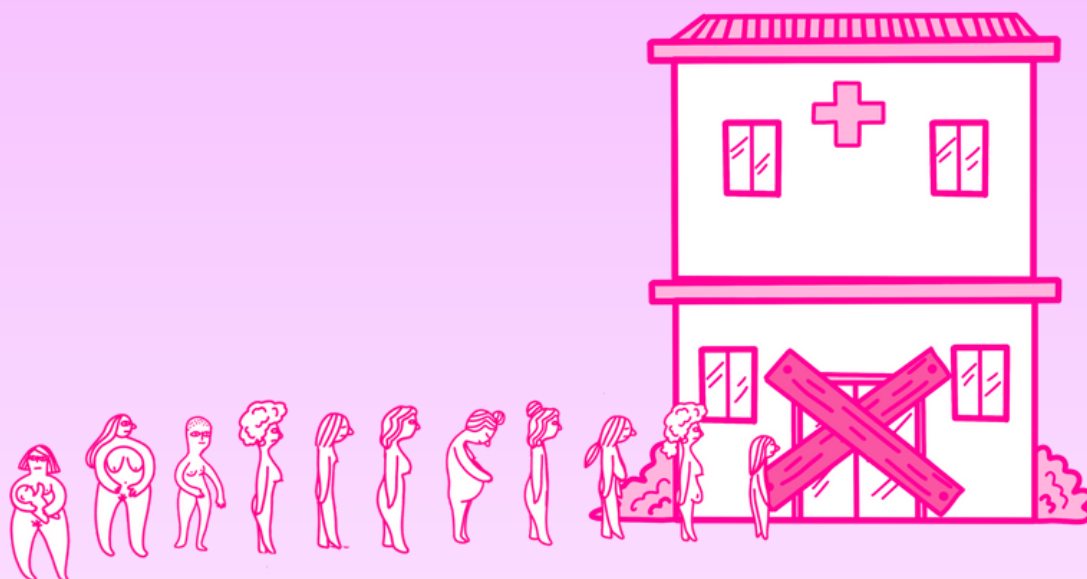


CONVERSACIONES PARA LA INCIDENCIA

La objeción de conciencia en el aborto

Relatoria



Webinario: Conversaciones para la incidencia: La objeción de conciencia en el aborto

Iniciativa La Salud Reproductiva es Vital de Clacai
Miércoles 13 de agosto de 2025

Relatoría

I. Introducción

En América Latina, la objeción de conciencia (OC) por parte del personal de salud ha adquirido creciente centralidad en el debate público y jurídico en torno al acceso al aborto. Si bien se reconoce como un derecho individual en contextos democráticos, su utilización desregulada y su reconocimiento institucional —sin adecuadas garantías— se han consolidado como obstáculos significativos para el ejercicio efectivo de derechos sexuales y reproductivos. En varios países de la región, la OC ha sido instrumentalizada por sectores conservadores para limitar la implementación de leyes que garantizan el aborto legal, produciendo demoras, derivaciones inadecuadas o negación directa de servicios, especialmente en contextos de alta desigualdad y discriminación.

La evidencia disponible muestra que, en la práctica, la OC no siempre responde a convicciones individuales genuinas, sino que se vincula también con dinámicas institucionales, presiones jerárquicas y falta de formación del personal. Esta situación genera importantes tensiones entre el derecho del personal de salud a la libertad de conciencia y el deber del Estado de garantizar servicios de salud seguros, oportunos y accesibles. A su vez, el reciente pronunciamiento del Comité de Derechos Económicos, Sociales y Culturales de Naciones Unidas ha reafirmado la obligación de los Estados de regular estrictamente la OC para evitar que se convierta en una barrera estructural al acceso al aborto.

Es por ello que, en el marco de la iniciativa La Salud Reproductiva es Vital de CLACAI, con apoyo del Guttmacher Institute, se organizó un espacio de conversación. El encuentro contó con la moderación de **Mariana Vázquez**, gestora de proyectos de Clacai. Participaron como panelistas:

Georgina Binstock, es Licenciada en Sociología de la UBA, Masters of Arts y Ph.D. en Sociología con orientación en estudios de población de la Universidad de Michigan en Ann Arbor. Es investigadora principal del CONICET con sede en CENEP, institución de la que fue directora entre 2005-2008 y 2016-2022. Sus áreas de

especialización son salud reproductiva, y familia, en las que tiene numerosas publicaciones.

