

Los dilemas de la objeción de conciencia en salud, desde su impacto en los servicios de salud sexual y reproductiva

Artículo elaborado por Lilián Abracinskas y Santiago Puyol en base a los estudios del Observatorio Nacional en Género y Salud Sexual y Reproductiva (SSR) de MYSU, datos oficiales y bibliografía referenciada en materia de objeción de conciencia en el campo de la SSR.

La reproducción total o parcial de este artículo están autorizadas siempre y cuando se cita la fuente: Abracinskas, L.; Puyol, S. (2022) Los dilemas de la objeción de conciencia en el campo de la salud sexual y reproductiva. Montevideo, MYSU.

La objeción de conciencia (OC), en términos jurídicos, puede definirse como *“aquella figura que permite al individuo negarse o rehusarse a cumplir una obligación jurídica, cuando la actividad correspondiente signifique la realización de conductas que pugnan con sus convicciones íntimas”* (Pardo, 2006, pág. 56).

Esta figura es relativamente nueva en el ordenamiento jurídico uruguayo, y su presencia como tema de debate se ha vuelto recurrente en los últimos años ligada a la prestación de los servicios de aborto. Desde Mujer y Salud en Uruguay – MYSU se ha identificado a través de los estudios de su Observatorio Nacional en Género y Salud Sexual y Reproductiva (SSR) que el uso abusivo de la OC es uno de los principales obstáculos para la correcta implementación de los servicios legales de aborto, por ello, se entiende necesario discutir acerca de su debida regulación y el registro de su incidencia.

1. El recurso de la OC en el ordenamiento jurídico uruguayo

La OC se reconoce y es habitualmente defendida desde las libertades individuales de conciencia, expresión y

culto, que en Uruguay tienen carácter constitucional¹. Sin embargo, no se encuentra precisamente definida en la legislación uruguayo. Se introduce en el marco legislativo uruguayo en 2009, mediante la [ley 18473](#) de reconocimiento de la voluntad anticipada para personas que cursan enfermedades en etapa terminal, cuyo artículo 9 establece que *“de existir objeción de conciencia por parte del médico tratante ante el ejercicio del derecho del paciente objeto de esta ley, la misma será causa de justificación suficiente para que le sea admitida su subrogación por el profesional que corresponda.”*

En 2012 la [ley IVE \(18987\)](#) vuelve a incluir la OC sin definirla, expresando, en su artículo 11, que *“los médicos ginecólogos y el personal de salud que tengan objeciones de conciencia para intervenir en los procedimientos [de IVE] (...) deberán hacerlo saber a las autoridades de las instituciones a las que pertenecen”,* estableciendo que ésta *“podrá manifestarse o revocarse en forma expresa, en cualquier momento, bastando para ello la comunicación a las autoridades de la institución en la que se desempeña.”* La revocación será tácita *“(...) si el profesional participa en los procedimientos”,* y los/as profesionales deberán tener *“idéntica decisión respecto a todas las instituciones públicas o privadas en las que (...) preste[n] servicios”,* mientras que aquellos que no hayan explicitado objeciones, no podrán negarse a realizar abortos.

Este recurso no se admite en casos de *grave riesgo de salud o vida de la mujer*, tal y como lo establece el artículo 11 en su inciso final.

El artículo 40 del código de Ética Médica del Colegio Médico (aprobado en 2014, por [ley 19286](#)) expresa que *“si el médico, en razón de sus convicciones personales considera que no debe practicar un aborto aun cuando esté legalmente amparado, podrá retirarse de la asistencia, debiendo derivar la paciente a otro médico”* y su artículo 36 define que *“el médico tiene derecho a abstenerse de hacer prácticas contrarias a su conciencia ética aunque estén autorizadas por*

¹ [Constitución de la República](#). Artículos 5, 7, 29 y 54.

la Ley” remarcando sin embargo “la obligación de derivar al paciente a otro médico.”

Hasta 2015, la regulación de la OC para los servicios de IVE se encontraba exclusivamente definida en el capítulo VIII del [Decreto N° 375/012](#), reglamentario de la ley 18987. En este se determinó que esta figura sólo comprendía al personal médico y técnico con intervención directa en la realización de la IVE² y que debía manifestarse por escrito ante las direcciones técnicas de los prestadores en que trabaja el/la profesional³.

Un año antes, veinte ginecólogos objetores (entre ellos dos de los tres jefes de cátedras de ginecología – Universidad de la República) presentaron un recurso ante el Tribunal de lo Contencioso-Administrativo (TCA), solicitando la nulidad de 11 artículos del texto reglamentario, seis de los cuales regulaban la OC. [El Tribunal falló](#) (Sentencia N° 586, 11/08/2015) anulando en forma total un artículo, en forma parcial seis, y desestimando la solicitud de nulidad para los cuatro restantes.

