



**La objeción de conciencia y la negativa a brindar atención de salud
reproductiva: un informe que examina la prevalencia, las
consecuencias de salud y las respuestas normativas**

Wendy Chavkin ^{a,b,c,*}, Liddy Leitman ^a, Kate Polin; ^a para Global Doctors for Choice

^a Global Doctors for Choice, GDC Global, Nueva York, NY, EE.UU.

^b Universidad de Columbia, Colegio de Médicos y Cirujanos, Nueva York, NY, EE.UU.

^c Universidad de Columbia, Escuela de Salud Pública de Mailman, Nueva York, NY, EE.UU.

RESUMEN

Antecedentes: Global Doctors for Choice, una red transnacional de médicos defensores de la salud y los derechos reproductivos, comenzó a investigar el fenómeno de la negativa a prestar atención sanitaria por razones de conciencia debido a la cantidad creciente de informes de daños en todo el mundo. Este informe examina la prevalencia y el impacto de dicha negativa y revisa los esfuerzos normativos realizados para equilibrar la conciencia individual, la autonomía en la toma de decisiones sobre asuntos reproductivos, la salvaguardia de la salud y la integridad profesional médica.

Objetivos y estrategia de búsqueda: Este informe tiene como base diversos materiales científicos médicos, legales, éticos, sociales y de salud pública publicados entre 1998 y 2013 en inglés, francés, alemán, italiano, portugués y español. Es difícil obtener estimaciones de prevalencia, dado que no existe consenso sobre los criterios para describir el estatus de objetor ni una definición normalizada de la objeción de conciencia como práctica, y también porque los estudios utilizados tienen limitaciones de muestreo y otros problemas metodológicos. El informe analiza esa información y ofrece marcos de referencia lógicos para representar las consecuencias que supone para la salud y el sistema de salud la práctica de la objeción de conciencia a proporcionar servicios de aborto, tecnologías de reproducción asistida, tratamiento de anticoncepción en casos de riesgo de la salud materna y pérdida inevitable del embarazo, y diagnóstico prenatal. Y en último lugar se presenta la categorización de las respuestas legales y regulatorias, así como otras respuestas normativas a la práctica.

Conclusiones: La evidencia empírica es esencial, dado que los diversos actores políticos responden con políticas o reglamentaciones para equilibrar las posiciones en conflicto. Es necesario realizar más investigación y capacitación en diversos contextos geopolíticos. Partiendo del doble compromiso con la propia conciencia y con la obligación de velar por la salud y los derechos de las pacientes, exhortamos a proveedores, profesionales sanitarios y asociaciones de salud pública a promover acciones que respondan a la práctica de la objeción de conciencia a prestar atención sanitaria y permitan salvaguardar la salud reproductiva, la integridad médica y las vidas de las mujeres.

1. Introducción

¿Cómo pueden las sociedades alcanzar un equilibrio adecuado entre los derechos de las mujeres a recibir la atención de salud reproductiva que necesitan y los derechos de los proveedores de atención sanitaria a cumplir los dictados de su conciencia? Global Doctors for Choice (GDC) –una red transnacional de médicos defensores de la salud y los derechos reproductivos (www.globaldoctorsforchoice.org)– comenzó a investigar el fenómeno de la negativa a prestar atención sanitaria por razones de conciencia debido a la cantidad creciente de informes de daños en todo el mundo. Este informe (White Paper) aborda los distintos intereses y necesidades que se ponen en juego cuando los clínicos declaran ser objetores de conciencia durante el proceso de suministro de ciertos elementos de salud reproductiva (si bien GDC representa a médicos, en este documento usamos los términos “proveedores” o “clínicos” para abordar también la negativa a prestar atención por parte de enfermeros, parteras y farmacéuticos). Tomando como centro la salud, examinamos los datos sobre la prevalencia de la negativa, describimos las posibles consecuencias para la salud de las pacientes y el impacto en otros proveedores y en los sistemas de salud, e informamos sobre las respuestas legales, regulatorias y profesionales. Los derechos humanos están entrelazados con la salud, y en el proceso recurrimos a las decisiones y el marco de los derechos humanos. También nos referimos a los firmes principios bioéticos que cimentan la práctica de la medicina en general, como las obligaciones de brindar información precisa a los pacientes, brindar atención acorde a las normas más altas posibles y proveer la atención que se necesita con urgencia. Otros han subrayado las consecuencias de negociar la objeción de conciencia en la atención sanitaria en

términos de la tensión entre lo laico y lo religioso. Nuestra contribución, que complementa todo este trabajo previo, es brindar las perspectivas y las evidencias médicas y de salud pública. Nos concentramos en los derechos del proveedor que invoca la objeción de conciencia pero también en sus obligaciones profesionales, en los derechos de las mujeres que necesitan atención sanitaria, en las consecuencias de dicha negativa para la salud de las mujeres y en el impacto sobre el sistema de salud en su conjunto.

La objeción de conciencia es la negativa a participar en una actividad que una persona considera incompatible con sus creencias religiosas, morales, filosóficas o éticas [1]. Tuvo su origen en la oposición al servicio militar obligatorio, pero se ha extendido a una gran variedad de contextos de lucha, como la educación, la pena de muerte, los requisitos para la licencia de conducir, las licencias de matrimonio para parejas del mismo sexo, así como la medicina y la atención sanitaria. Los proveedores de atención sanitaria han declarado su objeción de conciencia ante diversos tratamientos médicos (por ejemplo, la atención paliativa al final de la vida y los tratamientos con células madres, entre otros), pero este informe aborda exclusivamente la negativa por razones de conciencia a proporcionar ciertos componentes de la atención médica reproductiva. En este documento empleamos en forma indistinta las expresiones “objeción de conciencia” y “negativa de atención por razones de conciencia”. La negativa a suministrar servicios de salud reproductiva ha afectado a una amplia franja de tratamientos y procedimientos diagnósticos, entre ellos el aborto y su atención posterior, algunos componentes de las técnicas de reproducción asistida relacionados con la

manipulación o la selección de embriones, los servicios de anticoncepción, incluso la anticoncepción de emergencia (AE), el tratamiento en casos de pérdida inevitable del embarazo o enfermedad materna durante el embarazo y el diagnóstico prenatal.

Se han hecho esfuerzos para equilibrar los derechos de los proveedores y otros miembros del personal de atención sanitaria que expresan su objeción y los derechos de los pacientes. Convenciones regionales e internacionales de derechos humanos, como la Convención sobre la Eliminación de Todas las Formas de Discriminación contra las Mujeres (CEDAW) [2], el Pacto Internacional sobre Derechos Civiles y Políticos (PIDESC) [3], la Convención Americana de Derechos Humanos [3] y la Convención Europea para la Protección de los Derechos Humanos y las Libertades Fundamentales [4], así como los órganos de supervisión de tratados de la ONU [5,6], han reconocido tanto el derecho a acceder a servicios de salud sexual y reproductiva accesibles, aceptables y de calidad, como el derecho a la libertad de religión, conciencia y pensamiento. El Protocolo a la Carta Africana de Derechos Humanos y de los Pueblos sobre los Derechos de la Mujer en África reconoce el derecho a no ser discriminado por motivos religiosos, así como el derecho a la salud, especialmente la salud reproductiva, como un derecho humano clave [7]. Estos instrumentos concilian estos derechos en aparente contradicción, estipulando que los individuos tienen derecho a sus creencias, pero que la libertad de *manifestar* las creencias o religiones propias puede limitarse para proteger los derechos de las demás personas.

El Pacto Internacional sobre Derechos Civiles y Políticos, pilar central de los derechos humanos que confiere fuerza legal a la Declaración Universal de los Derechos Humanos de las Naciones Unidas (1948), establece en su artículo 18(1) lo siguiente[1]:

Toda persona tiene derecho a la libertad de pensamiento, de conciencia y de religión; este derecho incluye la libertad de cambiar de religión o de creencia, así como la libertad de manifestar su religión o su creencia, individual y colectivamente, tanto en público como en privado, por la enseñanza, la práctica, el culto y la observancia.

El artículo 18(3), no obstante, establece [1]:

La libertad de manifestar la propia religión o las propias creencias estará sujeta únicamente a las limitaciones prescritas por la ley que sean necesarias para proteger la seguridad, el orden, la salud o la moral públicos, o los derechos y libertades fundamentales de los demás.

Asociaciones profesionales internacionales, como la Asociación Médica Mundial (World Medical Association, WMA) [8] y la Federación Internacional de Ginecología y Obstetricia (FIGO) [9] –así como sociedades y grupo nacionales de médicos y profesionales de enfermería como el Congreso Estadounidense de Obstetras y Ginecólogos (American Congress of Obstetricians and Gynecologists, ACOG) [10], el Grupo Médico por el Derecho a Decidir de Colombia [11] y el Real Colegio de Enfermería (Real College of Nursing) de Australia [12]–, han acordado en forma similar

que el derecho del proveedor de negarse a prestar ciertos servicios por razones de conciencia debe ser secundario a su primer deber, que es hacia el paciente. Asimismo, especifican que ese derecho a negarse a prestar atención sanitaria debe estar limitado por obligaciones que aseguren que no se lesionen los derechos del paciente a la información y a recibir servicios.

La negativa a prestar atención sanitaria por razones de conciencia parece extenderse en muchas partes del mundo. Si bien hay pocos estudios rigurosos, las estimaciones varían entre un 10% de obstetras y ginecólogos que se niegan a practicar abortos, según lo informado en un estudio del Reino Unido [13], hasta casi un 70% de ginecólogos registrados como objetores de conciencia en relación con el aborto en el Ministerio de Salud italiano [14]. Si bien el impacto de la falta de proveedores puede ser inmediato y más evidente en países con tasas altas de mortalidad materna por embarazo, parto y abortos ilegales, que representan una preocupación principal de la salud pública, también se han registrado consecuencias individuales y sistémicas en contextos con riqueza de recursos. A nivel individual, la disminución del acceso a la atención sanitaria como consecuencia de la negativa a prestar servicios por razones de conciencia tiene un impacto desproporcionado en quienes viven en circunstancias precarias, o con mayores riesgos de otros tipos, y agrava la desigualdad del estatus de salud. De hecho, demasiados hombres, mujeres y adolescentes carecen de acceso a servicios esenciales de salud reproductiva por vivir en países con leyes restrictivas, recursos médicos escasos y proveedores y espacios insuficientes para capacitar a otros, así como una limitada infraestructura de salud y medios para acceder a la

atención, como carreteras y medios de transporte. La cantidad insuficiente de proveedores se reduce aún más por la “fuga de cerebros”: personal capacitado que deja su país de origen en busca de carreras más lucrativas, cómodas y técnicamente satisfactorias en tierras más ricas [15]. El acceso a la salud reproductiva se ve también afectado cuando ginecólogos, anesthesiólogos, médicos generales, profesionales de enfermería, parteras y farmacéuticos invocan la objeción de conciencia como argumento para negarse a suministrar elementos específicos de atención sanitaria.

El nivel de recursos asignados por el sistema de salud influye de manera importante en el impacto causado por la pérdida de proveedores debido a la negativa a prestar servicios por razones de conciencia. En contextos de recursos limitados, donde hay muy pocos proveedores para las necesidades de la población, es lógico suponer la siguiente cadena de eventos: la reducción progresiva del personal disponible lleva a ejercer mayor presión sobre los proveedores que quedan; más mujeres presentan complicaciones por no acceder a los servicios en el momento necesario; las complicaciones requieren servicios especializados, como cuidados intensivos maternos y neonatales y personal con mayor capacitación, lo que supone también costos más altos. El aumento de la demanda de personal y servicios especializados sobrecarga y desvía los recursos humanos y de infraestructura que podrían estar disponibles para otros servicios de salud prioritarios. No obstante, resulta difícil describir el impacto de la objeción de conciencia cuando es apenas una de muchas barreras a la atención de la salud reproductiva. Es conceptual y pragmáticamente complicado diferenciar en qué proporción la reducción del acceso a la atención reproductiva es atribuible a la objeción

de conciencia o a otros factores como la limitación de recursos, leyes restrictivas y otras barreras.

¿Cuáles son los criterios para establecer el estatus de objetor y quién es elegible para invocar la objeción de conciencia? En el contexto militar, los objetores por razones de conciencia deben cumplir con numerosos requisitos de procedimiento y proporcionar pruebas de que sus creencias son sinceras, sólidas y profundamente sostenidas [16]. Estos requisitos buscan distinguir a los objetores genuinos de quienes entremezclan la objeción de conciencia con opiniones políticas o personales. Por ejemplo, un verdadero objetor de conciencia respecto de una actividad militar rechazaría combatir en cualquier guerra, mientras otros pueden estar en desacuerdo con una guerra en particular pero estarían dispuestos a participar en una guerra “justa”. Los hallazgos de estudios e informes de casos anecdóticos de muchos países sugieren que algunos médicos invocan la objeción de conciencia por razones que no coinciden con convicciones éticas o religiosas sostenidas en profundidad. Por ejemplo, algunos médicos de Brasil, que se describen a sí mismos como objetores, estuvieron dispuestos sin embargo a obtener o proveer abortos para sus familiares inmediatos [17]. Un estudio polaco informó el caso de clínicos, como los llamados *White Coat Underground*, que invocan el estatus de objetores de conciencia en sus trabajos en el sector público, pero brindan esos mismos servicios en sus consultorios privados a cambio de honorarios [18]. Otras investigaciones indican que algunos clínicos invocan el estatus de objetores para evitar ser asociados con servicios estigmatizados, más que por rechazarlos verdaderamente a conciencia [19].

Más aun, algunas *instituciones* médicas de afiliación religiosa reivindican el estatus de objetoras de conciencia y obligan a sus empleados a negar la prestación de servicios legalmente permitidos [20, 21]. Se entiende generalmente que el derecho a la conciencia corresponde a personas individuales y no a instituciones, y la invocación de la objeción de conciencia se considera un modo de mantener la integridad moral o religiosa de una persona. Pero hay quienes están en desacuerdo y argumentan que la misión de un hospital es análoga a la identidad de conciencia de una persona y “garantiza la deferencia sustancial” [22]. Otros refutan el argumento anterior sobre la base de que las instituciones médicas cuentan con habilitación estatal, a menudo reciben financiación pública y en algunas comunidades pueden ser los únicos proveedores de atención sanitaria. Wicclair y Charo sostienen que dado que una licencia confiere ciertos derechos y privilegios a una institución [22-24], “cuando los licenciatarios aceptan y gozan de estos derechos y privilegios asumen obligaciones recíprocas, entre ellas las de proteger de daños a los pacientes, promover su salud y respetar su autonomía” [22].

También hay controversias sobre si las obligaciones y los derechos varían si un proveedor trabaja en el sector público o en el privado. Los proveedores del sector público son empleados y tienen la obligación de atender al público por el bien de la comunidad, brindando las “normas de atención” más altas, según lo establecido en las leyes y políticas del Estado [22]. El Instituto de Medicina (IOM) de los Estados Unidos define “norma de atención” como “el grado en que los servicios de salud que atienden a

personas y poblaciones aumentan la posibilidad de desenlaces médicos deseados de acuerdo con el conocimiento profesional actual”, e identifica a la seguridad, la eficiencia, el enfoque en el paciente y la oportunidad como componentes claves [25]. La Organización Mundial de la Salud (OMS) agrega los conceptos de equidad, accesibilidad y eficiencia a la lista de componentes esenciales de la calidad de atención [26]. Dichos precedentes legales limitan el alcance de la objeción de conciencia para los profesionales que trabajan como actores del Estado [23]. Otras opiniones afirman que tales limitaciones pueden extenderse a quienes proporcionan servicios de salud en el sector privado porque, dado que la habilitación estatal otorga a estos profesionales un monopolio sobre un servicio público, los profesionales tienen la obligación colectiva hacia los pacientes de brindar un acceso no discriminatorio a todos los servicios legales [23, 27]. No obstante, resulta más difícil identificar la negativa a prestar servicios por razones de conciencia en el sector privado, porque los clínicos en general pueden elegir los servicios que ofrecen, aunque tienen la misma obligación profesional de brindar a los pacientes información precisa y derivación.