Sonia Ariza Navarrete es abogada de la Universidad Externado de Colombia con maestría en derecho comparado en el Instituto Universitario Europeo (Italia) y es doctoranda de la Universidad de Palermo. Es investigadora adjunta del Centro de Estudios de Estado y Sociedad -CEDES-, coordinadora de la iniciativa **La Salud Reproductiva es Vital** de Clacai y consultora de diversas organizaciones nacionales e internacionales.

II. Exposiciones

Georgina Binstock presentó los hallazgos de un estudio sobre la implementación del aborto en efectores públicos de salud durante los dos primeros años de vigencia de la ley. El objetivo principal fue identificar barreras que obstaculizan la provisión de servicios para elaborar recomendaciones que garanticen el acceso a una atención de calidad.

Se utilizaron dos grandes fuentes de datos: una encuesta a 45 informantes clave —incluyendo funcionarios nacionales y locales, profesionales de salud, representantes de la sociedad civil y del ámbito académico— y una encuesta a 223 efectores de salud en cuatro regiones: Ciudad de Buenos Aires, resto de la provincia de Buenos Aires, Chaco y La Rioja. Se incluyeron centros de salud, hospitales municipales y hospitales provinciales, relevando si ofrecían o no servicios de interrupción voluntaria o legal del embarazo.

En lo referente a la objeción de conciencia, se observó que entre el 71% y el 75% de los hospitales que proveían servicios tenían al menos un objetor, y entre el 30% y el 40% contaban con cinco o más objetores. En centros de salud, algo menos de la mitad reportaba al menos un objetor. Un porcentaje importante de directivos desconocía cuántos profesionales se habían declarado objetores —23% en hospitales municipales y 15% en provinciales—, y se identificó que en muchas instituciones existían objetores que legalmente no tenían derecho a objetar, como anestesistas, enfermeros, ecografistas o personal administrativo.

En general, la visión transmitida fue que la presencia de objetores no generaba un entorpecimiento significativo, ya que la estrategia prioritaria consistía en conformar equipos con quienes estaban a favor de garantizar el servicio, respetando así el derecho de las pacientes. En los establecimientos que no ofrecían el servicio, la objeción de conciencia no se mencionó como la causa principal, siendo más determinante la falta de profesionales capacitados u otras razones.

En relación con la creación de un registro nacional o provincial de objetores, pocos informantes lo consideraron útil para mejorar la implementación de la ley, y algunos se manifestaron en contra para evitar que la declaración funcionara como un estigma o impidiera que un profesional reconsiderara su posición.

También se mencionó la necesidad de precisar en qué situaciones puede apelarse a la objeción, ya que algunos profesionales objetaban solo en ciertos casos, como embarazos de menos de diez semanas. Un caso particular relató que, en un municipio donde todos los médicos eran objetores, la contratación de nuevos profesionales llevó a que parte del personal original comenzara a garantizar el servicio.

Entre las recomendaciones que surgieron del estudio se destacan la necesidad de formación sobre objeción de conciencia, la regulación de incumplimientos de la ley —especialmente por parte de personal no médico—, y la consideración de la posición frente a la objeción en los procesos de contratación o concursos para áreas vinculadas a la atención de abortos. También se señaló la importancia de controlar las prácticas de profesionales que se declaran objetores en el sector público, pero no en el privado.

Las conclusiones del estudio se presentan en un contexto de cambio de gobierno, con manifestaciones contrarias a la ley, recortes en financiamiento, provisión de medicamentos, capacitación y programas vinculados. Esto podría aumentar el número de profesionales que objetan, dado que un 30 % de los encuestados indicó que entre la mitad y la mayoría del personal de su institución estaría de acuerdo en revocar la ley, lo que plantea un escenario potencialmente más propicio para el rechazo o la restricción en la provisión de servicios.

Posteriormente, **Sonia Ariza Navarrete**, realizó una presentación sobre el documento *Objeción de conciencia al aborto: consideraciones fundamentales*, elaborado por el Grupo de Trabajo de Naciones Unidas sobre la discriminación contra las mujeres y las niñas, en cumplimiento de resoluciones del Consejo de Derechos Humanos. Se trata de una guía de orientación que analiza la objeción de conciencia en el contexto del aborto desde un enfoque de igualdad de género y derechos humanos.

El documento fue construido a partir de evidencia académica, testimonios y observaciones recogidas en visitas a distintos países, tomando como referencia las directrices de la Organización Mundial de la Salud sobre atención para el aborto publicadas en 2022. Ofrece un panorama global sobre la objeción de conciencia, identifica tendencias preocupantes, examina la situación desde la perspectiva de género y presenta recomendaciones concretas para reformar leyes y políticas, con el

objetivo de asegurar que este recurso no se convierta en una barrera para el ejercicio efectivo de los derechos sexuales y reproductivos.