Frente a las indicaciones recibidas el Ministerio de Salud Pública resolvió atender al vacío dejado por los artículos anulados por el TCA mediante la publicación de tres ordenanzas ([N° 243/016](#), [N° 247/016](#) y [N° 366/016](#)), en lugar de elaborar un nuevo decreto. Entre las modificaciones administrativas que se realizaron, se destaca la incorporación de la posibilidad de objeción parcial o total, habilitando la objeción en todo el proceso o en cualquiera de las etapas del proceso IVE, incluyendo brindar información sobre el mismo.

Por otra parte, la Ley IVE introduce la figura de la “objeción de ideario” en su artículo 10, generando un precedente en la jurisprudencia, otorgando nociones de “conciencia” a personas jurídicas como lo son las instituciones de salud, permitiéndoles un estado de excepción a la ley, no teniendo que proveer los servicios de aborto si en sus cartas fundacionales u otros documentos de política interna se manifiestan abiertamente en contra de la realización de abortos. Esta figura, que es una forma de OC colectiva, desvirtúa la conceptualización ética de

la objeción como un recurso de excepcionalidad, a título individual, y no colectivo o institucional.

1.1. Registros oficiales: las ordenanzas que regulan la OC en aborto

La sentencia del TCA reafirma la necesidad de establecer un **registro escrito** de las declaraciones de OC por parte de profesionales de la ginecología y otro personal de salud que intervenga en los procesos de IVE (personal de salud que intervenga directamente en abortos quirúrgicos, por ejemplo).

Esta modificación, que se estableciera luego por ordenanzas ministeriales N° 247/016 y 366/016, se realiza en el entendido que realizar la declaración “por escrito, bajo firma de quien plantea la objeción de conciencia, es la única forma o, por lo menos, la que aporta mayor certeza y fehaciencia, de la posición sustentada respecto a una situación tan sensible como la que se plantea”, además de ser “condición de forma necesaria a los efectos probatorios”⁴. En otras palabras, no solo da mayor validez y certeza a una objeción, sino que es necesaria para llevar un registro fiel del uso del recurso.

La ordenanza N°247/016 presenta el formulario de declaración que ginecólogos/as⁵ deben completar para establecer como válido su rechazo a formar parte de los procedimientos de IVE. El formulario debe de ser presentado ante la dirección técnica del prestador de salud en el cual trabaja el/la profesional.

La declaración de OC solicita una serie de datos personales y laborales del profesional, así como a cuáles de las etapas para las que se habilita la misma se estará objetando efectivamente: IVE 1 (asesoramiento general sobre la ley y recepción de las usuarias con interés de interrumpir su embarazo), IVE 2 (entrevista con el equipo multidisciplinario, asesoramiento sobre métodos de interrupción y alternativas a la misma) e IVE 3 (confirmación y realización de IVE propiamente dicha). Siguiendo esta lógica de

2 Artículo 29.

3 Artículo 31.

4 Dra. Mariela Sassón, sentencia N° 586, Tribunal de lo Contencioso Administrativo, Montevideo, 11 de agosto de 2015.

5 Anexo II. “Declaración de objeción de conciencia en el marco de la Ley 18.987”.

objeción parcial, se habilita la posibilidad de objetar conciencia para informar y referir a las mujeres y personas gestantes, así como para indicar los estudios requeridos para la confirmación de embarazo y tiempo de gestación. De esta forma se extiende la excepción más allá de la realización del aborto y entra en contradicción al derecho a la información que debe garantizarse a las mujeres y personas con capacidad de gestar que están ante un embarazo no intencional y no deseado. Demoras y obstáculos en el acceso a esta prestación es de alta preocupación porque los tiempos son acotados para abortar legalmente en las condiciones que lo habilitan.

A su vez, en el formulario diseñado por el MSP no se incluyen las razones/motivos para la OC, ni hay mecanismos para constatar la veracidad de estos (motivos religiosos, morales o filosóficos) para evitar que la excepción de la implementación de la norma no sea por otros intereses (políticos, corporativos o económicos) que podrían convertirse en desobediencia civil o de sabotaje a la implementación de la ley.