Un marco alternativo brinda el concepto de *compromiso de conciencia* para reconocer a aquellos proveedores cuya conciencia les motiva a proporcionar servicios de salud reproductiva y que dan prioridad a la atención del paciente frente a la adhesión a doctrinas religiosas o al propio interés religioso [28, 29]. Dickens y Cook dicen que el compromiso de conciencia “inspira a los proveedores médicos a superar las barreras para el suministro de servicios reproductivos y para proteger y mejorar la salud de las mujeres” [28]. Sostienen que, dado que la prestación de atención puede basarse en la

conciencia, el pleno respeto de dicha conciencia exige incluir tanto la objeción a participar como el compromiso de prestar servicios, de modo que los proveedores tengan también el derecho a no sufrir discriminación por sus convicciones [28]. Este principio es recogido por la FIGO [9]; según su *Resolución sobre objeción de conciencia*, “los clínicos tienen derecho a respetar sus convicciones de conciencia tanto para realizar como para no realizar procedimientos legales” [30].

Comenzamos este informe con una revisión de los datos limitados sobre la prevalencia de la negativa a prestar servicios por razones de conciencia y las motivaciones de los objetores. Es necesario contar con datos descriptivos sobre la prevalencia para evaluar la distribución y el alcance de este fenómeno y para comprender las preocupaciones de los objetores, con el fin de elaborar respuestas respetuosas y efectivas. En primer lugar revisamos los datos, señalamos las limitaciones metodológicas, geográficas y de otros tipos y especificamos algunas cuestiones que requieren mayor investigación. Después exploramos las consecuencias de la negativa a prestar servicios por razones de conciencia para las pacientes y los sistemas de salud. Lo ideal sería evaluar la evidencia empírica del impacto que produce la negativa a prestar servicios por razones de conciencia sobre el retraso en la obtención de atención para las pacientes y sus familias, la sociedad, los proveedores de atención médica y los sistemas de salud. Sin embargo, como no se han llevado a cabo investigaciones de esa naturaleza, optamos por delinear en forma esquemática la secuencia lógica de eventos que suceden cuando se niega la atención.

Seguidamente analizamos las respuestas al ejercicio de la objeción de conciencia elaboradas por cuerpos transnacionales, gobiernos, el sector de la salud y otros empleadores, así como las asociaciones profesionales. Estas respuestas incluyen el establecimiento de criterios para obtener el estatus de objetor, la obligación de informar a los pacientes, la inscripción del estatus de objetor, la derivación obligatoria a proveedores dispuestos a brindar el servicio y la prestación de atención de emergencia. Nos remitimos a análisis realizados por terceros para categorizar los distintos modelos utilizados: legislativos, constitucionales, jurisprudenciales, regulatorios, de requisitos laborales y de normas de atención profesional. Por último, brindamos recomendaciones para investigaciones ulteriores y para encontrar formas en que las organizaciones médicas y de salud pública podrían contribuir con el desarrollo y la implementación de políticas para gestionar la negativa a prestar atención sanitaria por razones de conciencia.

Este informe se basa en material científico médico, legal, ético, social y de salud pública elaborado durante los últimos quince años, en inglés, francés, alemán, italiano, portugués y español, disponible en 2013. Se propone como un compendio novedoso, útil para el sector de la salud y para otros responsables de la elaboración de políticas que deben negociar el equilibrio entre los derechos de los proveedores individuales a la “conciencia” y la obligación sistémica de brindar atención y requerirá actualizaciones a medida que surjan nuevas evidencias y experiencias políticas. Apunta además a destacar la importancia de las perspectivas médicas y de salud pública, utilizar un marco de derechos humanos para brindar servicios de salud reproductiva y enfatizar el

uso de evidencia científica en las deliberaciones sobre políticas en lo referente a derechos y obligaciones.

2. Revisión de la evidencia

2.1. Métodos

Hemos revisado la información sobre la prevalencia de la objeción de conciencia y las motivaciones de los objetores con el fin de evaluar la distribución y el alcance del fenómeno y así tener bases empíricas para diseñar respuestas respetuosas y eficaces. Pero resulta muy difícil obtener estimaciones sobre la prevalencia; no existe consenso sobre los criterios para el estatus de objetor y por ello, tampoco hay una definición normalizada de la práctica. Resulta además difícil evaluar si los hallazgos de algunos estudios reflejan intenciones o comportamientos reales. Los pocos países que exigen la inscripción de los objetores son los que proporcionan la evidencia de prevalencia más sólida.

No resulta posible realizar una revisión sistemática porque los datos son limitados en una variedad de formas (que describiremos), lo que los hace en muchos casos no elegibles para su inclusión en ese tipo de proceso. Buscamos sistemáticamente datos de estudios cuantitativos, cualitativos y etnográficos y encontramos que muchos tienen muestras de escaso tamaño o no representativas, tasas de respuesta bajas y otras limitaciones metodológicas que limitan sus posibilidades de generalización. Por cierto, no es posible comparar los estudios revisados desde el punto de vista metodológico o temático. La mayoría de los mismos se centra en la negativa a prestar atención

relacionada con el aborto y muy pocos examinan la negativa a prestar servicios de emergencia, anticoncepción, diagnóstico prenatal u otros tipos de atención. Algunos estudios analizan las actitudes y las prácticas de los proveedores en relación al aborto en general, mientras que otros investigan estos temas en términos de las circunstancias específicas en que las personas solicitan el servicio: por ejemplo, razones financieras, selección de sexo, fallo de la anticoncepción, violación/incesto, anomalía fetal y riesgo de vida para la madre. Algunos estudios se basan en encuestas electrónicas o postales cerradas, mientras que otros utilizan entrevistas en profundidad. La mayoría se centra en los médicos; muy pocos estudian la situación de los profesionales de enfermería, parteras o farmacéuticos.

Estas investigaciones también tienen limitaciones geográficas, por haberse realizado mayoritariamente en países de altos ingresos. Por tener mayores recursos y leyes y políticas más liberales sobre salud reproductiva, muchos países de altos ingresos ofrecen una gama más amplia de servicios legales y, en consecuencia, más oportunidades para la objeción. La evaluación de la negativa a prestar atención por razones de conciencia en contextos con recursos restringidos plantea desafíos adicionales, porque los costos altos y la falta de proveedores capacitados pueden reducir el papel de la negativa y de otros factores que obstaculizan el acceso a los servicios. Partiendo de la base de que la objeción de conciencia a prestar atención de salud reproductiva no se ha estudiado todavía con el rigor necesario, incluimos todos los estudios que hemos logrado localizar durante los últimos quince años, y

presentamos los temas transversales como propuesta para la investigación sistemática futura.

2.2 Prevalencia y actitudes

Las estimaciones más sólidas de prevalencia provienen de una muestra limitada de los pocos lugares que exigen que los objetores se inscriban como tales o proporcionen una notificación escrita. El 70% de los obstetras y ginecólogos y el 50% de los anesthesiólogos se han registrado ante el Ministerio de Salud de Italia como objetores al aborto [31]. Si bien Noruega y Eslovenia exigen cierta forma de inscripción, ninguno de ambos países ha informado datos de prevalencia [32–34]. Otras estimaciones de prevalencia se derivan de encuestas con diversas estrategias de muestreo y tasas de respuesta. En una muestra aleatoria realizada entre practicantes de ginecología y obstetricia en el Reino Unido, casi un tercio objetó la práctica del aborto [35]. El 14% de los médicos de diversas especialidades encuestados en Hong Kong se declaró objetor [36]. El 17% de los farmacéuticos habilitados encuestados en el Estado de Nevada objetó el suministro de mifepristona y el 8% se declaró objetor de la anticoncepción de emergencia [37]. Un informe de Austria describe muchas regiones sin proveedores y en Portugal se informa que aproximadamente el 80% de los ginecólogos del país se niega a realizar abortos legales [38–40].

Otros estudios han investigado opiniones sobre el aborto y la intención de prestar servicios. Una muestra de disponibilidades de estudiantes de medicina y enfermería españoles indicó que la mayoría apoya el acceso al aborto y tiene la intención de

prestar el servicio [41]. Una encuesta realizada a estudiantes de medicina, enfermería y asistentes médicos en una universidad estadounidense indicó que más de dos tercios de los encuestados están a favor del aborto pero solo un tercio tiene la intención de practicar el procedimiento, siendo los estudiantes de enfermería y los asistentes médicos quienes muestran el mayor interés en hacerlo [42]. Los ocho sanadores tradicionales entrevistados en Sudáfrica se opusieron al aborto [43] y un estudio etnográfico de los obstetras y ginecólogos, parteras y profesionales de enfermería de Senegal informó que un tercio consideraba que la ley altamente restrictiva del país debería permitir el aborto en casos de violación e incesto, pero muy pocos de los encuestados estaban dispuestos a prestar el servicio (estudio no publicado).

Algunos estudios indican que un subgrupo de proveedores afirma ser objetores de conciencia, cuando de hecho su objeción no es absoluta. Lo que realmente refleja es opiniones sobre las características del paciente o sus razones para solicitar un servicio particular. Por ejemplo, una muestra aleatoria estratificada de médicos estadounidenses reveló que la mitad se niega a proporcionar servicios de anticoncepción y aborto a adolescentes sin el consentimiento de los padres, aun cuando la ley establece lo contrario [44]. Una encuesta de miembros de la sociedad estadounidense de profesionales de pediatría de emergencia indicó que la mayoría apoyaba la prescripción de medicamentos de anticoncepción de emergencia a adolescentes, pero solo una minoría lo había hecho en forma efectiva [45]. Un estudio del programa de atención posterior al aborto de Senegal, dirigido a reducir la morbilidad y la mortalidad causadas por complicaciones de abortos no seguros, determinó que

algunos proveedores retrasaron la prestación de atención a mujeres que, según sus sospechas, se habían sometido a un aborto inducido (estudio no publicado).

La disposición a practicar abortos varía según el contexto clínico y la razón del aborto, como lo demuestra una muestra aleatoria estratificada de obstetras y ginecólogos de la Asociación Médica Estadounidense (American Medical Association, AMA) [46]. Una encuesta de residentes de medicina familiar en EE.UU. que evalúa la prevalencia de la objeción moral en 14 procedimientos médicos legalmente disponibles, reveló que el 52% de los encuestados apoyaba la realización de abortos por fallas de métodos anticonceptivos [47]. A pesar de la oposición al aborto voluntario, más de tres cuartos de los obstetras y ginecólogos que trabajan en hospitales públicos en el área de Buenos Aires entre 1998 y 1999 apoyaba el aborto por riesgo de la salud materna, anomalía fetal grave y violación/inceto [48]. Mientras que el 10% de una muestra aleatoria de especialistas en obstetricia y ginecología del Reino Unido se describen a sí mismos como objetores, la mayoría de este grupo apoyó el aborto por anomalía fetal grave [13].

Otras contradicciones relacionadas con la negativa de atención se derivaron de la familiaridad del proveedor con un paciente, la experiencia de estigmatización o el oportunismo. Un estudio brasileño informó que los ginecólogos de ese país probablemente aceptarán la idea de un aborto para sí mismos o para un familiar antes que para sus pacientes [17]. Los médicos de Polonia y Brasil informaron resistencia a realizar abortos permitidos por la ley debido a una atmósfera política hostil y no tanto

por razones de conciencia. Los autores destacaron además que la objeción de conciencia en la esfera pública permitía a los médicos derivar pacientes a consultorios privados a cambio de honorarios más altos [19].

No sorprende que mayores niveles de religiosidad declarada se asociaran con mayores niveles de desaprobación y de objeción a la prestación de ciertos procedimientos [49]. Además, una muestra aleatoria de médicos generalistas británicos [50], un estudio de profesionales de enfermería matriculados de Idaho [51], un estudio de obstetras y ginecólogos de un hospital en Nueva York [52] y una encuesta multidisciplinaria de obstetras, ginecólogos y parteras en Suecia [53] estableció una asociación entre la religiosidad declarada y la resistencia a practicar abortos. Un estudio sobre farmacéuticos de Texas determinó la misma asociación en relación con la negativa a prescribir anticonceptivos de emergencia [54].

La mayor aceptación de estos componentes de servicios controvertidos y las tasas más bajas de objeción se asociaron con niveles más altos de capacitación y experiencia en una encuesta realizada a estudiantes de medicina y médicos en Camerún y en un estudio cualitativo de clínicos obstetras y ginecólogos en Senegal [55,56]. Patrones similares prevalecieron en un estudio sobre estudiantes de medicina noruegos [57] y entre farmacéuticos y obstetras/ginecólogos en EE.UU. [45].

La negativa de los médicos a proporcionar elementos de técnicas de reproducción asistida y diagnóstico prenatal también varió, a veces motivada por preocupaciones

sobre la propia falta de competencia para efectuar dichos procedimientos. Y si bien la mayoría de los obstetras/ginecólogos y los profesionales de enfermería daneses (87%) en un estudio no aleatorio apoyaron el aborto y las técnicas de reproducción asistidas, el 69% se opuso a la reducción selectiva [49]. Una muestra aleatoria de obstetras/ginecólogos del Reino Unido indicó que el 18% no estaba de acuerdo con proporcionar diagnóstico prenatal a una paciente [13].

Varios estudios informan implicancias a nivel institucional como resultado de la negativa a prestar atención sanitaria. Médicos y administradores de enfermería de hospitales de Massachusetts afirmaron que la objeción de los profesionales de enfermería limitaba la capacidad de programar procedimientos y producía demoras para las pacientes [58]. La mitad de un muestreo aleatorio estratificado de obstetras/ginecólogos estadounidenses practicantes principalmente en hospitales con filiación religiosa informaron conflictos con el hospital sobre la práctica clínica; el 5% informó que se centraban en el tratamiento de embarazos ectópicos [59]. El 52% de un muestreo no aleatorio de especialistas obstetras/ginecólogos regionales en el Reino Unido afirmó que la cantidad de médicos jóvenes que se capacita para practicar abortos resulta insuficiente debido a la opción de no realizar el procedimiento y declarar objeción de conciencia [35]. Un informe sudafricano de 2011 establece que más de la mitad de los centros de salud diseñados para prestar servicios de aborto no lo hacen, en parte debido a la objeción de conciencia, lo que produce como resultado la difusión generalizada de abortos no seguros, morbilidad y mortalidad [60]. Un muestreo no

aleatorio de médicos polacos informó que la objeción institucional era más común que la individual [19]. Se realizaron observaciones similares en hospitales eslovacos [61].

Pocas investigaciones han explorado las actitudes clínicas hacia la reglamentación de la negativa a prestar atención de salud reproductiva por razones de conciencia. Dos estudios de EE.UU. indican que la mayoría de los médicos de medicina familiar en Wisconsin y un muestreo aleatorio de médicos estadounidenses creen que los médicos deberían informar su estatus de objetor a las pacientes [44, 47]. Una encuesta realizada entre especialistas británicos reveló que la mitad desea que la autoridad incluya la prestación de servicios de aborto en las descripciones de los puestos de trabajo para puestos de obstetras y ginecólogos, y más de un tercio piensa que se debe exigir a los objetores que declaren sus razones [35]. Entrevistas con una muestra intencional de médicos irlandeses revelaron opiniones mixtas sobre la obligación de los objetores de derivar a las pacientes a otros proveedores dispuestos a efectuar el procedimiento, así como la conciencia de que las mujeres viajaban al exterior para realizarse abortos y servicios relacionados que se les negaban en el país [62].

