Concluding Observations: Slovakia," U.N. Doc. A/63/38 (2008) para 42–43.
- 12 • Ver, por ejemplo, United Nations, Human Rights Committee (OHCHR), "Concluding Observations: Poland," U.N. Doc. CCPR/C/ POL/CO/6 (2010) para 12.
- 13 • United Nations, Human Rights Committee (OHCHR), "General Comment no. 22, The Right to Freedom of Thought, Conscience and Religion (Article 18)," UN Doc. CCPR/C/21/Rev.1/Add.4 (1993) para 8; United Nations, Committee on Economic, Social and Cultural Rights (CESCR), "General Comment no. 14, The Right to the Highest Attainable Standard of Health," UN Doc. no. E/C.12/2000/4 (2000).
- 14 • United Nations, "Special Rapporteur," para 65.
- 15 • CEDAW, "General Recommendation no. 24," para 14–15.
- 16 • Ver, *Pichon and Sajous v. France* no. 49853/99, Merits and Just Satisfaction, 2 de octubre de 2001.
- 17 • *Pichon and Sajous v. France*.

18 • R.R. v. *Poland* no. 27617/04, Merits and Just Satisfaction, 26 de mayo de 2011, para 197.

19 • R.R. v. *Poland*, para 213–214.

20 • *P and S v. Poland* no. 57375/08, Merits and Just Satisfaction, 5 de noviembre de 2012.

21 • *P and S v. Poland*.

22 • Sí se han establecido normas con respecto a la OC, sin embargo, en el ejército. Ver, por ejemplo, Case 12219, *Cristian Daniel Sahli Vera et al. v Chile*, Report no. 43/05 (2005); Case 14/04, *Alfredo Diaz Bustos v Bolivia*, Report no. 97/05 (2005).

23 • Case of *Artavia Murillo et al. v Costa Rica*, IACtHR Series C 257 (2012) para 148.

24 • Colombia, Corte Constitucional [C.C.], *Sentencia C-355/06*, 10 de mayo de 2006; Colombia, Corte Constitucional [C.C.], *Sentencia T-209/08*, 28 de febrero de 2008; Colombia, Corte Constitucional [C.C.], *Sentencia T-388/09*, May 28, 2009, visitado el 30 de noviembre de 2016, <http://www.corteconstitucional.gov.co/relatoria/2009/t-388-09.htm>.

25 • Este requisito fue también dictaminado recientemente por el Tribunal Supremo del Reino Unido en el caso de *Doogan & Woods*. En este caso, dos comadronas trabajando como Coordinadoras de Salas de Parto, quisieron invocar el derecho a la objeción de conciencia conforme a la sección 4 de la Ley del Aborto de 1967 que establece que ‘ninguna persona tendrá la obligación... de participar en ningún procedimiento...ante el que tenga objeción de conciencia’. El Consejo de Sanidad se opuso a la pretensión de las comadronas, indicando que sus actividades no están suficientemente próximas al procedimiento de terminación como para reunir las condiciones de la Sección 4. Aunque la apelación a la Corte Interior había aceptado las pretensiones de las comadronas, el Tribunal Supremo reiteró la prueba de proximidad que la jurisprudencia anterior había desarrollado y aceptado (*Doogan and Woods v Greater Glasgow and Clyde Health Board*, UKSC 68, 2014).

26 • Rebecca J. Cook, Mónica Arango Olaya and

Bernard M. Dickens, “Health care responsibilities and conscientious objection,” *International Journal of Gynecology and Obstetrics* 104, no. 3 (2009): 250.

27 • OAS, Inter-American Commission on Human Rights (IACHR), *Access to Information on Reproductive Health from a Human Rights Perspective*, OEA/Ser.L/V/II., doc. 61 (2011) para 63.

28 • Luisa Cabal, Monica Arango Olaya, y Valentina Montoya Robledo, “Striking a Balance: Conscientious Objection and Reproductive Health Care from the Colombia Perspective,” *Health & Human Rights* 16 (2014), 77.

29 • Ver, Argentina, *Decreto No. 1282/03*, 26 de mayo de 2003, Boletín Oficial; Argentina, *Ley no. 26130*, 28 de Agosto de 2006, Boletín Oficial, 29 de agosto de 2006; Uruguay, *Decreto no. 375*, 22 de noviembre de 2012, Diario Oficial, 29 de noviembre de 2012; México, *Ley de Salud del Distrito Federal [LSDF] [Health Law for the Federal District]*, Gaceta Oficial del Distrito Federal [G.O.D.F.] 17 de septiembre de 2009, Artículos 58–59.

30 • Ver ejemplo, Uruguay, *Decreto No. 375*.

31 • Colombia, Corte Constitucional [C.C.], *Decision T-388/09*, Gaceta de la Corte Constitucional [G.C.C.], 28 de mayo de 2010, para 53.

32 • El aborto es legal en Argentina cuando la vida o salud de la mujer está en riesgo, o en casos de violación. Ver, Argentina, Corte Suprema de Justicia de la Nación [CSJN], “F., A. L. s/ medida autosatisfactiva” F. 259. XLVI, 13 de marzo de 2012.