El control y registro de las objeciones totales y parciales tampoco está definido y se desconoce, oficialmente, el alcance de las mismas. Las responsabilidades estipuladas a las direcciones técnicas de las instituciones de salud remiten a la recopilación de los formularios. **Ninguna instancia del MSP releva la información sobre número de objetores ni tiene los mecanismos para conocer el porcentaje que representan en la totalidad de profesionales por departamento o a nivel nacional, dado que la nómina es confidencial siguiendo las indicaciones del TCA.**

Esto se traduce en que *“no existe posibilidad metodológica de chequear si un profesional es objetor en una institución y no lo es en otra”*, como lo afirma la Junta Nacional de Salud (JUNASA) en la respuesta a una solicitud de información elevada por MYSU durante 2020. Así, se habilita de hecho un incumplimiento de la ley IVE, que prohíbe la posibilidad de objetar en una institución y de no hacerlo en otra. Desde las autoridades sanitarias *“no se ha considerado necesario tener un registro nominalizado de los*

objetores de conciencia (...) [ya que] el MSP no considera el mismo un registro sostenible (ante el constante renovación (sic) del personal de la salud), práctico o necesario para la fiscalización de los servicios”.

Por otra parte, la ordenanza N° 366/016 contiene un cuestionario que deben completar todas las instituciones prestadoras del SNIS sobre servicios de IVE y salud sexual y reproductiva (SSR)⁶. Este cuestionario debe ser completado por las direcciones técnicas, tiene valor de declaración jurada e incluye relevamiento de objeción de ideario por parte de la institución (y qué mecanismos para garantizar el servicio posee), datos sobre profesionales objetores⁷ y datos sobre la composición, disponibilidad (horaria y geográfica) y recursos humanos asignados para los servicios de IVE.

Cada institución del SNIS eleva por impreso los datos, en formato informe, a la Dirección General de la Salud del MSP. El cuestionario sigue un formato de indagatoria fundamentalmente cualitativo, apelando a un reporte descriptivo, aunque se manejen algunas cifras. El reporte es anual, o cada vez que se producen cambios sustanciales a la implementación de los servicios de IVE y SSR.

La ordenanza no establece la entidad responsable de sistematizar la información presentada por las instituciones, ni los mecanismos para garantizar el cumplimiento de los plazos para la presentación de los informes o la veracidad de los mismos. Su procesamiento queda en manos del Área Programática de Salud Sexual y Salud Reproductiva según lo informado por el MSP en respuesta a la misma solicitud de información antes mencionada.

2. La OC como barrera de acceso en aborto

Con el objetivo de acompañar la implementación de los servicios de aborto en el país como parte de la

6 Anexo I. “Cuestionario a Prestadores de Salud sobre aspectos asistenciales vinculados a SSYSR e IVE”.

7 % de profesionales objetores que realizan guardias, % de profesionales objetores que trabajan en policlínicas y registrar la existencia de nómina actualizada de profesionales objetores en la institución.

política pública en SSR, aprobada la ley IVE en octubre de 2012, MYSU realizó un [monitoreo de los servicios en instituciones públicas y privadas del SNIS, en diez de los diecinueve departamentos del país entre 2013 y 2017](#). Los estudios alcanzaron a 24 instituciones prestadoras de salud y 19 localidades en total, incluyendo 9 capitales departamentales del interior del país y Montevideo ⁸.

Dentro de los resultados más llamativos de los estudios, se encontró altos niveles de OC (más del 60%) en 4 de los 10 departamentos monitoreados (Salto, Paysandú, Rivera y Soriano), así como localidades con 100% de profesionales objetores (Mercedes, Young y Castillos) y un 52% de objetores en la Red de Atención Primaria (RAP) de Administración de Servicios de Salud del Estado (ASSE) en el Área Metropolitana. En algunos casos, como el de Rivera, el 67% de objetores se traducían en que solamente 4 profesionales de la ginecología estaban dispuestos a ofrecer los servicios IVE en un total de 12, mientras que el resto había presentado recurso de OC (MYSU, 2018).

El alto porcentaje de profesionales que no realiza IVE genera obstáculos y demoras en el acceso a la prestación. Los traslados de quienes se encuentran en situación de IVE hacia otros departamentos o a Montevideo por no disponer de profesionales (sea porque 100% recurrió al recurso en la localidad o por situaciones circunstanciales como licencias de los pocos que sí brindan la atención) es una complicación que pagan las mujeres y personas gestantes. Las derivaciones representan una barrera geográfica y de tiempo para acceder a una atención que, en realidad, es ambulatoria y debería estar disponible en el centro de salud de su proveedor de servicios, más cercano a su lugar de residencia.

Las coordinaciones interinstitucionales para los traslados también implican tiempo lo que representa un riesgo para quienes buscan acceder al servicio ya que pueden quedar fuera del lapso acotado que determina la ley. Las que viven en ciudades de menor número de habitantes, más lejos de las ciudades capitales donde en general está el servicio de IVE, las que estén en condiciones de vulnerabilidad socioeconómica, las que están en situación de vio-

lencia sexual y de género, o cuentan con trabajos precarios o inflexibles ante la inasistencia laboral, o son adolescentes sin el correspondiente respaldo de los adultos a su cargo, son las más afectadas.