Si bien la literatura examinada indica la ocurrencia generalizada de la objeción de conciencia a proveer ciertos elementos de atención de la salud reproductiva, no ofrece una base probatoria obtenida con rigor que se pueda utilizar para representar el panorama mundial. La evaluación de la prevalencia de la objeción de conciencia exige determinar la cantidad de objetores (numerador) y el recuento total de de la población de proveedores que integran el denominador (por ejemplo, la cantidad de

obstetras/ginecólogos que invocan objeción de conciencia a proveer anticonceptivos de emergencia y la población total de obstetras/ginecólogos). La inscripción de objetores, según lo exige el Ministerio de Salud italiano, proporciona esos datos. Las sociedades profesionales podrían también recolectar datos en forma sistemática mediante encuestas a sus miembros sobre sus prácticas relacionadas con la negativa a prestar atención por razones de conciencia, o incluyendo dicha autoidentificación en los formularios obligatorios estándar. Las instituciones académicas u otras organizaciones de investigación podrían realizar estudios formales o añadir preguntas sobre la objeción de conciencia a prestar atención en las encuestas generales continuas a sus médicos.

Además de la prevalencia, existe una gran cantidad de cuestiones claves. Resulta necesario profundizar en las motivaciones de los objetores para comprender mejor otras razones que pueden conducir a la negativa a prestar atención, además de la objeción de conciencia. Como indicaron los estudios revisados, estos factores pueden incluir el deseo de evitar estigmas, evitar procesos administrativos onerosos, ganar más dinero prestando los servicios en la práctica privada en vez de en los centros de salud públicos, insuficiencias de la capacitación profesional y falta de acceso a los insumos o equipos necesarios. Los estudios cualitativos serían óptimos para investigar estas motivaciones complejas.

¿Qué impacto causa la negativa a prestar atención por razones de conciencia? En la sección próxima describiremos secuencias de eventos plausibles desde las ópticas sistemática y biológica, que se producen cuando se niega la prestación de

componentes de atención específicos. Es necesario investigar para determinar cuáles de estas secuencias se confirman y tienen consecuencias de salud para las mujeres y consecuencias prácticas para los clínicos y el sistema de salud en su conjunto. La investigación podría reflejar las experiencias de las mujeres cuando se les niega la atención: su comprensión, el acceso a alternativas seguras y no seguras, la respuesta emocional y el curso de acción. Las investigaciones desde la perspectiva de los clínicos podrían además explorar las experiencias de quienes suministran los servicios después de que otros se han negado a hacerlo. Cada una de estas cuestiones probablemente tenga respuestas particulares para cada situación, por lo que la investigación se debería realizar en diversos contextos geopolíticos, destacando la naturaleza específica de los hallazgos.

¿Consideran los clínicos la objeción de conciencia como un problema? ¿Qué tipos de restricciones sobre el comportamiento de los proveedores consideran los clínicos como apropiados o realistas? ¿Se han implementado esas políticas o reglamentaciones después de su aprobación? Las que se han implementado, ¿cumplieron con los objetivos esperados? ¿Qué mecanismos de regulación consideran razonables las mujeres? ¿Perciben los clínicos la negativa a prestar atención por razones de conciencia como una barrera importante para los servicios de salud reproductiva? ¿Sería posible abordar el problema de la falta de capacidad clínica que contribuye a la negativa de atención mediante la mejora de la capacitación y la actualización de los programas de las escuelas de medicina y enfermería que se dedican a la salud reproductiva? ¿Lograría una mejora de la capacitación aclarar qué servicios están

permitidos por la ley y en qué circunstancias, para reasegurar a los clínicos lo suficiente para que suministren los servicios? La evidencia empírica es esencial, dado que los diversos actores políticos intentan equilibrar las contradicciones en juego mediante políticas o reglamentaciones.

3. Consecuencia de la negativa a prestar atención de salud reproductiva para las mujeres y para los sistemas de salud

Dividimos las consecuencias potenciales de la negativa a prestar atención para las pacientes y para los sistemas de salud en cinco áreas de atención de salud reproductiva: aborto y su atención posterior, tecnologías de reproducción asistida, anticoncepción, tratamiento por riesgo de salud materna y pérdida inevitable del embarazo, y diagnóstico prenatal. Dado que nos faltan datos empíricos para explorar el impacto de la negativa sobre las pacientes y los sistemas de salud, hemos creado modelos lógicos que describen las consecuencias plausibles de la negativa a suministrar un componente particular. Como fundamentación proporcionamos esquemas visuales que representan esas vías y utilizamos datos y ejemplos de situaciones de negativa en el mundo.

Intentamos aislar el impacto de la objeción de conciencia sobre cada uno de los cinco componentes de salud reproductiva, aunque reconocemos las dificultades de identificar las contribuciones atribuibles a otras barreras planteadas para el acceso. Entre ellas se incluyen recursos limitados, infraestructura inadecuada, omisión de implementar

políticas, prácticas socioculturales y comprensión inadecuada de la legislación pertinente por parte de los proveedores y los pacientes por igual.

Partimos de la premisa de que la negativa a prestar atención tiene como consecuencia que menos clínicos prestan ciertos servicios específicos, lo que restringe el acceso a dichos servicios. Postulamos que los profesionales que siguen suministrando esos servicios controvertidos deberán enfrentarse a un estigma y/o sufrirán una situación de sobrecarga. Especificamos en forma plausible los resultados de salud para las pacientes, así como las consecuencias de la negativa para las familias, las comunidades, los sistemas de salud y los proveedores.

3.1. Negativa a suministrar servicios relacionados con el aborto por razones de conciencia

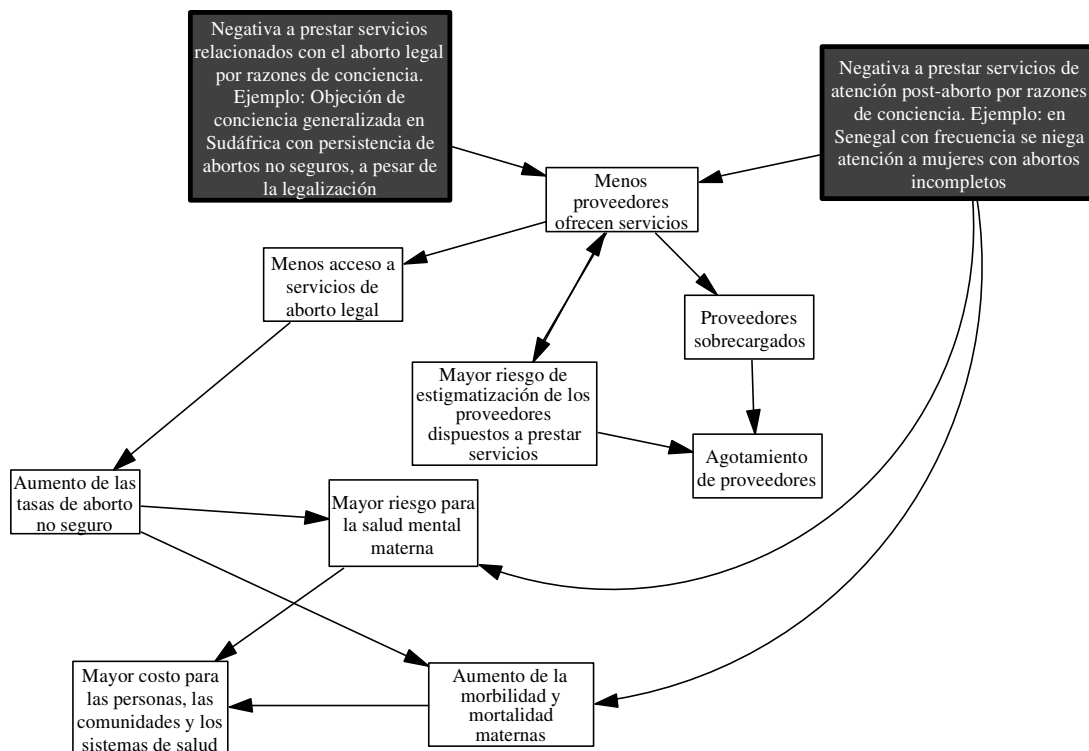
La disponibilidad de servicios de aborto seguro y legal varía enormemente según el contexto. Casi todos los países del mundo permiten el aborto legal en ciertas circunstancias (por ejemplo, para salvar la vida de la mujer y en casos de violación o anomalía fetal grave). Pocos países prohíben el aborto bajo cualquier circunstancia. Si bien algunos de estos permiten la defensa penal de la necesidad de permitir abortos en situaciones de riesgo de vida, Chile, El Salvador, Malta y Nicaragua restringen incluso ese recurso. Otros países con legislación restrictiva no explicitan ni aclaran las circunstancias en las cuales se permite el aborto [63].

En muchos países, especialmente en zonas de bajos recursos, el acceso a los servicios legales se ve comprometido por la falta de recursos para los servicios sanitarios, la escasa información sobre la salud, la comprensión inadecuada de la ley y el estigma social asociado con el aborto [64].

Existe una prueba evidente de que los países que proporcionan mayor acceso al aborto legal y seguro tienen tasas no significativas de abortos no seguros [65]. Por el contrario, casi todos los abortos no seguros del mundo se producen en contextos legales restrictivos. Cuando se restringe el acceso al aborto legal, las mujeres buscan realizar el procedimiento en circunstancias no seguras. Aproximadamente 21,6 millones de los 46 millones de abortos inducidos que se realizan en el mundo cada año no son seguros, y casi todos (98%) se realizan en países de recursos limitados [65, 66]. En países con bajos recursos, más de la mitad de los abortos practicados (56%) no son seguros, en comparación con un 6% en zonas de ingresos altos [66]. Casi un cuarto (más de 5 millones) de estos producen complicaciones médicas graves que requieren tratamiento con internación hospitalaria [67, 68]; 47.000 mujeres mueren cada año debido a abortos no seguros y una cantidad adicional desconocida de mujeres sufren complicaciones debido a abortos no seguros y no buscan atención sanitaria [68]. Si bien la comunidad internacional de la salud ha procurado reducir las altas tasas de morbilidad y mortalidad maternas causadas por los abortos no seguros a través de programas de atención posterior al aborto [56], la implementación y la eficacia de los mismos se ven socavadas por la negativa a prestar atención sanitaria por razones de conciencia [24, 56, 69].

Planteamos que la negativa a prestar atención por razones de conciencia tendrá menos impacto en la población en los países con servicios de aborto accesibles, seguros y legales que en los países donde el acceso es restringido. Las mujeres que viven en contextos en que el aborto legal es ampliamente accesible y se enfrentan a la negativa del proveedor, tendrán probablemente más posibilidades de encontrar a otro proveedor dispuesto a realizar el procedimiento y que ofrezca servicios seguros y legales, que otras mujeres en cuyo entorno el aborto está altamente restringido. Basamos nuestro modelo (Figura 1) en los siguientes ejemplos: (1) en Sudáfrica, la objeción de conciencia generalizada limita la cantidad de proveedores dispuestos a realizar procedimientos y, por tanto, la atención de salud segura, y la cantidad de abortos no seguros no ha disminuido desde la legalización del aborto en 1996 [70, 71]; (2) si bien el programa de atención posterior al aborto de Senegal apunta a mitigar las consecuencias graves de los abortos no seguros, con frecuencia se invoca la objeción de conciencia ante la sospecha de que un aborto ha sido inducido (estudio no publicado) [56].

Fig. 1. Consecuencias de la negativa a prestar servicios relacionados con el aborto.



3.2. Negativa a suministrar servicios de terapia de reproducción asistida por razones de conciencia

La infertilidad es un problema de la salud pública de alcance mundial, que afecta aproximadamente a entre el 8 y el 15% de las parejas [72, 73], 50-80 millones de personas [74] en todo el mundo. Si bien la mayoría de las personas afectadas vive en países de bajos recursos [72, 73], el uso de terapias de reproducción asistida es más probable en países con recursos altos.

El acceso a terapias de reproducción asistida específicas varía según la situación socioeconómica y la ubicación geográfica, entre países e incluso dentro de los mismos. En los países con recursos altos, el costo de los tratamientos varía muchísimo según el

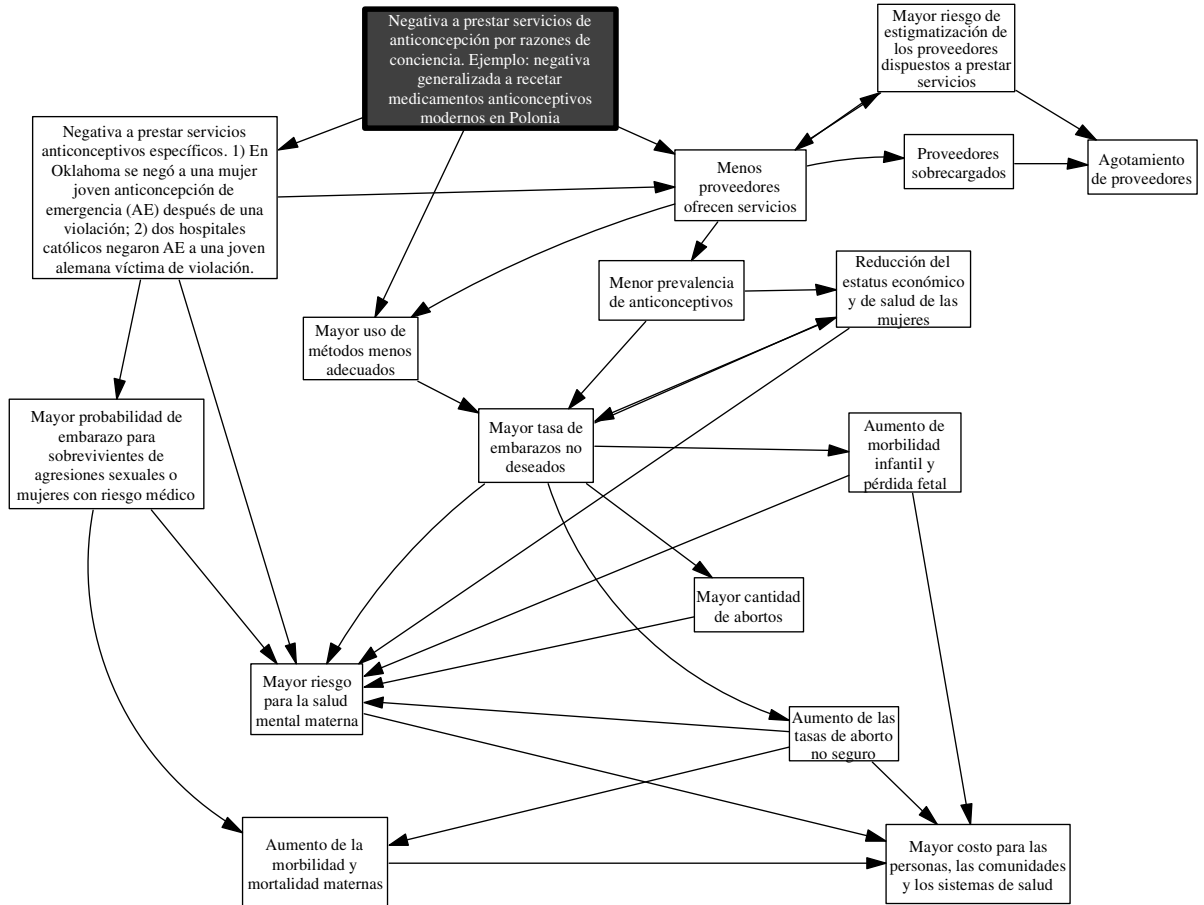
sistema de salud y la disponibilidad de subsidios gubernamentales [75]. Por ejemplo, en 2006 el precio de un ciclo de fertilización in vitro estándar iba desde US\$ 3.956 en Japón a US\$ 12.513 en EE.UU. [76]. Después de establecidos los subsidios gubernamentales en Australia, el costo de una fertilización in vitro promediaba el 6% del ingreso anual disponible de una persona; en EE.UU. era el 50% sin el subsidio [77]. En países de ingresos bajos, a pesar de las altas tasas de infertilidad, existen pocos recursos disponibles para técnicas de reproducción asistida, y los costos son en general prohibitivos para la mayoría de la población. Dado que estos factores económicos e infraestructurales impulsan la falta de acceso a las técnicas de reproducción asistida en los países de bajos recursos, postulamos que la negativa a prestar esos servicios por razones de conciencia no es uno de los factores esenciales en contribuir al acceso limitado en esos contextos. Por lo tanto, para el modelo (Figura 2), examinamos primariamente las consecuencias de la objeción de conciencia a suministrar técnicas de reproducción asistida en países de ingresos medios y altos. En ocasiones, las reglamentaciones y políticas sobre técnicas de reproducción asistida reflejan preocupaciones de base empírica fundamentadas en evidencia médica sobre los resultados para la salud de las mujeres y sus hijos, o las prioridades de los sistemas de salud. Sin embargo, nos centraremos en situaciones en las que algunos médicos ejercen su práctica siguiendo creencias morales o religiosas, incluso cuando las mismas entran en contradicción con las prácticas médicas más aceptadas. En algunos países de América Latina, a pesar de que la evidencia médica demuestra que los resultados maternos y fetales son marcadamente superiores cuando se implantan menos embriones, la objeción a la criopreservación y la selección/reducción de