A escala internacional, la regulación de la objeción de conciencia vinculada al aborto es diversa. Si bien la mayoría de los países que reconocen el derecho al aborto también contemplan la objeción, no siempre existe un marco normativo específico que delimite su ejercicio. La ausencia de reglas claras genera vacíos legales que facilitan abusos y permiten su uso discrecional, incluso en lugares donde el aborto es legal. En los contextos mejor regulados se establecen condiciones que impiden que la objeción obstaculice la atención, como la obligación de brindar información sobre el derecho al aborto y derivar de inmediato a otro prestador disponible.

El análisis distingue dos modalidades de objeción. La primera es la individual, ejercida por profesionales de la salud que se niegan a participar directamente en un procedimiento por convicciones personales o religiosas. La segunda es la institucional, que ocurre cuando la dirección de un hospital o centro de salud decide no autorizar la prestación de servicios de aborto seguro. Esta última, aunque reconocida en muy pocos marcos normativos, ha sido rechazada por los organismos internacionales de derechos humanos, que sostienen que la objeción es un derecho estrictamente personal. Las instituciones no poseen conciencia ni integridad moral que proteger, de modo que su negativa afecta gravemente el acceso a la atención.

Desde hace décadas, la observación de las consecuencias de la objeción en medicina —y particularmente en servicios de aborto— ha llevado a que comités internacionales vayan consolidando estándares más claros sobre su regulación. Todos coinciden en que, cuando un Estado permite la objeción de conciencia, está obligado a regularla de forma estricta para que no obstaculice el acceso a los derechos sexuales y reproductivos. La premisa es clara: ninguna mujer o niña debería encontrar barreras para acceder a un aborto seguro y legal por la objeción de quienes tienen el deber de garantizar la atención.

El texto identifica tendencias preocupantes derivadas de la falta de regulación. Una de ellas es la negativa a informar, donde el personal objetor no solo rechaza realizar el procedimiento, sino que también retiene datos sobre cómo acceder a él, retrasando la atención y aumentando riesgos para la salud.

Otra es el impacto desproporcionado en ciertos grupos, especialmente mujeres jóvenes, con bajos ingresos, residentes en zonas rurales o desplazadas, quienes enfrentan mayores dificultades para encontrar un prestador y menos recursos para viajar o pagar servicios privados.

También se señala la carencia de mecanismos efectivos de derivación, ya que solo un número reducido de países obliga a quienes objetan a remitir de inmediato a otro profesional, y los procesos suelen ser lentos, con el riesgo de superar plazos

legales o requerir intervenciones más complejas. Se suma el uso indebido o defensivo de la objeción, ejercida no por convicciones reales, sino para evitar sanciones, cuestionamientos o el estigma social.

Asimismo, se advierte el efecto sobre el sistema de salud cuando la objeción es masiva: el personal no objetor asume una carga laboral excesiva, lo que genera desgaste, estigmatización y una disminución futura de profesionales dispuestos a brindar el servicio. En conjunto, estas situaciones transforman lo que debería ser una decisión individual en un obstáculo estructural que compromete el derecho a la salud y la igualdad.

El documento subraya que abordar la objeción de conciencia en el contexto del aborto exige integrar la perspectiva de género y los estándares de derechos humanos. La autonomía reproductiva es esencial para garantizar derechos como la igualdad, la privacidad, la salud e incluso la vida, y negar o restringir el acceso a servicios de salud sexual y reproductiva constituye una vulneración grave que puede equivaler a trato cruel, inhumano o degradante.

Además, la objeción no regulada perpetúa estereotipos de género y sesgos patriarcales, como la desconfianza hacia quienes alegan violación como causal para abortar o el juicio moral hacia embarazos no planificados, lo que limita la autonomía y capacidad de acción de mujeres y niñas.

Se plantea así una tensión entre derechos: de un lado, la libertad de pensamiento, conciencia y religión; del otro, el derecho a la igualdad, a la no discriminación, a la salud y a la vida. Los estándares internacionales establecen que la libertad de creencias puede limitarse cuando su ejercicio vulnera los derechos de otras personas, y que en el caso del aborto, el acceso a la atención debe prevalecer sobre las convicciones personales de quien presta el servicio.

El texto concluye que incorporar una perspectiva de género en la regulación de la objeción no es opcional, sino necesario para impedir que se transforme en un instrumento de discriminación y para garantizar el ejercicio pleno de los derechos sexuales y reproductivos.