Los múltiples obstáculos se convierten en motivos de fuga hacia el circuito no legal de provisión de medicamentos abortivos o hacia formas inseguras de interrupción del embarazo, a lo que se suman prácticas sesgadas que impactan directamente en la atención recibida por las mujeres y personas gestantes. Las consecuencias más dramáticas de las debilidades, barreras e irregularidades en el funcionamiento de los servicios las siguen pagando las mujeres con sus vidas, teniendo que lamentar ["la muerte de 5 mujeres por aborto desde la aprobación de la ley, dos de ellas por abortos inseguros en 2013 y 2016, dos de ellas en marco de procesos legales de IVE en 2018 y 2020, y otra muerte que se registra como producida durante un aborto espontáneo"](#).

Dando continuidad al monitoreo de los servicios IVE, MYSU pudo acceder en 2021 a cifras oficiales sobre la incidencia de la OC para la atención en aborto, mediante el recurso de solicitud de información oficial (habilitado por la [ley 18381](#)). Tanto el MSP como ASSE en el año 2021 reportaron a MYSU porcentajes de profesionales objetores, con cifras actualizadas hasta 2019 en el caso del MSP y hasta 2020 en el caso de ASSE.

Las cifras reportadas registraron múltiples inconsistencias, con diferencias entre lo reportado por ASSE y por el MSP, de todos modos, el análisis de la información provista es poco alentador. Los hospitales departamentales de ASSE en Cerro Largo (Melo), Colonia (Colonia del Sacramento) y Soriano (Mercedes), todos cuentan con 100% de objetores de conciencia, según el MSP. *"Melo, Colonia del Sacramento y Mercedes, ciudades capitales y centros más poblados de cada departamento, esto implica necesariamente derivaciones y en muchos casos traslados, dentro de los departamentos e incluso fuera, a la capital del país"* (MYSU, 2021).

El marco regulatorio vigente de la OC no parece haber sido efectivo para controlar que el uso del recurso no sea abusivo. Deberían crearse los mecanismos de registro oficial y control sobre el uso del recurso procurando evitar que sea por motivos que exceden las

⁸ Ver folleto "Servicios legales de aborto en Uruguay. Logros y desafíos de su funcionamiento". http://www.mysu.org.uy/wp-content/uploads/2018/04/Folleto-OBS_6-4-2018.pdf

razones de índole filosófica o religiosa que admite la norma. Si se vuelve un acto corporativo o una táctica para obstaculizar la implementación de una ley, no se estaría ante un acto de la conciencia individual sino de otra índole con diferentes repercusiones legales, de la ética profesional y de la política.

En el relato de integrantes de los equipos IVE se traduce el compromiso para que estos servicios se hayan instalado con la rapidez que debieron estar disponibles y en todos los departamentos del país (MYSU, 2018). Solamente en Salto se demoró nueve meses porque fue el único departamento donde la totalidad de sus profesionales de la ginecología se negó a brindar el servicio por objetar conciencia.

Pero también en el relato de los profesionales que brindan la atención IVE aparece el cansancio, la sobrecarga, tener que padecer el estigma desde entornos comunitarios y profesionales que no sólo se oponen a la práctica sino que la condenan, perjudicando a quienes la solicitan pero también a quienes proveen la atención. El fallo del TCA se preocupa por amparar a los profesionales que objetan realizar el procedimiento de salud que indica la ley, pero no tanto a quienes brindan la atención.

En algunas instituciones, ciudades, equipos y personas no se admite la práctica del aborto ni se acepta que la ley haya cambiado a pesar de que el proceso tuvo todas las garantías democráticas incluyendo el resultado a favor del cambio legal que arrojó la consulta ciudadana cuando se intentó derogar la norma a menos de un año de su promulgación (Corrêa y Pecheny, 2016).

Hay muy poca difusión de los servicios de IVE y de SSR tanto desde las instituciones de salud como desde los ejecutivos nacionales y departamentales. La capacitación provista desde el MSP a los equipos referenciales de salud sexual y reproductiva ha sido el mecanismo de formación regular para la difusión de la reglamentación, guías clínicas y criterios para el funcionamiento de los novedosos servicios en el esquema de prestaciones obligatorias del SNIS.