embriones promovida por la Iglesia Católica habría llevado a muchos médicos a evitar esas técnicas [78]. Informes anecdóticos de Argentina describen la tendencia de los médicos que trabajan en técnicas de reproducción asistida de evitar la criopreservación y la selección/reducción de embriones después de que un abogado y miembro del Opus Dei se autodesignó representante legal de los embriones criopreservados [78,79]. El único ejemplo que ilustra las implicancias de la negativa de diagnóstico genético preimplantacional se refiere a una prohibición legal, más que a la negativa de prestar atención por razones de conciencia. No obstante lo utilizaremos para describir las consecuencias potenciales que se producen cuando se niega dicha atención. En 2004, Italia aprobó una ley que prohíbe el diagnóstico genético preimplantacional, la criopreservación y la donación de gametos [80]. Esta prohibición obligó a una pareja de portadores del gen de beta talasemia a esperar para someterse a una amniocentesis, y como consecuencia debieron realizar un aborto en el segundo trimestre en vez de detectar la anomalía antes de la implantación [80] (Figura 2).

recursos [81, 82]. Dentro de los países también puede variar el acceso a los métodos y su uso. Por ejemplo, según la Encuesta demográfica y de salud de Kenya realizada en 2003 (un estudio multidisciplinario de una muestra representativa nacional), las mujeres del quintil más rico tenían probabilidades significativamente mayores de utilizar métodos anticonceptivos a largo plazo (dispositivos intrauterinos, esterilización, implantes) que las mujeres del quintil más pobre [82].

La situación legal de los métodos anticonceptivos específicos también varía según el contexto. En Honduras, el Congreso aprobó un proyecto de ley que prohíbe la anticoncepción de emergencia, que aún no ha sido promulgado [83]. Incluso en situaciones en que la anticoncepción es legal, la falta de recursos básicos asignados por los programas gubernamentales puede poner en riesgo la disponibilidad de métodos específicos. Los altos costos de fabricación o los precios excesivamente altos también pueden obstaculizar el acceso [84]. En otros casos, los proveedores sanitarios individuales optan por no suministrar métodos anticonceptivos a las mujeres en general o a ciertos grupos. Algunos proveedores se niegan a proporcionar métodos específicos como la anticoncepción de emergencia o la esterilización. En Polonia existe una negativa generalizada a suministrar servicios anticonceptivos (comunicación personal con J. Mishtal, abril de 2012.). En Oklahoma, un médico se negó a proporcionar anticoncepción de emergencia a una víctima de violación [85], y en Alemania se produjo la misma situación en dos hospitales católicos en 2012 [86]. En la figura 3 presentamos las implicancias potenciales de la negativa a prestar servicios anticonceptivos por razones de conciencia.

Fig. 3. Consecuencias de la negativa a prestar servicios de anticoncepción.



3.4. Negativa a prestar servicios en casos de riesgos para la salud materna y de pérdida inevitable del embarazo

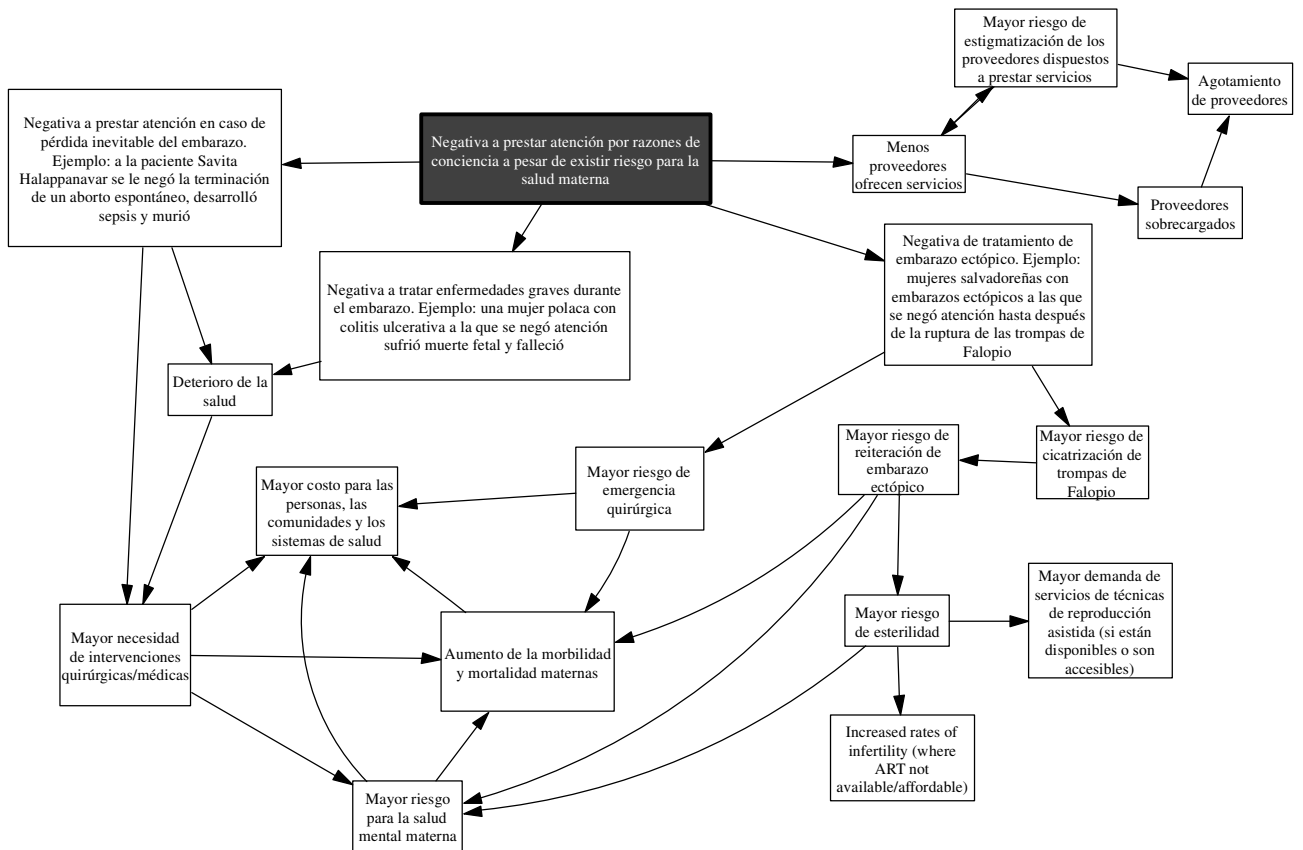
En ciertas circunstancias, el embarazo puede exacerbar una enfermedad grave de la madre o una cierta enfermedad puede requerir un tratamiento que implica riesgos para el feto. En estos casos, las mujeres necesitan acceder a tratamientos que salven su vida, entre los que puede estar incluido el aborto. Pero en muchas oportunidades se ha negado el tratamiento adecuado a muchas mujeres. Se ha negado la atención sanitaria

necesaria a mujeres que desean finalizar la pérdida inevitable de un embarazo ectópico o un aborto espontáneo.

Excede el alcance de este documento definir la gama completa de condiciones que pueden verse exacerbadas por el embarazo y poner en riesgo la salud de una mujer embarazada. Sin embargo, la incidencia de los embarazos ectópicos varía de 1 a 16% [87-90], y entre el 10 y el 20% de los embarazos clínicamente reconocidos finalizan con un aborto espontáneo [90]. Con frecuencia, la negativa a suministrar atención en circunstancias de riesgo para la salud materna se produce en contextos de leyes de aborto altamente restrictivas. Mencionaremos tres casos en el plano mundial (Figura 4) para destacar este fenómeno en nuestro modelo. En 2012 en Irlanda, Savita Halappanavar, de 31 años, se presentó en un hospital de Galway con una ruptura de membrana al comienzo del segundo trimestre de embarazo. Se le negó el procedimiento de terminación del aborto espontáneo inevitable, sufrió septicemia y murió [91]. La hija de Z, una joven polaca, recibió un diagnóstico de colitis ulcerativa durante el embarazo [92]. Se le negó el tratamiento médico en reiteradas oportunidades; los médicos afirmaron que no realizarían procedimientos ni pruebas que pudieran producir daño fetal o la terminación del embarazo [92]. Se desarrolló septicemia, se produjo la muerte fetal y la paciente murió. El único ejemplo que ilustra las implicancias de la negativa de tratamiento en un caso de embarazo ectópico proviene de las prohibiciones legales, más que de un caso de negativa a prestar atención sanitaria por razones de conciencia. En El Salvador, la prohibición total de realizar abortos ha llevado a que los médicos se nieguen a tratar casos de embarazo

ectópico [93]; en Nicaragua, la prohibición del aborto produce la demora del tratamiento de los embarazos ectópicos, a pesar de existir leyes y pautas médicas que establecen lo contrario [94] (Figura 4).

Fig. 4. Consecuencias de la negativa a prestar atención en casos de riesgo para la salud materna y pérdida inevitable del embarazo.

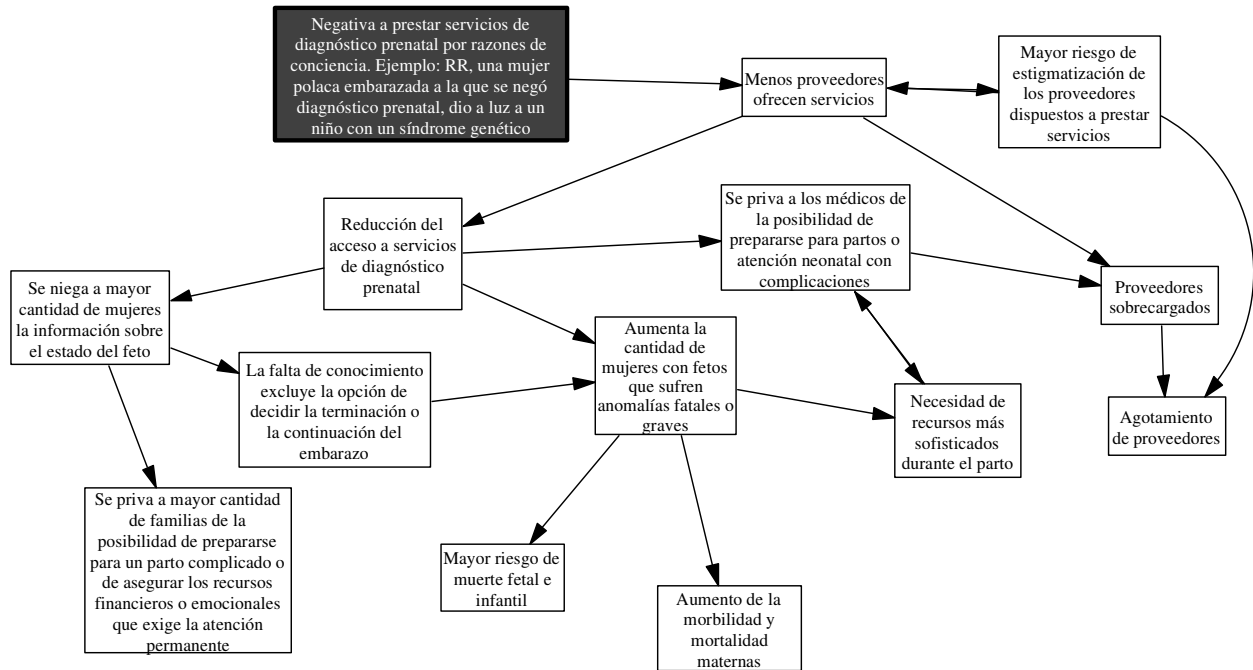


3.5. Negativa a suministrar servicios de diagnóstico prenatal por razones de conciencia

La disponibilidad del diagnóstico prenatal varía enormemente según el contexto; los países de recursos medios a altos tienen mayor acceso a pruebas para una variedad de afecciones genéticas y anomalías estructurales, y en los países de ingresos más

bajos, muchas menos personas tienen acceso a series más limitadas de pruebas. El acceso al diagnóstico prenatal suministra información a las mujeres para poder tomar decisiones y prepararse si se detectan anomalías fetales graves o mortales. Los resultados por neonatos afectados varían según el nivel de recursos del país; el diagnóstico prenatal permite a los médicos planificar el nivel de atención necesario en el parto y durante el período prenatal. El diagnóstico prenatal también proporciona tiempo a las familias para obtener los recursos emocionales y financieros que les permitan prepararse para el nacimiento de un hijo con necesidades especiales [95, 96]. En contextos donde existen menos recursos disponibles para el diagnóstico prenatal, la objeción de conciencia restringe aun más el acceso de las mujeres a esos servicios. La figura 5 presenta las vías y las implicancias de la negativa a prestar servicios de diagnóstico prenatal por razones de conciencia. Dado que la mayoría de los datos sobre el acceso al diagnóstico prenatal proviene de países con alto nivel de recursos, debemos proyectar lo que sucedería en países con menos recursos. Utilizamos el ejemplo de *RR*, una mujer polaca a la que se negó reiteradamente la realización de pruebas de diagnóstico para evaluar la situación del feto después de que un estudio de ultrasonido detectara un higroma nucal [97] (Figura 5).

Fig. 5. Consecuencias de la negativa a prestar servicios de diagnóstico prenatal.