33 • Argentina, *Ley No. 25673/03*, 26 de mayo de 2003, Boletín Oficial (National Program on Sexual Health and Responsible Reproduction); Argentina, *Decreto no. 1282/03*, mayo 26 de 2003, Boletín Oficial; Argentina, *Ley no. 26130/06*, 28 de agosto de 2006, Boletín Oficial, 29 de agosto de 2006 (Surgical contraception); Argentina, Ministerio de Salud, *Guía Técnica para la Atención Integral de los Abortos no Punibles* (Buenos Aires, junio de 2010).

34 • Por ejemplo el Decreto No.1282/03

dispone que las instituciones deben garantizar la ejecución del Programa Nacional de Salud Sexual y Procreación Responsable. Que en casos de OC, las instituciones deben remitir a las pacientes a proveedores no objetores y en caso de rechazo, las instituciones proporcionarán la interrupción del embarazo a través de otro proveedor de la institución en menos de cinco días, o inmediatamente si la situación es urgente (Argentina, *Decreto no. 1282/03*).

35 • Luisa Cabal, Monica Arango Olaya, y Valentina Montoya Robledo, "Striking a Balance: Conscientious Objection and Reproductive Health Care from the Colombia Perspective," *Health & Human Rights* 16 (2014), 79.

36 • Marcelo Alegre, "Conscious Oppression: Conscientious Objection in the sphere of sexual and reproductive health," *Seminario en Latinoamérica de Teoría Constitucional y Política* (Asunción, Paraguay, 2009) 94. Paper 66.

37 • Alegre, "Conscious Oppression".

38 • Sandra Coliver, ed., *Article 19, The Right to Know: Human Rights and Access to Reproductive Health Information* (Philadelphia: University of Pennsylvania Press, 1995), 39, 61–72.

39 • Alegre, "Conscious Oppression," 94, citing to Silvina Ramos et al., *Los médicos frente a la anticoncepción y el aborto ¿Una transición ideológica?* (Buenos Aires, CEDES, 2001).

40 • Ibid., 94.

41 • Brasil, Ministério da Saúde, *Portaria no 1.508/GM*, 1 de septiembre de 2005.

42 • Brasil, Ministério da Saúde. *Prevenção e tratamento dos agravos resultantes da violência sexual contra mulheres e adolescentes: norma técnica*, 2 ed. (Brasília: Ministério da Saúde, 2005).

43 • Beatriz Galli y Edlaine C. Gomes, "Representações dos profissionais de saúde em relação ao aborto: entre direitos e deveres na

atenção", *Seminário Internacional Fazendo Gênero*, 7 (Florianópolis: EDUFSC, agosto 2006).

44 • Debora Diniz, Alberto Pereira Madeiro y Cristiano Rosas, "Conscientious objection, barriers, and abortion in the case of rape: a study among physicians in Brazil," *Reproductive Health Matters* 22, no. 43 (2014): 141.

45 • O'Neill Institute & Women's Link Worldwide, *T-388/2009: Conscientious Objection and Abortion A Global Perspective on the Colombian Experience*, (Colombia: Women's Link Worldwide & O'Neill Institute: 2014), 10.

46 • Colombia, *Sentencia T-388/09*.

47 • O'Neill Institute & Women's Link Worldwide, *T-388/2009*, 10.

48 • Uruguay, *Ley No. 18.987/2012*, 22 de octubre de 2012, D.O. 30 de octubre de 2012, no. 28585, Artículo 6.

49 • Uruguay, *Ley No. 18.987/2012*; Uruguay, Decreto No. 375/2012, 22 de noviembre de 2012, D.O. 29 de noviembre de 2012.

50 • Luisa Cabal, Monica Arango Olaya, y Valentina Montoya Robledo, "Striking a Balance: Conscientious Objection and Reproductive Health Care from the Colombia Perspective," *Health & Human Rights* 16 (2014), 80.

51 • Ibid.

52 • Ver, *Alonso, Justo and others v Poder Ejecutivo*, no 586 (11 de Agosto de 2015); Lucia Berro Pizarossa, "Conscientious Objection or Conscious Oppression?: The Uphill Battle to Access Abortion Services in Uruguay," *Oxford Human Rights Hub* 11 de septiembre de 2015, visitado el 10 de octubre de 2015, <http://ohrh.law.ox.ac.uk/conscientious-objection-or-conscious-oppression-the-uphill-battle-to-access-abortion-services-in-uruguay/>.

53 • *Alonso, Justo and others v Poder Ejecutivo*, no. 586; Pizarossa, "Conscientious".



DIYA UBEROI - *E.E.U.U.*

Diya Uberoi es estudiante de doctorado en derecho internacional en el Instituto Universitario de Altos Estudios Internacionales y del Desarrollo de Ginebra.

contacto: diya.uberoi@graduateinstitute.ch

Recibido en noviembre de 2016.

Original en inglés. Traducido por Sebastián Porrua.



BEATRIZ GALLI - *Brasil*

Beatriz Galli es asesora principal para Latinoamérica en Ipas.

contacto: gallib@ipas.org

Recibido en noviembre de 2016.

Original en inglés. Traducido por Sebastián Porrua.



“Esta revista es publicada bajo la licencia la Creative Commons Attribution-NonCommercial-NoDerivatives 4.0 International License”