Si bien se espera que nuevas generaciones de profesionales de la ginecología se formen aceptando la IVE como una de las prácticas profesionales nece-

sarias para atender los requerimientos de las mujeres y personas con capacidad de gestar, durante su edad reproductiva, no existen datos ni planificación de las instituciones formativas y autoridades sanitarias que indiquen que se estén tomando medidas para subsanar este problema, ni que la formación y el combate al estigma tengan la institucionalidad suficiente para asegurar la sustentabilidad y universalización de estos servicios a futuro.

El Comité de Expertas de La Convención sobre la Eliminación de todas las formas de Discriminación contra la Mujer (CEDAW) de Naciones Unidas, en su informe de 2016, [observa con preocupación a Uruguay sobre el uso generalizado de la OC entre los profesionales médicos](#), lo que limita el acceso a los servicios de aborto sin riesgo generalizado por ley y le recomienda al Estado que *“adopte medidas para asegurar que las mujeres tengan acceso al aborto legal y cuidados posteriores e incorpore requisitos de justificación más estrictos para evitar el uso indiscriminado por parte de los profesionales médicos de su derecho de objeción de conciencia ante la realización de un aborto”*⁹.

En este mismo sentido, el Comité de Derechos Económicos, Sociales y Culturales en sus observaciones finales sobre el quinto informe periódico del Uruguay, en 2017, [destacó los altos niveles de OC](#) y recomendó al Estado uruguayo que *“se asegure que el ejercicio de la objeción de conciencia no sea un obstáculo para que las mujeres tengan acceso a servicios de salud sexual y reproductiva, particularmente a la interrupción voluntaria del embarazo y asegure la aplicación efectiva del “Manual de Procedimiento para el Manejo Sanitario de la Interrupción Voluntaria del Embarazo” mencionado por la delegación”*¹⁰.

Durante la actual administración de gobierno, se ha designado a profesionales objetores de conciencia al frente de servicios que rechazan brindar, sin que se identifique los conflictos que esto puede representar. Por lo tanto, el debate sobre OC sigue abierto en Uruguay, y se siguen registrando situaciones que requieren algún tipo de respuesta.

9 Comité para la Eliminación de la Discriminación contra la Mujer, Observaciones finales sobre los informes periódicos octavo y noveno combinados del Uruguay, CEDAW/C/URY/CO/8-9, 25 de julio de 2016, obs. 36.

10 Comité de Derechos Económicos, Sociales y Culturales, Observaciones finales sobre el quinto informe periódico del Uruguay, E/C.12/URY/CO/5, 20 de julio de 2017, obs. 51, b).

3. Contexto internacional y regional en materia de OC

El uso abusivo del recurso de OC es un problema que no solo se identifica como barrera en Uruguay, otros países presentan complicaciones similares (Casas, 2009; Zárate Cuello, 2011; Díaz-Olavarrieta *et. al*, 2012; Bijelić y Hodžić, 2014; Rosero Arteaga y Tovar Ramírez, 2014; Ministero della Salute, 2016; Uberoi y Galli, 2016; Awoonor-Williams *et. al*, 2018).

En Ghana donde se admiten ciertas causales para abortar, se registra un 38% de profesionales objetores en la región norte del país (incluyendo profesionales de ginecología, parteras y otros profesionales de salud médicos y no-médicos) donde habita la población más vulnerable y con mayores déficits de atención en salud (Awoonor-Williams *et. al*, 2018). Croacia, con un 55% de objetores en hospitales públicos, registra a su vez casos de objetores en instituciones de salud públicas que manejan clínicas privadas (Bijelić y Hodžić, 2014; CEDAW, 2015), mientras que en España si bien las cifras oficiales indican solamente 1% de OC formal, se ha constatado que, en algunas regiones como Galicia y Murcia, las instituciones reportan totalidad de profesionales objetores como forma de asegurar que las usuarias sean derivadas a servicios en otros puntos del país.

En algunos casos, como el de Italia, el porcentaje de profesionales objetores ha ido en aumento (de 59% en 2005 a 71% en 2014), y debido a esto, un quinto de las mujeres que han recurrido a abortos dentro del sistema legal ha debido ser trasladadas a otras localidades. En un 40% de estos casos a otra región del país incluso. En casos de abortos después del primer trimestre o abortos terapéuticos se requiere que el profesional sea del prestador en que se atiende la mujer, lo que hace que la OC pueda volverse una barrera absoluta en casos de prestadores con 100% de objetores (Ministero della Salute, 2016).

Suecia, Finlandia e Islandia no tienen reconocida esta figura como tal, y aunque la forma en que se implementan los servicios de aborto en estos casos varía, en general la formación en ginecología

requiere explícitamente formación en aborto en todos los casos (extendiéndose a parteras y otros profesionales según el país) (Fiala *et. al*, 2016).