4. Respuestas normativas para gestionar la negativa a prestar atención de salud reproductiva por razones de conciencia

En esta sección revisamos diversas intervenciones normativas relacionadas con la negativa a prestar atención por razones de conciencia. En primer lugar analizamos el contexto dado por las normas o los organismos de derechos humanos en los cuales se ha consagrado la libertad de conciencia. El Comité de Derechos Económicos, Sociales y Culturales (Committee on Economic, Social and Cultural Rights, CESCR), el Comité de la Convención sobre la Eliminación de todas las Formas de Discriminación contra la Mujer (Committee on the Elimination of Discrimination against Women, CEDAW) y el

Comité de Derechos Humanos de la ONU se han expresado sobre la necesidad de conciliar el derecho de los proveedores a ejercer el dictado de su conciencia con el de las mujeres al acceso a servicios de salud [98-104]. El Comité de la CEDAW afirma que “la negativa de un Estado Parte a prever la prestación de determinados servicios de salud reproductiva a la mujer en condiciones legales resulta discriminatoria” y que, si los encargados de prestar servicios sanitarios se niegan a prestar esa clase de servicios por razones de conciencia, “deberán adoptarse medidas para que deriven a la mujer a otras entidades que prestan esos servicios” [99]. El CESCR ha instado a Polonia a tomar medidas eficaces que aseguren el respeto del derecho de la mujer a la salud sexual y reproductiva, entre otras cosas, “haciendo cumplir la legislación sobre el aborto y poniendo en marcha un mecanismo de remisión oportuna y sistemática en los casos de objeción de conciencia” [104].

Las comunidades médicas y de salud pública internacionales, entre ellas la FIGO en sus Pautas éticas sobre la objeción de conciencia (2005) [9] y la OMS en su Pautas sobre aborto sin riesgos actualizadas (2012) [105], han establecido principios relacionados con la gestión de la objeción de conciencia a prestar servicios de salud reproductiva. Si bien dichas recomendaciones no son vinculantes, establecen normas de atención profesionales. Entre ellas se incluyen:

- Los proveedores tienen derecho a alegar objeción de conciencia y a no ser discriminados debido a sus creencias.

- La obligación de conciencia primaria de los proveedores de atención sanitaria es suministrar tratamiento, proporcionar beneficio y evitar daños a sus pacientes; la objeción de conciencia es secundaria a ese deber primario.

Además, es necesario establecer las siguientes salvaguardas que aseguren el acceso a los servicios sin discriminación ni retrasos indebidos:

- Los proveedores tienen el deber profesional de seguir definiciones de servicios de salud reproductiva establecidas en forma profesional y científica, y de no interpretarlas en forma errónea sobre la base de de sus creencias personales
- Las pacientes tienen el derecho de ser derivadas a profesionales no objetores para recibir los procedimientos indicados médicamente para su atención.
- Los proveedores de atención sanitaria deben posibilitar a las pacientes el acceso oportuno a los servicios médicos necesarios, lo que incluye brindar información sobre las opciones de atención médicamente indicadas, incluso aquéllas frente a las cuales los proveedores expresan objeción de conciencia.
- Los proveedores deben suministrar atención a sus pacientes en el momento necesario cuando no es posible realizar una derivación y la demora podría poner en riesgo la salud de las pacientes.
- En situaciones de emergencia los proveedores deben proporcionar la atención médicamente indicada, independientemente de sus objeciones personales.

Estas afirmaciones dan razón a ambas partes de la contradicción: el derecho de las pacientes a acceder a la atención médica adecuada y el derecho de los proveedores a

objetar por razones de conciencia la prestación de un servicio determinado. Estas pautas subrayan la obligación profesional de los proveedores de salud de asegurar el acceso oportuno a la atención, a través del suministro de información precisa, la derivación y la atención de emergencia. A nivel transnacional, los documentos de consenso sobre derechos humanos establecen que las instituciones y las personas están obligadas en forma similar por sus obligaciones de funcionar según los principios sólidos que sustentan la práctica de la medicina, como la obligación de proporcionar a los pacientes información precisa, brindar atención según las normas más altas posibles y atender a los pacientes en situación de emergencia.

A nivel nacional, sin embargo, no existe acuerdo sobre si una institución puede invocar el estatus de objetor. Por ejemplo, España [106], Colombia [107] y Sudáfrica [108] tienen leyes que establecen que la objeción de conciencia a practicar abortos es siempre una decisión individual y no institucional. Por el contrario, la legislación argentina [109,110] otorga a las instituciones privadas la capacidad de objetar y exige a los centros privados de salud inscribirse como objetores de conciencia ante las autoridades de salud locales. En Uruguay, el código de ética no exige que la institución que da empleo a un objetor de conciencia proporcione servicios de derivación, si bien un proyecto de ley propuesto recientemente incluiría tal requisito [111, 112]. En EE.UU. la cuestión de los derechos y las obligaciones institucionales es objeto de un agudo debate y la situación es compleja y sin resolución visible. En la actualidad, las leyes federales prohíben a las instituciones que reciben financiación federal discriminar a una entidad de atención sanitaria que se niegue a prestar servicios de aborto [113]. Pero

otras leyes federales exigen a las instituciones que prestan servicios a personas con bajos recursos que mantengan una red adecuada de proveedores y garanticen que las personas reciban los servicios sin incurrir en gastos adicionales [114].

Organismos de derechos humanos internacionales y regionales, gobiernos, tribunales y asociaciones profesionales han elaborado diversas respuestas ante la negativa a prestar atención sanitaria por razones de conciencia. Esas respuestas difieren en cuanto a los derechos que protegen: el derecho de una mujer a acceder a servicios legales o el derecho de un proveedor a objetar por razones de conciencia. También pueden tener diferentes énfasis u objetivos. Algunas respuestas se centran en asegurar una cantidad adecuada de proveedores para un servicio específico, otras en garantizar que las mujeres reciban derivaciones oportunas a profesionales sanitarios no objetores y otras buscan establecer criterios para la definición de objetor. Por ejemplo, Noruega estableció un marco regulatorio y de supervisión integral para la objeción de conciencia sobre el aborto, que incluye garantizar la disponibilidad de proveedores [33,115]. En Colombia, el Tribunal Constitucional afirmó que la objeción de conciencia debe estar fundamentada por una convicción religiosa verdadera y no por una opinión personal sobre la conveniencia de un procedimiento [116].

Algunas de estas respuestas son legalmente vinculantes a través de disposiciones constitucionales nacionales, leyes o jurisprudencia. El Tribunal Europeo de Derechos Humanos (TEDH), cuyas disposiciones tienen obligatoriedad legal para los países miembros, estableció la obligación de los Estados de organizar la práctica de la

objeción de conciencia para asegurar que los pacientes tengan acceso a servicios legales, específicamente en el caso del aborto [97]. Las asociaciones profesionales y los empleadores han creado otros tipos de intervenciones, entre ellas los requisitos laborales y las recomendaciones no vinculantes. En Alemania, por ejemplo, un Tribunal Administrativo de Baviera, ratificado por el Tribunal Administrativo Federal [117], decidió que era permisible para una municipalidad incluir capacitación y disposición de practicar abortos como criterio para un puesto de trabajo. En Noruega los empleadores pueden negarse a emplear a objetores y los avisos de empleo pueden exigir la práctica del aborto como condición [112]. En Suecia, Bulgaria, República Checa, Finlandia e Islandia los proveedores de salud no tienen el derecho legal de objetar la prestación de servicios de aborto por razones de conciencia [38]. Algunos países exigen la derivación de la paciente a proveedores no objetores. Por ejemplo, en el caso reciente *P y S c. Polonia*, el TEDH resaltó la necesidad de consignar por escrito las derivaciones e incluirlas en el expediente médico de la paciente [119]. En Argentina [110] y Francia [120], la legislación exige a los médicos que apelan a la objeción de conciencia que deriven a los pacientes a médicos no objetores. Existen leyes similares en Victoria, Australia [121], Colombia [116, 122, 123], Italia [124] y Noruega [115]. Asociaciones profesionales y médicas en todo el mundo recomiendan que los objetores deriven a los pacientes a colegas no objetores. El Congreso Estadounidense de Obstetras y Ginecólogos (ACOG) de EE.UU. [125] y el Sindicato Médico del Uruguay [126] recomiendan que los objetores deriven a las pacientes a otros profesionales. La Asociación Médica Británica (British Medical Association, BMA) especifica que los profesionales no pueden alegar estar eximidos de suministrar asesoramiento ni de

realizar los pasos preparatorios (lo que incluye la derivación) cuando una solicitud de aborto cumple con los requisitos legales [127]. La Asociación Médica Mundial (WMA) establece que si un médico debe negarse a prestar ciertos servicios por razones de conciencia, puede hacerlo después de garantizar la continuidad de la atención sanitaria por parte de un colega calificado [128]. La FIGO afirma que los pacientes tienen derecho a ser derivados a profesionales dispuestos a prestar el servicio [9].

Las asociaciones de farmacéuticos de EE.UU. y el Reino Unido hacen recomendaciones similares. La Asociación Estadounidense de Farmacéuticos del Sistema de Salud (American Society of Health-System Pharmacists) afirma que los farmacéuticos y otros empleados de farmacia tienen derecho a no participar en terapias que consideren moralmente objetables, pero debe realizar derivaciones de manera objetiva [129]; las pautas de la Asociación Médica Estadounidense (AMA) establecen que los pacientes tienen derecho a recibir una derivación inmediata a otra farmacia expendedora si un farmacéutico alega una objeción de conciencia [130]. En el Reino Unido, los farmacéuticos deben tener disposición inmediata de los medios para realizar una derivación a otro profesional capacitado dentro de un marco temporal adecuado [131].

Algunas jurisdicciones establecen la inscripción obligatoria de objetores o exigen a estos que notifiquen su opción por escrito y por anticipado a los empleadores o a los organismos gubernamentales. En España, por ejemplo, la ley exige que la objeción de conciencia se declare por adelantado y mediante un formulario escrito dirigido a la

institución de salud y al gobierno [106]. La legislación italiana también exige al personal de atención sanitaria que declare su objeción de conciencia al aborto al director médico del hospital o la clínica en la que trabaja y al director médico provincial antes de finalizar el primer mes de empleo [124]. Victoria, Australia [118], Colombia [123], Noruega [115], Madagascar [132] y Argentina [109] tienen leyes similares. En Noruega, el director administrativo de una institución de salud debe informar a la municipalidad del condado sobre la cantidad de categorías de personal de salud eximidas de prestar servicios por razones de conciencia [115]. La ley argentina [109] otorga a las instituciones privadas la capacidad de objetar, exigiendo que dichas instituciones se inscriban como objetoras de conciencia ante las autoridades locales y garanticen la atención derivando a las pacientes a otros centros. La legislación de Argentina también establece que un objetor individual no puede brindar en un centro de salud privado servicios para los que alegó objeción de conciencia en el sistema público. La reglamentación en Canadá exige que los farmacéuticos garanticen que los empleadores tengan conocimiento de su estatus de objetores de conciencia y tomen por anticipado las medidas necesarias para poder suministrar una fuente alternativa de tratamiento, medicación o procedimiento [133]. El *Código de ética de los profesionales de enfermería de Australia* también exige la divulgación a los empleadores [134]. En Irlanda del Norte, un documento de orientación elaborado por el Ministerio de Salud, Servicios Sociales y Seguridad Pública afirma que un proveedor objetor “debe establecer acuerdos con colegas médicos, otros consultorios de medicina general o una institución pública de atención sanitaria a la que pueda derivar a la paciente” para asesoramiento o evaluación para la terminación del embarazo [135].

Otras medidas exigen que los proveedores informen a los pacientes sobre su estatus de objetores. Por ejemplo, la legislación del Estado de Victoria, Australia, exige a los objetores que informen a la mujer y la deriven a un proveedor dispuesto a prestar el servicio [121]. En Argentina, la *Guía técnica para la atención integral de los abortos no punibles* [109] publicada en 2010, exige que se informe a todas las mujeres en la primera visita sobre las objeciones de conciencia del personal médico, tratante y/o de apoyo. Las pautas éticas médicas de Portugal alientan a los médicos a comunicar su objeción a las pacientes [136].

El derecho a recibir información en la atención sanitaria, incluso información sobre salud reproductiva, está consagrado en el derecho internacional. Por ejemplo, el TEDH estableció que la negativa a prestar servicios esenciales para la toma de decisiones informadas sobre el aborto puede constituir una infracción del derecho a no ser sometido a tratos inhumanos o degradantes [97]. En el plano nacional, las leyes ordenan la divulgación de información de salud a los pacientes. Por ejemplo, según la ley de aborto de Sudáfrica, todos los proveedores, incluso los objetores, deben asegurarse de que las mujeres embarazadas estén al tanto de su derecho legal al aborto [108]. En España, las mujeres tienen derecho a recibir información sobre su embarazo (incluso resultados de pruebas de diagnóstico prenatal) de todos los proveedores, incluso de aquellos inscriptos como objetores de conciencia [106]. En el Reino Unido, los objetores tienen la obligación legal de comunicar su estatus de objetores de conciencia a los pacientes, de informarles que tienen derecho a consultar

a otros médicos y de proporcionarles la información suficiente que les permita ejercer ese derecho [137-139].

Las pautas profesionales también han abordado el tema de la divulgación de la información de salud. En la Argentina, las tácticas dilatoria, el suministro de información falsa o la renuencia a realizar un tratamiento por parte de profesionales de la salud o autoridades de hospitales están sujetos a la aplicación de acciones administrativas, civiles y/o penales [109]. La FIGO afirma que la responsabilidad ética de los obstetras/ginecólogos de evitar daños les exige proporcionar a las pacientes el acceso a los servicios médicos en el momento necesario, entre ellos el suministro de información sobre las opciones de atención médicamente indicadas [9].

En ciertos contextos se exige la prestación de servicios en caso de emergencia. Por ejemplo, la legislación de Victoria, Australia [121], Ciudad de México [140], Eslovenia [141] y el Reino Unido [138] estipula que los médicos no pueden negarse a prestar servicios en caso de emergencia y cuando se requiere la terminación urgente del embarazo. La jurisprudencia estadounidense estableció que un hospital privado con una tradición de proporcionar atención de emergencia estaba obligado a tratar a cualquier persona que solicitara sus servicios, incluso después de su fusión con una institución católica. Dicha decisión permite establecer como norma la continuidad del acceso después de la fusión de dos hospitales con filosofías contradictorias [142]. También el Congreso Estadounidense de Obstetras y Ginecólogos (ACOG) exhortó a los clínicos a suministrar la atención médicamente indicada en situaciones de

emergencia [125]. En la Argentina, las pautas técnicas del Ministerio de Salud estipulan que las instituciones deben proporcionar la terminación del embarazo mediante otro proveedor en la institución dentro de un período de cinco días, o de inmediato si la situación es urgente [109]. En el Reino Unido las normas médicas también prohíben a los profesionales de enfermería y a las parteras negarse a prestar atención por razones de conciencia en casos de emergencia [143].

Otras medidas abordan la prestación de servicios obligatoria cuando no es posible derivar a la paciente a un proveedor alternativo. En Noruega, por ejemplo, un médico no tiene derecho legal a negarse a prestar atención sanitaria salvo que el paciente tenga acceso razonable a un proveedor alternativo [115]. La FIGO recomienda que “los facultativos deben proporcionar atención a sus pacientes en el momento necesario cuando no es posible la derivación a otros facultativos y el retraso pueda poner en riesgo la salud y el bienestar de la paciente, por ejemplo en el caso de un embarazo no deseado” [9].

Algunas intervenciones obligan al Estado a garantizar la prestación de servicios. En Colombia, por ejemplo, el sistema de salud tiene la responsabilidad de proporcionar una cantidad adecuada de proveedores y las instituciones deben prestar servicios incluso si algunos profesionales alegan objeción de conciencia [107]. La ley sobre esterilización y vasectomía voluntaria en la Argentina obliga a los centros de salud a asegurar la disponibilidad inmediata de servicios alternativos si un proveedor hace uso de la objeción de conciencia [144]. En España el gobierno debe pagar por el transporte

a un centro de salud pública alternativo dispuesto a suministrar el servicio [106]. La legislación italiana exige que las instituciones de atención sanitaria aseguren a las mujeres el acceso al aborto; las instituciones de salud regionales están obligadas a supervisar y garantizar dicho acceso, lo que puede incluir la transferencia de personal de atención sanitaria [125]. En Ciudad de México se modificó el código de salud pública para reforzar la obligación de los centros de salud de hacer accesible el aborto, incluso su responsabilidad de limitar el alcance de la objeción de conciencia [140].