Entre las medidas propuestas se incluyen la prohibición de la objeción institucional, la regulación estricta de la individual con obligación de informar y derivar de inmediato, la imposibilidad de invocarla en emergencias y la exigencia de registro previo; la despenalización del aborto para integrarlo al sistema de salud pública; el reconocimiento expreso del derecho al aborto seguro y legal con sistemas de monitoreo que prevengan abusos; y la creación de mecanismos judiciales y administrativos eficaces para reparar situaciones en las que se haya negado la atención.

Se señalan ejemplos de buenas prácticas, como la ausencia de reconocimiento a la objeción en aborto en países como Suecia y Finlandia; la obligación de los hospitales públicos de garantizar el servicio en otros contextos; la exigencia de derivación inmediata en algunos marcos legales; y las limitaciones estrictas sobre quién puede objetar junto con requisitos formales claros.

El mensaje final es contundente: la objeción de conciencia solo puede coexistir con el respeto a los derechos humanos si se regula de manera estricta, garantizando que el acceso al aborto seguro y legal nunca se vea comprometido. El derecho a la igualdad, a la autonomía y a la salud de mujeres y niñas debe prevalecer sobre cualquier práctica que restrinja o condicione su ejercicio.

El desafío es alcanzar un equilibrio justo, pero siempre partiendo de un principio básico: ninguna mujer o niña debe enfrentar barreras para acceder a un aborto seguro y legal por la objeción de quienes tienen la obligación de brindar la atención.

III. Intercambios

Durante el intercambio entre panelistas y participantes, se expuso que en México existe una iniciativa en elaboración para impulsar una ley específica de derechos sexuales y reproductivos, motivada por el aumento de objetores de conciencia y orientada a contratar personal médico no objetor. Esta propuesta generó debate sobre si podría considerarse discriminatoria, aunque se aclaró que no lo es, dado que busca garantizar el acceso a la atención. Se mencionaron las barreras existentes, especialmente después de las 13 o 14 semanas de gestación, y se subrayó que la objeción es un privilegio individual del personal médico, no institucional.

En el intercambio, se propuso replantear la manera de presentar la iniciativa: no como una exclusión de objetores, sino como un requisito indispensable para ciertos cargos, del mismo modo que se exigen otras competencias profesionales. Se señaló que el proyecto apunta solo a nuevas contrataciones, ya que el personal objetor actual no puede ser removido, y que contar con nuevo personal dispuesto a capacitarse mejoraría la provisión de servicios.

También se discutió la metodología del estudio, que incluyó entrevistas directas a representantes institucionales, generalmente directores o personal vinculado a la práctica, para relevar información sobre la objeción de conciencia. Se resaltó que en Argentina la objeción solo es válida para quienes participan directamente en el procedimiento, y que otros argumentos, como la falta de capacitación, no constituyen objeción real. Además, se mencionó que en muchos casos los circuitos de atención funcionan gracias a acuerdos informales entre profesionales, lo que puede ser positivo cuando el contexto es favorable, pero se debilita en entornos amenazantes o con falta de insumos.

Desde la experiencia en Chile, se aportó que la principal barrera no son los objetores formalmente identificados, sino los llamados “obstructores de derechos”, que en la primera atención proveen información falsa, maltratan o desalientan el acceso, incluso sin ser objetores declarados. Esto genera miedo en las mujeres y las disuade de acudir al sistema de salud. Se planteó la necesidad de abordar estas barreras estructurales y trabajar dentro de hospitales y clínicas privadas para garantizar un acceso real.

Finalmente, se coincidió en que las políticas de acceso deben ir más allá de la objeción de conciencia, incentivando a quienes garantizan la práctica, revisando y optimizando los circuitos de atención, y combatiendo el estigma del aborto, que hoy persiste dentro del sistema de salud aunque con características diferentes a las de hace décadas. Se concluyó que, con una buena regulación, la objeción será limitada y claramente identificada, mientras que el resto de obstáculos deberán ser reconocidos, abordados y eliminados para garantizar el derecho a la atención.

Este webinar forma parte del ciclo de Conversaciones para la Incidencia, un ciclo de diálogos informados sobre temas clave para fortalecer el acceso y el ejercicio de los derechos reproductivos desde diversas perspectivas.

Vista el sitio web de La Salud Reproductiva es Vital de CLACAI para conocer nuestro trabajo.

Se agradece el apoyo del Guttmacher Institute. También el apoyo técnico de Carla Zapata, investigadora junior de la iniciativa La Salud Reproductiva es Vital, y de Mariana Vázquez, gestora de proyectos de CLACAI.



LA SALUD
REPRODUCTIVA **ES**
VITAL