En nuestra región, México y Colombia identifican el uso inadecuado de la objeción de conciencia como barrera para el acceso de las mujeres a abortos seguros, aunque no se han presentado cifras oficiales sobre ello, y la situación parece tener grandes variaciones intra país, como en México donde la Suprema Corte de Justicia [declaró inconstitucional la penalización del aborto en 2021](#), pero la normativa sobre al respecto, incluyendo la OC, varía de estado a estado (Casas, 2009; Díaz-Olavarrieta *et. al*, 2012). La presencia de profesionales que se declaran objetores en prestadores públicos pero brindan servicio por fuera aparece como un relato habitual entre profesionales de salud de México haciendo eco de lo ocurrido en Croacia.

No solo la OC como barrera tiene diferencias entre países, sino que la propia definición, reconocimiento y regulación, varía según el contexto.

En el caso de Colombia, la Corte Constitucional habilitó en 2006 el aborto legal por tres causales (riesgo de vida/salud de la mujer, inviabilidad del feto y violación/concepción forzada) y estableció la posibilidad de OC exclusivamente para profesionales de salud (Zárate Cuello, 2011; Rosero Arteaga y Tovar Ramírez, 2014). El fallo de la Corte establece que "la objeción de conciencia no es un derecho del cual son titulares las personas jurídicas, o el Estado. Solo es posible reconocerlo a personas naturales, de manera que no pueden existir clínicas, hospitales, centros de salud o cualquiera que sea el nombre con que se les denomine, que presenten objeción de conciencia a la práctica de un aborto (...)". En 2022, [la Corte despenalizó el aborto por voluntad propia hasta la semana 24](#), sin embargo no queda claro cómo afectará esta resolución a la figura de la OC.

La inclusión en la ley uruguaya del reconocimiento a la objeción de ideario fue utilizada por la [norma chilena de aborto por causales](#) que logra modificarse en 2017 luego que en la dictadura de Pinochet se prohibiera la práctica del aborto aún para salvar a la mujer en riesgo de vida por continuar con el embarazo. Admitir aborto legal por causales ha sido lo que Chile ha logrado avanzar legislativamente a

la fecha, pero la objeción de ideario y la cantidad de profesionales que se niegan a brindar el servicio [han representado dificultades para la implementación de los servicios creados](#). Argentina, tras lograr la despenalización del aborto en 2020, comienza a enfrentar dilemas similares con los profesionales objetores.

4. Reflexiones para el debate

La OC surgió inicialmente en Europa y Estados Unidos como respuesta al servicio militar obligatorio. En el contexto de la atención sanitaria, los proveedores invocan razones de conciencia para negarse a prestar un servicio con el que no están de acuerdo, en el entendido que va en contra de sus creencias religiosas, éticas o de otro tipo. Generalmente asociada a los servicios de SSR, las demandas de conciencia son utilizadas habitualmente por profesionales médicos y farmacéuticos para rechazar servicios como la atención del aborto, la anticoncepción de emergencia y otras formas de anticoncepción, los servicios de salud para personas transgénero y los tratamientos de esterilización e infertilidad (IWHC-MYSU, 2018).

Aunque ninguna norma internacional de derechos humanos reconoce el derecho a la OC en el contexto de la atención sanitaria (IWHC-MYSU, 2018), este recurso se encuentra [ampliamente extendido en la legislación de la mayoría de los países del mundo](#) y el alto porcentaje de profesionales que se niegan a prestar servicios de aborto legal por sus creencias personales se convierte en uno de los principales obstáculos para el funcionamiento de los servicios.

Los grupos religiosos antiaborto y antigénero se han apropiado del término y han contribuido en su extensión al ámbito de las políticas en salud, promoviendo el uso del recurso con fuerza desde la Iglesia Católica (Case, 2018) al menos desde el papado de Juan Pablo II (1995) con la encíclica *Evangelium Vitae* expresando que los católicos *“están llamados, por un grave deber de conciencia, a no prestar su colaboración formal a aquellas prácticas que, aun permitidas por la legislación civil, se oponen a la Ley de Dios”* (Juan Pablo II, 1995, Cap. III, núm. 74). Así,

“la apelación a la objeción de conciencia se convierte [también] en una estrategia para restar legitimidad y eficacia a la normativa” (Vaggione, 2012, pág. 74) vigente en DSR.

La naturaleza de la OC es de excepción al cumplimiento de la ley, abriendo esa posibilidad para quienes así lo manifiestan, en general con la exigencia de cumplir con algún tipo de servicio alternativo (usualmente servicio comunitario, formación compulsiva, entre otras) (Cavallo y Ramón Michel, 2014).