Algunas medidas especifican qué proveedores de servicios son elegibles para objetar y cuándo se les permite hacerlo. En el Reino Unido, por ejemplo, el personal auxiliar no tiene derecho a invocar la objeción de conciencia [145, 146]. Según las pautas de la BMA, la negativa a participar en tareas de documentación o administrativas relacionadas con procedimientos de aborto no está comprendida dentro del alcance de la cláusula de objeción de conciencia [127]. En España, solo los profesionales sanitarios que participan en forma directa en la terminación del embarazo tienen derecho a objetar, y deben atender a la mujer antes y después de la terminación [106]. En forma similar, los médicos en Italia están obligados legalmente a atender a las pacientes antes y después del procedimiento de aborto, incluso si han optado por no realizarlo ellos mismos [124]. También las pautas médicas de la Argentina alientan a los facultativos a asistir a las pacientes antes y después de los procedimientos de aborto legal, incluso si se han acogido a la objeción de conciencia para no participar en el procedimiento propiamente dicho [109]. Durante la administración Bush, el Departamento de Salud y Servicios Humanos de EE.UU. amplió las “protecciones de

conciencia” a todas las personas que participan en forma periférica en un servicio de atención de salud [147]. Esta reglamentación se enfrentó a una fuerte oposición y se retiró casi en su totalidad en febrero de 2011 [148,149].

En la Tabla 1 indicamos algunos de los beneficios y las limitaciones de las respuestas normativas a la objeción de conciencia, con el fin de proporcionar a diversos actores una gama amplia de posibilidades. A medida que se desarrollan criterios para invocar la objeción, es esencial tratar la cuestión de quiénes son elegibles para objetar y en relación a qué servicios. Hemos añadido las categorías “datos” y “normalización” como parámetros en la tabla en reconocimiento de la escasa evidencia disponible y la imposibilidad resultante de evaluar metódicamente el alcance y la eficacia de las intervenciones. Las selecciones de las diversas opciones que se presentan a continuación estarán influidas por los contextos sociopolíticos y económicos específicos.

5. Conclusión

La negativa a proporcionar ciertos componentes de la atención de salud reproductiva debido a la objeción moral o religiosa se extiende y parece aumentar en el mundo.

Como la falta de acceso a la atención de salud reproductiva es un camino reconocido hacia desigualdades y resultados adversos en el campo de la salud, su exacerbación a través de una mayor disminución de clínicos constituye una grave preocupación mundial en términos de salud y de derechos. La limitada evidencia disponible indica que la objeción es menos frecuente cuando la ley, el discurso público, las costumbres de los proveedores y la experiencia clínica normalizan en conjunto el suministro de toda

la gama de servicios de salud reproductiva y promueven la autonomía de las mujeres. Si bien los datos sobre la prevalencia de la negativa a suministrar servicios por razones de conciencia y sus consecuencias para la salud de las mujeres y el funcionamiento del sistema de salud son inadecuados, logran mostrar que la negativa se distribuye en forma despareja, que puede tener un impacto más grave en las áreas del mundo con menor capacidad de responder a la escasez de personal, que y afecta también a las mujeres que se encuentran en circunstancias más privilegiadas.

Este informe expone la información disponible y plantea preguntas de investigación para la futura gestión de la objeción de conciencia. Presenta las cadenas lógicas de las consecuencias que se producen cuando la negativa compromete el acceso a componentes específicos de la atención de la salud reproductiva y categoriza los esfuerzos realizados para equilibrar la reivindicación de los objetores y la de quienes buscan atención médica, así como la de los sistemas obligados a proveer estos servicios. Destacamos las reivindicaciones de aquéllos cuya conciencia los obliga a brindar dicha atención, a pesar de las dificultades. Como nuestro énfasis está puesto en la medicina y la ciencia, concluimos el trabajo considerando distintas propuestas para que las asociaciones profesionales y de salud pública desarrollen e implementen políticas para gestionar la objeción de conciencia.

Una recomendación es estandarizar una definición de la práctica y desarrollar los criterios de elegibilidad para el estatus de objetor. La designación como objetor debería tener deberes concomitantes, como la información a empleadores y pacientes, y la

obligación de derivar a las pacientes, de impartir información precisa, y de brindar atención de emergencia. Es importante resaltar que las voces de las organizaciones profesionales pueden ratificar su conformidad con el compromiso profesional prioritario de los clínicos para con las normas de atención sanitaria, eliminando así la negativa a prestar servicios como opción para el tratamiento de un embarazo ectópico, un aborto espontáneo inevitable, una violación o una enfermedad materna. En resumen, las organizaciones profesionales médicas y de salud pública pueden establecer normas clínicas de atención para la objeción de conciencia, ante las cuales los clínicos podrían ser considerados responsables ante los pacientes, las sociedades médicas y los sistemas legales y de salud.

Existen otros caminos a explorar para las organizaciones profesionales en cuanto a la observancia de normas. Las juntas de especialidades clínicas podrían condicionar la certificación a la demostración de competencia en servicios específicos. Los formadores clínicos podrían garantizar que estudiantes y miembros conozcan las leyes pertinentes y los protocolos y procedimientos clínicos. Los sistemas de salud podrían considerar la predisposición a prestar servicios necesarios y la calificación como criterios de empleo. Estos últimos criterios son de gran interés, porque también desplazan nuestro enfoque del plano individual al plano de las obligaciones de los sistemas de salud y de formación profesional.

Estas cuestiones no son nunca simples ni unilaterales. La conciencia y la integridad tienen una importancia fundamental para las personas. Las sociedades tienen la

complicada tarea de respetar los derechos de los disidentes y limitar a la vez su impacto sobre las demás personas y las comunidades. Aunque la objeción de conciencia es solo una de las numerosas barreras a la atención de salud reproductiva, las asociaciones médicas están bien posicionadas para abordarla, ya que los proveedores constituyen el nexo entre las inquietudes sobre derechos y aquellas sobre la salud. Tienen una posición estratégica única, la de ocuparse a la vez de su propia conciencia y de sus obligaciones para con la salud y los derechos de los pacientes y para con los más altos estándares de atención basada en la evidencia. Este informe apunta a desentrañar el abanico de implicancias para la salud y los derechos de las mujeres, los sistemas de salud y los proveedores objetores y comprometidos. Aspira a ser una herramienta que permita a los clínicos y sus asociaciones profesionales aportar una voz médica definida, complementaria a la de abogados, expertos en ética y demás. Instamos a las sociedades médicas y de salud pública a reafirmar el liderazgo en el desarrollo de políticas, para equilibrar estos intereses en competencia y salvaguardar la salud reproductiva, la integridad médica y la vida de las mujeres.

Reconocimientos

La Fundación Ford y un donante anónimo han apoyado la publicación de este suplemento. Agradecemos a todos los financiadores de GDC por hacer posible este proyecto.

Conflicto de intereses

Los autores no tienen conflictos de intereses.

Tabla 1 Beneficios y limitaciones de las intervenciones normativas

Opción	Necesidades del sistema de salud	Acceso oportuno a la atención	Equilibrio de derechos y obligaciones	Creación de criterios para objetores	Normalización	Necesidades de datos
Derivación a proveedores dispuestos y accesibles.	Permite al sistema planificar la prestación de servicios.	Acelera el acceso de las pacientes a los servicios.	Ratifica el derecho de las pacientes a obtener información, las obligaciones de los proveedores de proporcionar información y realizar objeciones transparentes, y la conciencia individual.	Establece las obligaciones de quienes invocan el estatus de objetor y al mismo tiempo reconoce la legitimidad de la objeción.	Políticas y procedimientos de información y derivación normalizados por el sistema de salud.	Proporciona datos indirectos sobre las experiencias de las pacientes con la negativa.
Registro de objetores / notificación escrita a los empleadores.	Informa sobre la prevalencia de la objeción, lo que permite al sistema planificar la prestación de servicios.	Permite un acceso a la atención más oportuno para las mujeres, que pueden evitar buscar atención de objetores conocidos.	Reconoce el derecho del proveedor a objetar mientras informe al paciente. El requisito de documentación formal reconoce la participación del sistema de salud en dicho conocimiento.	Delinea las instancias específicas en las que se permite la objeción de conciencia, y por parte de quién; la notificación formal a los empleadores hace explícitos los criterios de designación de objetores.	Asegura la normalización de los requisitos de designación de un profesional como objetor para todo el sistema de salud.	Los registros proporcionan datos sobre la prevalencia por tipo de proveedor, así como el componente de atención denegado.
Divulgación obligatoria al paciente sobre el estatus de objetor.	Permite a las mujeres evitar visitas improductivas a	Las mujeres van directamente a los proveedores dispuestos a	Reconoce el derecho del proveedor de objetar y al mismo	Define las obligaciones de los objetores.	Normaliza la información que se proporciona a las pacientes.	N/D

	los objetores que demoran la atención, promoviendo un funcionamiento mejor del sistema.	prestar el servicio.	tiempo ratifica el derecho de las pacientes a la autonomía y a la información relacionada con la salud.			
Información obligatoria para las pacientes sobre las opciones de salud disponibles.	Las pacientes informadas están en mejores condiciones de tomar decisiones y de localizar los servicios que necesitan.	Facilita el acceso a la atención adecuada.	Ratifica el derecho de las pacientes de obtener información relacionada con la salud; subraya la obligación de los proveedores de proporcionar información precisa y de informar sobre las opciones legalmente disponibles; reafirma el compromiso del sistema de salud con la ciencia y con los derechos de las pacientes.	Limita el alcance de la objeción especificando los componentes de atención que las personas individuales están obligadas a prestar.	Normaliza la información a entregar a las pacientes sobre la gama de servicios disponibles en el sistema de salud.	N/D
Obligación de prestar servicios en situaciones de urgencia o cuando no existe una alternativa.	Facilita la planificación de la prestación de servicios de emergencia y de las políticas,	Proporciona atención crítica en forma oportuna.	Las obligaciones del proveedor de operar según el mejor interés de la paciente y de prestar la atención	Fija límites sobre el alcance de la negativa a proteger a las pacientes en situación de	Asegura que los objetores cumplan con la obligación contractual de prestar servicios de atención esenciales	Contribuye a la capacidad de seguir casos urgentes y de planificar las

	procedimientos y supervisión asociados; permite reducir al mínimo las secuelas de la negativa o el retraso de la prestación de atención.		adecuada tienen prioridad sobre el derecho del profesional clínico a objetar.	emergencia.	y/o vitales.	necesidades de prestación de servicios.
Disposición a prestar servicios y competencia como criterios para el empleo.	Subraya la necesidad del empleador de asegurar la cantidad suficiente de proveedores que resuelvan la demanda de servicios específicos.	La competencia y la disposición del personal permiten el acceso preparado y oportuno a la atención sanitaria adecuada.	Las necesidades de los sistemas de salud de emplear proveedores competentes y dispuestos a responder a las necesidades sanitarias de la comunidad prevalecen sobre el derecho del proveedor a objetar; los proveedores tienen la libertad de cumplir con su conciencia eligiendo otro empleo.	Limita la objeción porque solo aquellos profesionales competentes y dispuestos a prestar el servicio son elegibles para el empleo.	Normaliza dichos requisitos en las ofertas de trabajo en todo el sistema de salud.	Realiza el seguimiento de la cantidad de candidatos competentes y dispuestos a prestar servicios que buscan empleo.
Certificación médica supeditada a la competencia en servicios específicos.	Mejora la planificación de la prestación de servicios dentro	La disponibilidad de proveedores capacitados facilita el acceso	Establece que los objetores tienen derecho a elegir otras	Aclara que los especialistas objetores deben estar capacitados	La certificación de la especialidad garantiza el dominio de una	Realiza el seguimiento de la cantidad de

del sistema de salud asegurando que los proveedores sean competentes en los servicios necesarios.	a la atención en el momento necesario.	especialidades, pero no a negarse a prestar servicios esenciales de una especialidad; asegura el derecho de las pacientes a recibir los servicios adecuados de proveedores designados como especialistas; define y salvaguarda las normas profesionales.	y en condiciones de proporcionar atención en situaciones de emergencia o cuando no hay otras opciones disponibles.	serie de técnicas y el cumplimiento con obligaciones explícitas.	proveedores certificados y por lo tanto competentes, lo que facilita la planificación.
---	--	--	--	--	--

Pautas de asociaciones médicas que describen las normas de atención esperadas.	Recomiendan fijar como prioridades que el paciente reciba atención y la prevención de escasez de proveedores calificados y dispuestos a prestar servicios; las pautas pueden carecer de mecanismos de implementación.	Recomiendan políticas y procedimientos para asegurar el acceso oportuno a los servicios de atención pero les falta fuerza.	Describen los derechos y las obligaciones de los proveedores y los derechos de los pacientes.	Sugieren criterios para la designación de objetor y las obligaciones asociadas.	Establecen normas de atención.	N/D
--	---	--	---	---	--------------------------------	-----

Referencias

- [1] Pacto Internacional sobre Derechos Civiles y Políticos (ICCPR), *aprobado* el 16 de diciembre de 1966, A.G. Res. 2200A (XXI), ONU GAOR, 21º Ses., Sup. Nº 16, en 52, Doc. O.N.U. A/6316 (1966), 999 U.N.T.S. 171 (*entrada en vigor*: 23 de marzo de 1976).
- [2] Convención sobre la eliminación de todas las formas de discriminación contra la mujer (CEDAW), *aprobada* el 18 de diciembre de 1979, A. G. Res. 34/180, ONU GAOR, 34º Ses., Sup. Nº 46, en 193, ONU Doc. A/34/46 (*entrada en vigor*: 3 de septiembre de 1981).
- [3] Organización de los Estados Americanos. Convención Americana sobre Derechos Humanos, "Pacto de San José", Costa Rica. 22 de noviembre de 1969.
<http://www.unhcr.org/refworld/docid/3ae6b36510.html>. Consulta: 10 de febrero de 2013.
- [4] Consejo de Europa. Convención Europea para la Protección de los Derechos Humanos y las Libertades Fundamentales, modificada por los Protocolos Nº 11 y 14. 4 de noviembre de 1950, ETS 5.
<http://www.unhcr.org/refworld/docid/3ae6b3b04.html>. Consulta: 10 de febrero de 2013.
- [5] Comité de Derechos Económicos, Sociales y Culturales (CESCR) de la ONU. Observación general Nº 14: El derecho al disfrute del más alto nivel posible de salud (artículo 12 del Pacto). 11 de agosto de 2000, E/C.12/2000/4.
<http://www.refworld.org/docid/4538838d0.html>. Consulta: 7 de mayo de 2013.
- [6] *L.C. c. Perú*, Comunicación Nº 1153/2003, Comité de Derechos Humanos, párr. 6.3, ONU Doc. CCPR/C/85/D/1153/2003 (2005).

[7] Protocolo a la Carta Africana de Derechos Humanos y de los Pueblos sobre los Derechos de la Mujer en África, *aprobado* el 11 de julio de 2003, 2ª Reunión de la Unión Africana, Maputo, Mozambique (*entrada en vigor*: 2005).

[8] Asociación Médica Mundial. Declaración de Helsinki. Principios éticos para las investigaciones médicas en seres humanos. Aprobada en 1964.

<http://www.wma.net/es/30publications/10policies/b3/index.html>. Consulta: 15 de junio de 2013.

[9] Comité de la FIGO sobre los Aspectos Éticos de la Reproducción Humana y la Salud de la Mujer. Ethical guidelines on conscientious objection. FIGO Committee for the Ethical Aspects of Human Reproduction and Women's Health. *Int J Gynecol Obstet* 2006;92(3):333-4 (en inglés).

[10] American College of Obstetricians and Gynecologists (ACOG). ACOG Committee Opinion, Committee on Ethics. The Limits of Conscientious Refusal in Reproductive Health Care. Nº 385, noviembre de 2007 (*reafirmado* en 2010).

<http://www.acog.org/Resources%20And%20Publications/Committee%20Opinions/Committee%20on%20Ethics/The%20Limits%20of%20Conscientious%20Refusal%20in%20Reproductive%20Medicine.aspx>. Consulta: 22 de marzo de 2013.

[11] González Vélez, AC. Negación de servicios por razones de conciencia. Grupo Médico por el Derecho a Decidir. Global Doctors for Choice/Colombia 2012.

<http://globaldoctorsforchoice.org/wp-content/uploads/Negaci%C3%B3n-de-servicios-por-razones-de-conciencia.pdf>. Consulta: 23 de octubre de 2013.

- [12] Royal College of Nursing, Australia. Position Statement. Conscientious Objection. http://www.rcna.org.au/wcm/RCNA/Policy/Position_statements/rcna/policy/position_statements_guidelines_and_communiques.aspx. Consulta: 22 de marzo de 2013.
- [13] Green JM. Obstetricians' views on prenatal diagnosis and termination of pregnancy: 1980 compared with 1993. *British J Obstet Gynaecol* 1995;102(3):228–32.
- [14] Zampas C, Andion-Ibanez X. Conscientious objection to sexual and reproductive health services: international human rights standards and European law and practice. *Eur J Health Law* 2012;19:231–56.
- [15] Dodani S, LaPorte R. Brain drain from developing countries: how can brain drain be converted into wisdom gain? *J R Soc Med* 2005;98(11):487–491.
- [16] United States Department of Defense Regulations. DoD Directive 1300.6: Conscientious Objectors. Publicación: 31 de mayo de 2007. <http://www.dtic.mil/whs/directives/corres/pdf/130006p.pdf>. Consulta: 23 de octubre de 2013.
- [17] Faúndes A, Duarte GA, Neto JA, de Sousa MH. The closer you are, the better you understand: the reaction of Brazilian obstetrician-gynaecologists to unwanted pregnancy. *RHM* 2004;12(24 Suppl):47–56.
- [18] Mishtal J. Contradictions of Democratization: The Politics of Reproductive Rights and Policies in Postsocialist Poland. Dissertation submitted to the Faculty of the Graduate School of the University of Colorado in partial fulfillment of the requirement for the degree of Doctor of Philosophy. Department of Anthropology. 2006. http://federa.org.pl/dokumenty_pdf/prawareprodukcyjne/Mishtal%20dissertation.pdf. Consulta: 17 de junio de 2013.

- [19] De Zordo S, Mishtal J. Physicians and abortion: Provision, political participation and conflicts on the ground—The cases of Brazil and Poland. *Women's Health Issues* 2011;21(Suppl 3):S32-6.
- [20] MergerWatch. Religious Restrictions: Refusals to Provide Care. <http://www.mergerwatch.org/refusals/>. Consulta: 17 de agosto de 2012.
- [21] Shelton DL. Chicago Tribune News. Appeals court sides with pharmacists in emergency contraceptives care. http://articles.chicagotribune.com/2012-09-22/news/ct-met-emergency-contraceptives-20120922_1_emergency-contraceptives-conscience-act-pharmacists. Publicación: 22 de septiembre de 2012. Consulta: 22 de marzo de 2013.
- [22] Wicclair MR. Refusals by hospitals and emergency contraception. *Cambridge Quarterly of Healthcare Ethics* 2011;20(1):130–8.
- [23] Charo RA. American Constitution Society for Law and Policy, Health Care Provider Refusals to Treat, Prescribe, Refer or Inform: Professionalism and Conscience. *The Journal of the ACS Issue Groups* 2007:119–35. https://media.law.wisc.edu/m/yzdkn/charo_-_health_care_provider_refusals_-_feb_2007_-_advance_vol_1.pdf.
- [24] Wicclair MR. *Conscientious Objection in Health Care*. Cambridge: Cambridge University Press; 2011.
- [25] Institute of Medicine. *Shaping the Future of Health. Crossing the Quality Chasm: A New Health System for the 21st Century*. <http://www.iom.edu/~media/Files/Report%20Files/2001/Crossing-the-Quality->

Chasm/Quality%20Chasm%202001%20%20report%20brief.pdf. Publicación: 2001.

Consulta: 8 de mayo de 2013.

[26] OMS. Quality of Care: A Process for Making Strategic Choices in Health Systems. Geneva: WHO; 2006.

http://www.who.int/management/quality/assurance/QualityCare_B.Def.pdf (en inglés).

[27] *Endres c. Indiana State Police*, 349 F.3d 922 (7th Cir. 2003) (cert. denied, 541 U.S. 989 (2004)), *citado en* Charo RA. American Constitution Society for Law and Policy, Health Care Provider Refusals to Treat, Prescribe, Refer or Inform: Professionalism and Conscience. *The Journal of the ACS Issue Groups* 2007: 119–35.

https://media.law.wisc.edu/m/yzdkn/charo_-_health_care_provider_refusals_-_feb_2007_-_advance_vol_1.pdf.

[28] Dickens BM, Cook RJ. Conscientious commitment to women's health. *Int J Gynecol Obstet* 2011;113:163–6.

[29] Harris L. Recognizing Conscience in Abortion Provision. *N Engl J Med* 2012;367(11):981–3.

[30] FIGO. Resolución sobre la objeción de conciencia.

<http://www.figo.org/projects/conscientious> (en inglés) Publicación: 2005. Consulta: 1º de junio de 2013.

[31] República de Italia. Ministerio de Salud. Informe del Ministerio de Salud sobre el desempeño de la ley de reglas de la atención social de la maternidad y la interrupción voluntaria del embarazo: 2006-2007 (2008).

[32] Ley Nº 50 (13 de junio de 1995, Nº 50) relativa a la terminación del embarazo, que enmienda la Ley Nº 5 de fecha 16 de junio de 1978 en 14 (Noruega).

- [33] Ley de Servicios de Salud, Art. 56, Diario Oficial de la República de Eslovenia (Eslovenia).
- [34] Ley de aborto, N° 595/1974, modificada por la Ley N° 998/2007 (Suecia).
- [35] Roe J, Francome C, Bush M. Recruitment and training of British obstetrician-gynaecologists for abortion provision: conscientious objection versus opting out. *RHM* 1999;7(14):97–105.
- [36] Lo SS, Kok WM, Fan SY. Emergency contraception: knowledge, attitude and prescription practice among doctors in different specialties in Hong Kong. *J Obstet Gynaecol Research* 2009;35(4):767–74.
- [37] Davidson LA, Pettis CT, Cook DM, Klugman CM. Religion and conscientious objection: a survey of pharmacists' willingness to dispense medications. *Soc Sci Med* 2010;71(1):161–5.
- [38] Heino A, Gissler M, Apter D, Fiala C. Conscientious objection and induced abortion in Europe. *Euro J Contracept Reprod Health Care* 2013;18:231–3.
- [39] Ministerio de Salud de Austria. Informe sobre la salud de las mujeres austríacas 2010/2011. Viena: Ministerio de Salud; 2011.
- [40] Oliveira da Silva M. Reflections on the legalisation of abortion in Portugal. *Eur J Contracept Reprod Health Care* 2009;14:245–8.
- [41] Rodríguez-Calvo MS, Martínez-Silva IM, Concheiro L, Muñoz-Barús, JI. University students' attitudes towards Voluntary Interruption of Pregnancy. *Legal Medicine* 2012;14(4):209–13.
- Guttmacher Institute. Attitudes and intentions of future health care providers toward abortion provision. *Perspectives Sexual Reprod Health* 2004;36(2):58–63.

- [43] Rakhudu MA, Mmelesi AMM, Myburgh CPH, Poggenpoel M Exploration of the views of traditional healers regarding the termination of pregnancy (TOP) law. *Curationis* 2006;29(3):56–60.
- [44] Curlin FA, Lawrence RE, Chin MH, Lantos JD. Religion, conscience, and controversial clinical practices. *N Engl J Med* 2007;356(6):593–600.
- [45] Goyal M, Zhao H, Mollen C. Exploring emergency contraception knowledge, prescription practices, and barriers to prescription for adolescents in the emergency department. *Pediatrics* 2009;123(3):765–70.
- [46] Harris LH, Cooper A, Rasinski KA, Curlin FA, Lyerly AD. Obstetrician–gynecologists’ objections to and willingness to help patients obtain an abortion. *Obstet Gynecol* 2011;118(4):905–12.
- [47] Frank JE. Conscientious refusal in family medicine residency training. *Family Medicine* 2011;43(5):330–3.
- [48] Gogna M, Romero M, Ramos S, Petracci M, Szulik D. Abortion in a restrictive legal context: the views of obstetrician-gynaecologists in Buenos Aires, Argentina. *RHM* 2002;10(19):128–37.
- [49] de la Fuente Fonnest I, Sondergaard F, Fonnest G, Vedsted-Jacobsen A. Attitudes among health care professionals on the ethics of assisted reproductive technologies and legal abortion. *Acta Obstetricia et Gynecologica Scandinavica* 2000;79(1):49–53.
- [50] Marie Stopes International. General practitioners: attitudes to abortion 2007. <http://www.mariestopes.org.uk/documents/GP%20attitudes%20to%20abortion%202007.pdf>. Publicación: 2007. Consulta: 17 de junio de 2013.

- [51] Davis S, Schrader V, Belcheir MJ. Influencers of ethical beliefs and the impact on moral distress and conscientious objection. *Nurs Ethics* 2012;19(6):738–49.
- [52] Aiyer AN, Steinman a, Ho GY. Influence of physician attitudes on willingness to perform abortion. *Obstet Gynecol* 1999;93(4):576–80.
- [53] Hammarstedt M, Jacobsson L, Wulff M, Lalos A. Views of midwives and gynecologists on legal abortion – a population-based study. *Acta Obstet Gynecol Scand* 2005;84(1):58–64.
- [54] Griggs SK, Brown CM. Texas community pharmacists' willingness to participate in pharmacist-initiated emergency contraception. *JAPhA* 2007;47(1):48–57.
- [55] Wonkam A, Hurst SA. Acceptance of abortion by doctors and medical students in Cameroon. *Lancet* 2007;369(9578):1999.
- [56] Suh S. Abortion Politics without Borders: The Implementation and Practice of Post-Abortion Care in Senegal. SSRN 2013. <http://ssrn.com/abstract=2250193>.
Publicación: 13 de abril de 2013.
- [57] Hagen GH, Hage CO, Magelssen M, Nortvedt P. Attitudes of medical students towards abortion. *Tidsskr Nor Laegeforen*. 2011;131(18):1768–71.
- [58] Kade K, Kumar D, Polis C, Schaffer K. Effect of nurses' attitudes on hospital-based abortion procedures in Massachusetts. *Contraception* 2004;69(1):59–62.
- [59] Stulberg DB, Dude AM, Dahlquist I, Curlin FA. Obstetrician-gynecologists, religious institutions, and conflicts regarding patient-care policies. *Amer J Obstet Gynec* 2012;207(1):73 e1–5.
- [60] Guttmacher Institute. Making Abortion Services Accessible in The Wake of Legal Reforms: A Framework And Six Case Studies.

<http://www.guttmacher.org/pubs/abortion-services-laws.pdf>. Publicación: 2012.

Consulta: 15 de junio de 2013.

[61] International Planned Parenthood Federation. Abortion, Legislation in Europe.

[http://www.ippfen.org/NR/rdonlyres/ED17CA78-43A8-4A49-ABE7-](http://www.ippfen.org/NR/rdonlyres/ED17CA78-43A8-4A49-ABE7-64A836C0413E/0/Abortionlegislation_May2012corr.pdf)

[64A836C0413E/0/Abortionlegislation_May2012corr.pdf](http://www.ippfen.org/NR/rdonlyres/ED17CA78-43A8-4A49-ABE7-64A836C0413E/0/Abortionlegislation_May2012corr.pdf). Actualización: mayo de 2012.

Consulta: 8 de mayo de 2013.

[62] Mishtal J. Bioethics, Religion, and Reproductive Health Policies: 'An Irish Solution to an Irish Problem.' *Medical Anthropology*. En revisión.

[63] Centro de Derechos Reproductivos. Mapa de leyes sobre el aborto en el mundo 2013 y actualización.

[http://reproductiverights.org/sites/crr.civicactions.net/files/documents/AbortionMap_2011](http://reproductiverights.org/sites/crr.civicactions.net/files/documents/AbortionMap_2011.pdf)
.pdf. Publicación: 2013. Consulta: 15 de junio de 2013.

[64] Cohen SA. Facts and Consequences: Legality, Incidence and Safety of Abortion Worldwide. *Guttmacher Policy Review* 2009;12(4).

[65] Grimes DA, Benson J, Singh S, Romero M, Ganatra B, Okonofua FE, et al. Unsafe abortion: the preventable pandemic. *Lancet* 2006;368(9550):1908–19.

[66] Guttmacher Institute. In Brief: Fact Sheet. Facts on Induced Abortion Worldwide. http://www.guttmacher.org/pubs/fb_IAW.html. Publicación: 2012. Consulta: 17 de junio de 2013.

[67] Singh S. Hospital admissions resulting from unsafe abortion: estimates from 13 developing countries. *Lancet* 2006;369(9550):1887–92.

[68] Guttmacher Institute. Media Kit. Worldwide Abortion: Legality, Incidence and Safety. <http://www.guttmacher.org/media/presskits/abortion-WW/statsandfacts.html>.

Consulta: 15 de junio de 2013.

[69] Ipas. Report on successes in achieving UN Global Strategy for Women's and Children's Health—September 2012.

http://www.who.int/woman_child_accountability/ierg/reports/2012_10S_Ipas_submission_forIERGreport_1May2012.pdf. Publicación: 2012. Consulta: 15 de junio de 2013.

[70] Sangonet. Unsafe Abortion in South Africa: A Preventable Pandemic.

<http://www.ngopulse.org/blogs/unsafe-abortion-south-africa-preventable-pandemic>.

Publicación: julio de 2012. Consulta: 8 de mayo de 2013.

[71] República de Sudáfrica. Saving Mothers: Short.

<http://www.doh.gov.za/docs/reports/2012/savingmothersshort.pdf>. Publicación: 2012.

[72] Poongothai J. Genetics of human male infertility. *Singapore Med J* 2009;50(4):337.

[73] WHO. Mother or nothing: The agony of fertility. *Bull World Health Organ* 2010;88(12):877–953.

[74] WHO. Genomic Resource Centre. Gender and Genetics. Assisted Reproductive Technologies (ARTs).

<http://www.who.int/genomics/gender/en/index6.html>.who.int/genomics/gender/en/index6.html Consulta: 23 de octubre de 2013.

[75] Inhorn M. Global infertility and the globalization of new reproductive technologies: illustrations from Egypt. *Soc Sci Med* 2003;56(9):1837–51.

[76] Chambers GM, Sullivan EA, Ishihara O, Chapman MG, Adamson GD. The economic impact of assisted reproductive technology: a review of selected developed countries. *Fertil Steril* 2009;91(6):2281–94.