En el caso de la OC al servicio militar, es la persona que objeta sobre quien recae el “costo” de la excepcionalidad que se concede. El objetor es quien debe cumplir requisitos específicos para ello, argumentar para que su decisión sea tomada en consideración, cumplir con el doble de tiempo en otro servicio a la comunidad que se le asigna e incluso, en algunos contextos, pagar el costo del estigma por su decisión que es considerada socialmente condenable (en especial en contextos de nacionalismo exaltado) (The National Peace Museum of Conscientious Objection and Anti-War Activism, s/f).

Fiala y Arthur (2014) argumentan que la OC en SSR, por las razones antes expuestas, es en realidad un tipo particular de *“desobediencia civil”*, *“desobediencia deshonrosa”* le llaman. El argumento central es que negarse a brindar un servicio que una persona necesita no es ético, no solo porque atenta contra los principios básicos de la profesión médica, sino porque violenta el derecho a la salud que es un derecho humano básico. Alegre (2009) comparte una idea similar, estableciendo una distinción entre lo que serían las objeciones de conciencia tradicionales (como la del servicio militar) y las “nuevas objeciones” (aquellas en SSR), dado que en las tradicionales no hay derechos en pugna.

El comportamiento omisivo de un deber, en ciertos casos y bajo ciertas condiciones, hace de la OC un no-hacer, una no-acción, emprendida en contra de un deber legalmente impuesto, lo que no lo hace menos un deber legal. Por ello, deben existir mecanismos que aseguren efectivamente el carácter ético de la excepción exigida por el profesional, dado que las instituciones sanitarias y las autoridades reguladoras nacionales deben garantizar que no se abuse de este recurso (Juvenal, 2013; MYSU, 2018).

Los profesionales que se niegan a prestar servicios de aborto legal en Uruguay no siempre cumplen con los criterios éticos definidos para dicha práctica. Su ejercicio debe ser no violento (pasivo) y no debe estar vinculado a ninguna acción o lucha política, ya que su propósito no es modificar una ley que considera injusta, sino proteger sus valores y la rectitud de su conciencia (Juvenal, 2013; Mautone y Rodríguez Almada, 2013; Cavallo y Ramón Michel, 2014). Sin embargo, el número de profesionales “objeto-res” que se encuentran en diferentes localidades del país (MYSU, 2018), así como los recursos legales promovidos por grupos de profesionales para derogar los artículos del reglamento de la ley IVE estarían más cerca de una práctica de desobediencia civil que de una excepción amparada en la libertad de creencias.

“El estigma asociado a la prestación del aborto opera como un desincentivo para los proveedores de dos maneras. Se manifiesta como un desincentivo materialmente porque los proveedores perciben que el estigma hace que los pacientes y otros proveedores de servicios de salud los rechacen, lo que puede impedirles prestar otros servicios más lucrativos y “aceptables”. También se manifiesta socialmente, debido a la discriminación, el aislamiento y la falta de respeto de sus colegas y comunidades en general. En otras palabras, los proveedores experimentan incentivos para negarse a tratar, alegando “objeción de conciencia”, con el fin de mantener su reputación, alinearse con el statu quo y evitar el estigma y los inconvenientes de prestar servicios de aborto. Al mismo tiempo, proporcionar el aborto exclusivamente en el sector privado ofrece a algunos médicos una oportunidad de obtener ingresos fuera del sector público” (IWHC-MYSU, 2018, pág. 30).

Existen, por tanto, lógicas de coste-beneficio que podrían favorecer que los profesionales resuelvan alegar “razones de conciencia” para negarse a prestar un servicio, beneficiándose material y socialmente (IWHC-MYSU, 2018; Serna Botero, Cárdenas y Zamberlin, 2019).

Si tenemos en cuenta que los proveedores de salud actúan como monopolios habilitados por el Estado a la hora de ofrecer un servicio (o no), esto aumenta

el desequilibrio de poder entre profesionales y población usuaria. Las decisiones que toman los proveedores, les benefician de múltiples maneras, mientras que sus pacientes incurren en los importantes costes de los riesgos para la salud y el bienestar, y de tener que buscar un profesional dispuesto a resolver sus requerimientos en aborto (IWHC-MYSU, 2018).