[77] Chambers GM. The costs and consequences of assisted reproductive technology: an economic perspective. *Hum. Reprod. Update* 2010; 6(6): 603-613.

[78] Chavkin W. The Old Meets the New: Religion and assisted reproductive technologies. *Development* 2006;49(4):78–83.

[79] Giubellino G. Yo no congelaría a mis hijos. *Clarín*.

<http://edant.clarin.com/diario/2005/07/26/sociedad/s-03101.htm> Publicación: 26 de julio de 2005.

[80] Turone, F. Italian court upholds couple's demands for preimplantation genetic diagnosis. *BMJ* 2007;335(7622):687.

[81] United Nations. Department of Economic and Social Affairs. Population Division. *World Contraceptive Use 2011, Wall Chart, Front Side*.

<http://www.un.org/esa/population/publications/contraceptive2011/contraceptive2011.htm>.
Consulta: 8 de mayo de 2013.

[82] Creanga AA, Gillespie D, Karklins S, Tsui AO. Low use of contraception among poor women in Africa: an equity issue. *Bull World Health Organ* 2011;89(4):258–66.

[83] Center for Reproductive Rights. Over 700,000 Petitioners Demand Honduran Congress Reject Law Criminalizing Emergency Contraception.

<http://reproductiverights.org/en/press-room/over-700000-petitioners-demand-honduran-congress-reject-law-criminalizing-emergency-contr>. Publicación: 16 de mayo de 2012.

[84] WHO. Emergency Contraception Pills...Too Expensive?

http://www.who.int/reproductivehealth/topics/family_planning/ec/en/index.html

Consulta: 23 de octubre de 2013.

[85] Pieklo J. Care2. Oklahoma Rape Victim Turned Away from Hospital.

<http://www.care2.com/causes/oklahoma-rape-victim-turned-away-from-hospital.html>.

Publicación: 2012. Consulta: 15 de junio de 2013.

[86] Spiegel Online. Koelner Erzbischof: Meisner billigt "Pille danach" fuer

Vergewaltigungsopfer. [El arzobispo Meisner de Colonia aprueba la "píldora del día después" para víctimas de violación.]

<http://www.spiegel.de/panorama/gesellschaft/koelner-erzbischof-meisner-billigt-pille-danach-fuer-vergewaltigungsopfer-a-880814.html> Publicación: 31 de enero de 2013.

Consulta: 15 de junio de 2013.

[87] Murray H, Baakdah H, Bardell T, Tulandi T. Diagnosis and treatment of ectopic pregnancy. CMAJ 2005;173(8):905.

[88] Togas T. Incidence, risk factors, and pathology of ectopic pregnancy.

<http://www.uptodate.com/contents/incidence-risk-factors-and-pathology-of-ectopic-pregnancy>. February 23, 2012.

[89] Sivalingam VN, Duncan WC, Kirk E, Shephard LA, Home AW. Diagnosis and Management of Ectopic Pregnancy. J Fam Plann Reprod Health Care 2011;37(4):231–40.

[90] American Pregnancy Association. Promoting Pregnancy Wellness. Miscarriage.

<http://americanpregnancy.org/pregnancycomplications/miscarriage.html>. Consulta: 23 de febrero de 2012.

- [91] Berer M. Termination of pregnancy as emergency obstetric care: the interpretation of Catholic health policy and the consequences for pregnant women: *An analysis of the death of Savita Halappanavar in Ireland and similar cases*. RHM 2013;21(41):9-17.
- [92] Caso de *Z c. Polonia*. Aplicación N° 46132/08. Sentencia (Méritos y justa reparación). [http://hudoc.echr.coe.int/sites/eng-press/pages/search.aspx?i=001-114521#{"itemid":\["001-114521"\]}](http://hudoc.echr.coe.int/sites/eng-press/pages/search.aspx?i=001-114521#{). Publicación: 2012. Consulta: 15 de junio de 2013.
- [93] Harvard University. David Rockefeller Center for Latin American Studies. Remobilization, Demobilization, and Incarceration: Women and Abortion in Post-war El Salvador. <http://www.drclas.harvard.edu/node/853>. October 23, 2013.
- [94] Mollmann M. Over Their Dead Bodies – Denial of Access to Emergency Obstetric Care and Therapeutic Abortion in Nicaragua. Human Rights Watch 2007; 19(2)(B). <http://womenshealthnews.blogspot.com/2006/04/women-of-el-salvador.html> Publicación: 2009. Consulta: 8 de junio de 2013.
- [95] Skotko B. Mothers of children with Down syndrome reflect on their postnatal support. *Pediatrics* 2005;115(1):64–77.
- [96] Hoehn KS, Wernovsky G, Rychik J, Tian ZY, Donaghue D, Gaynor JW, et al. Parental decision-making in congenital heart disease. *Cardiol Young* 2004; 14(2004):309–14.
- [97] R.R. c. Polonia, N° 2761/04 TEDH. (2011).
- [98] Comité de Derechos Humano de la ONU. Observación general N° 22, Artículo 18: El derecho a la libertad de pensamiento, de conciencia y de religión. A/48/40 vol. I (1993), parr. 11.2.

[99] Comité de las Naciones Unidas para la Eliminación de la Discriminación contra la Mujer (CEDAW). Recomendación general N° 24: *Artículo 12 de la Convención (la mujer y la salud)* (20º período de sesiones, 1999), párr. 11.

<http://www.un.org/womenwatch/daw/cedaw/recommendations/recomm-sp.htm>.

Consulta: 23 de febrero de 2012.

[100] Comité de las Naciones Unidas para la Eliminación de la Discriminación contra la Mujer (CEDAW). Observaciones finales. Croacia. ONU Doc. A/53/38 (1998), párr. 109, 117.

[101] Comité de las Naciones Unidas para la Eliminación de la Discriminación contra la Mujer (CEDAW). Observaciones finales. Italia. ONU Doc. A/52/38 Rev.1, Parte II (1997), párr. 353, 360.

[102] Comité de las Naciones Unidas para la Eliminación de la Discriminación contra la Mujer (CEDAW). Observaciones finales. Sudáfrica. ONU Doc. A/53/38/Rev.1 (1998), párr. 113.

[103] ONU. Informe de Anand Grover, Relator Especial sobre el derecho de toda persona al disfrute del más alto nivel posible de salud física y mental. Misión a Polonia, 20 de mayo de 2010, ONU Doc. A/HRC/14/20/Add.3.

[104] Comité de Derechos Económicos, Sociales y Culturales (CESCR). Observaciones finales. Polonia. ONU Doc. E/C.12/POL/CO/5 (2009), párr. 28.

[105] OMS. Aborto sin riesgos: guía técnica y de políticas para sistemas de salud. Segunda edición.

http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/77079/1/9789243548432_spa.pdf. Publicación: 2012. Consulta: 8 de junio de 2013.

[106] Ley Orgánica 2/2010, de 3 de marzo, de Salud Sexual y Reproductiva y de la Interrupción Voluntaria del Embarazo. (2010), Artículos 17(4) y 14(a) (España).

[107] Ley C-355 de 2006 (Colombia).

[108] Ley de elección de terminación del embarazo de 1996 (Sudáfrica).

[109] Reglamentación de la Ley Nacional N° 25.673, Art.10 (Argentina). Ministerio de Salud de la Nación. Guía técnica para la atención integral de los abortos no punibles (2010) (Argentina).

[110] Ley Nacional N° 26.130, Art. 6 (Argentina).

[111] Código de Ética Médica, capítulo 5 (Uruguay).

<http://www.smu.org.uy/elsmu/institucion/documentos/doc/cem.html#cap5>. Consulta: 23 de febrero de 2013.

[112] Vique AB, Cabrera OA, Lugo FG, Hevia M. Mujer y Salud en Uruguay. El veto del Ejecutivo uruguayo a la despenalización del aborto: deconstruyendo sus fundamentos. Cuadernos: Aportes al debate en salud, ciudadanía y derechos 2010; Época 1 (1). <http://www.archivos.hacelosvaler.org/Cuaderno%201%20Final.pdf>. 2010. Consulta: 23 de febrero y 23 de octubre de 2012.

[113] Ley de Servicios de Salud Pública (Public Health Service Act) de 1973 (Estados Unidos).

[114] Sonfeld A. Guttmacher Institute. Delineating the Obligations That Come with Conscientious Refusal: A Question of Balance. Guttmacher Policy Review 2009;12(30). <http://www.guttmacher.org/pubs/gpr/12/3/gpr120306.html>.

[115] Reglamentación para la implementación de la Ley N° 50 de fecha 13 de junio de 1995 sobre la terminación del embarazo, modificada por la Ley N° 66, § 20, del 16 de junio de 1978 (Noruega).

[116] Sentencia T-209 de 2008 de la Corte Constitucional (Colombia).

<http://www.alcaldiabogota.gov.co/sisjur/normas/Norma1.jsp?i=30206>. Publicación: 28 de febrero de 2008.

[117] Sentencia del Tribunal Administrativo de Baviera de fecha 3/7/1990, BayVGH DVB1. 1990, 880-82 41 (F.R.G.).

[118] Sentencia del Tribunal Administrativo Federal de fecha 12/13/1991, BVerwGE 89, 260-70 (F.R.G.).

[119] *P y S c. Polonia*, Demanda N° 57375/08, Decisión, 30 de octubre de 2012.

[http://hudoc.echr.coe.int/sites/eng/pages/search.aspx?i=001-](http://hudoc.echr.coe.int/sites/eng/pages/search.aspx?i=001-114098#%22itemid%22:%22001-114098%22)

[114098#%22itemid%22:%22001-114098%22](http://hudoc.echr.coe.int/sites/eng/pages/search.aspx?i=001-114098#%22itemid%22:%22001-114098%22)] (en inglés). Consulta: 23 de febrero de 2012.

[120] Code de la Santé Publique, arts. L2212-8, R4127-18 32 (Fr.).

[121] Ley de reforma de la legislación del aborto, Secc. 8 (Australia, Victoria).

[122] Decisión T-388 de 2009 de la Corte Constitucional (Colombia).

[123] Colombia Ministerio de Protección Social. Decreto Gubernamental 4444 de 2006, artículo 6.

http://www.womenslinkworldwide.org/pdf_programs/es_prog_rr_col_legaldocs_decreto444.pdf Consulta: 19 de julio de 2012.

[124] Ley N° 194 del 22 de mayo de 1978 sobre la protección de la maternidad y la terminación voluntaria del embarazo. Diario Oficial, Parte I, 22 de mayo de 1978, N°

140, 3642-46 (Italia).

http://www.columbia.edu/itc/history/degrazia/courseworks/legge_194.pdf Consulta: 23 de febrero de 2012.

[125] American Congress of Obstetricians and Gynecologists. ACOG Committee Opinion The Limits of Conscientious Refusal in Reproductive Medicine 2007; Opinion Number 385.

http://www.acog.org/Resources_And_Publications/Committee_Opinions/Committee_on_Ethics/The_Limits_of_Conscientious_Refusal_in_Reproductive_Medicine. Accessed August 27, 2013.

[126] Sindicato Médico de Uruguay. Cap. 5, Art. 37 (Uruguay).

<http://www.smu.org.uy/publicaciones/libros/laetica/cem.htm#cap5>. Consulta: 20 de agosto de 2013.

[127] British Medical Association. Ethics Department. The Law and Ethics of Abortion: BMA Views. November 2007.

[128] World Medical Association. World Medical Association Declaration on Therapeutic Abortion. www.wma.net/e/policy/a1.htm. Publicación: 2006.

[129] American Society of Health-System Pharmacists, Council on Legal and Public Affairs. ASHP Statement: Pharmacist's Right of Conscience and Patient's Right of Access to Therapy (0610). 2010.

[130] Anderson RM, Bishop LJ, Darragh, M, Gray H, Nolen, A, Poland, SC, et al. National Reference Center for Bioethics Literature. The Joseph and Rose Kennedy Institute of Ethics. Pharmacists and Conscientious Objection.

<http://bioethics.georgetown.edu/publications/scopenotes/sn46.pdf>. Consulta: 27 de agosto de 2013.

[131] General Pharmaceutical Council. Standards of conduct, ethics and performance. July 2012.

[132] Decreto N° 98-945 del 4 de diciembre de 1998, que establece el Código de Ética Médica (Madagascar).

[133] National Association of Pharmacy Regulatory Authorities. Model Statement Regarding Pharmacists' Refusal to Provide Products or Services for Moral or Religious Reasons.

<http://www.nbpharmacists.ca/LinkClick.aspx?fileticket=wcx0ugUqRRE%3D&tabid=261&mid=695>. Published 1999.

[134] Code of Ethics for Nurses in Australia, developed under the auspices of Australian Nursing and Midwifery Council, Royal College of Nursing, Australia, Australian Nursing Federation. 2008.

[135] Guidance on the Termination of Pregnancy: The Law and Clinical Practice in Northern Ireland, 16 July 2008, the Department of Health, Social Services and Public Safety.

[136] Medical Association Code of Ethics and Law: Código Deontológico da Ordem dos Médicos (2008), Art. 37 (Port.); 39 Ley N° 16/2007 de 17 de abril, Exclusão da ilicitude nos casos de interrupção voluntária da gravidez 40 (Port.).

[137] Health Service Guidance HSG (94)39 (US).

[138] Ley de Aborto de 1967 (Inglaterra) (La sección 4(1) de la ley de 1967 permite que "no person shall be under any duty, whether by contractor by any statutory or other

legal requirement, to participate in any treatment...to which he has a conscientious objection” [“ninguna persona deberá verse obligada, ya sea por quien lo contrata o por cualquier estatuto o requisito legal, a participar de ningún tratamiento... ante el cual alegue objeción de conciencia”]. Esto no se aplica a los procedimientos de emergencia.)

[139] *Enright and another c. Kwun and Another*, [2003] E.W.H.C. 1000 (Q.B.).

[140] Decreto que reforma los artículos 145 y 148 del nuevo Código Penal para el Distrito Federal; se adicionan los artículos 16 bis 6 y 16 bis 7 a la Ley de Salud para el Distrito Federal, informada en la Gaceta Oficial del Distrito Federal, Época 14, N° 7, 24 de enero de 2004, págs. 6-7 (México).

[141] Ley de Servicios de Salud, Art. 56, Diario Oficial de la República de Eslovenia 36, N° 9, promulgado en 1992.

[142] *Wilmington General Hospital c. Manlove*, 174 A2d 135 (Del SC 1961) (EE.UU.).

[143] Nursing and Midwifery Council, The Code of Conduct, Professional standards for nurses and midwives (Reino Unido).

[144] Ley Nacional 17.132 sobre el ejercicio de la medicina, la odontología y las actividades auxiliares de las mismas (Argentina).

[145] *Janaway c. Salford Health Authority*, 1988 (Reino Unido).

[146] Brahams D. Conscientious Objection and Referral Letter for Abortion. *Lancet* 1988;331(8590):893.

[147] 73 Fed. Reg. 78071 (19 de diciembre de 2008). 45 CFR Part 88 (2008).

[148] Galston WA, Rogers M. Brookings Institute. Governance Studies at Brookings. Health Care Providers' Consciences and Patients' Needs: The Quest for Balance.

http://www.brookings.edu/~media/research/files/papers/2012/2/23%20health%20care%20galston%20rogers/0223_health_care_galston_rogers.pdf. Publicación: 23 de febrero de 2012.

[149] Office of the Secretary of Health and Human Services. Final Rule, *Regulation for the Enforcement of Federal Health Care Provider Conscience Protection Laws*.

<http://www.gpo.gov/fdsys/pkg/FR-2011-02-23/pdf/2011-3993.pdf>. Publicación: 23 de febrero de 2011.