Cuando profesionales que se declaran objeto-res no recurren a esta excepcionalidad en base a legítimas razones de conciencia (religiosas o filosóficas, por ejemplo) o tienen motivaciones políticas podrían ser considerados “pseudo-objeto-res” como los define Cópola (2013). Es en estos casos que la falta de una regulación estricta pone en peligro la implementación de los servicios al estar la OC *“motivada por el deseo de desbaratar políticas públicas de salud sexual y reproductiva [y] no se busca una mera excepción individual frente a una obligación jurídica”* (Alegre, 2009, Factores relevantes de la objeción de conciencia en el contexto de la salud sexual y reproductiva, núm. 2). Establecer criterios marco para poder objetar conciencia es necesario además, ya que los médicos detentan un conocimiento específico y tienen el monopolio de la prestación de servicios, lo que refuerza las inequidades de la relación médico-paciente cuando se les otorga la capacidad de negarse a brindar servicios legales. En aborto y SSR, el impacto sobre niñas, adolescentes, mujeres y personas con capacidad de gestar es demostrable.

El derecho a objetar se refiere siempre a una ley de obligado cumplimiento, por lo que su ejercicio debe ser personalísimo y deben seguirse las consecuencias cuando se haga un mal uso del mismo o no se cumpla con las razones autorizadas y válidas para justificar la excepcionalidad (razones religiosas, éticas, morales o axiológicas debidamente sustentadas) (Juvenal, 2013; Cabello-Robertson y Núñez-Nova, 2018). Su ejercicio, por tanto, debe estar adecuadamente regulado y/o sometido a limitaciones ya que enfrentan a las instituciones sanitarias y al propio Estado a resolver el conflicto entre el derecho a la libertad de creencias del profesional sanitario y el derecho a la atención de los requerimientos y necesidades de salud de las personas (IWHC-MYSU, 2018; Cruz Parceró, Ortíz Millán y Santillán-Doherty, 2021).

En un contexto de regulación laxa de la OC como el uruguayo, donde además los mecanismos por los cuales se registra no son claros y no estarían ofreciendo las garantías suficientes para evitar su uso abusivo (Zampas, 2013), el argumento de la desobediencia civil resulta pertinente, en tanto no queda en claro hasta qué punto los altos porcentajes de objetores no son efectivamente un intento de obstaculizar el funcionamiento de la ley de IVE dificultando que el estado uruguayo pueda asegurar las condiciones para el acceso a un servicio de salud por parte de las usuarias del SNIS. Estas limitaciones tienen un doble efecto, por un lado, podrían abonar sospechas sobre las razones legítimas que los profesionales tienen para objetar conciencia, y por otro lado, podrían encubrir abusos de la figura por parte de profesionales cuyo objetivo es instrumentalizar el recurso o simplemente eximirse de responsabilidades frente a una práctica que sigue siendo estigmatizada, en particular en contextos conservadores (Cook, Arango Olaya y Dickens, 2009; Cruz Parceró, Ortíz Millán y Santillán-Doherty, 2021).

Esto se agrava cuando se pone a profesionales que rechazan brindar servicios en base a razones de conciencia a cargo de equipos profesionales que implementan esos mismos servicios, además, *“el mensaje para los profesionales que sí cumplen con su deber es también desalentador y preocupante”* (MYSU, 2021). El accionar con sesgo en la práctica profesional estaría minando la naturaleza de la OC ya que su función no es modificar la ley sino otorgar una excepción a la misma (Juvenal, 2013). *“Muchas instituciones invocan la “objeción de conciencia”, cuando los jefes de departamento, los directores de hospitales o los responsables políticos invocan sus creencias personales en nombre de quienes trabajan en esa institución”* (IWHC-MYSU, 2018, pág. 8)

Cuando se asigna responsabilidad sobre la implementación de servicios a profesionales que intervinieron directamente, con intención de desestimular la decisión de una mujer a abortar y vulnerando así su autonomía reproductiva¹¹, se habilitan prácticas que escapan a la ética profesional (Zampas, 2013;

Fiala y Arthur, 2014; Abracinskas y Puyol, 2020; Cruz Parceró, Ortíz Millán y Santillán-Doherty, 2021).

Debe ponerse en consideración, además, que de ceñirse a las interpretaciones más liberales del derecho a la OC (Asiaín Pereira, 2016; Aramberri, 2021) y considerando la habilitación ministerial de la *“objeción de conciencia parcial”*, se entiende que esta trasciende el mero hecho de realizar una práctica y abarca otras instancias del procedimiento. Sería contradictorio que no existieran razones de conciencia que imposibiliten la potestad de estar a cargo de la implementación y el funcionamiento de un servicio con el que se está filosófica, religiosa o moralmente en contra. La responsabilidad directa sobre los equipos que garantizan el acceso a esta prestación debería entenderse como una forma de habilitar el *“procedimiento de aborto”* y por tanto, quien tenga objeciones de conciencia tendría una contradicción directa en oposición a la función que debe cumplir, volviéndose por tanto un impedimento para acceder a este tipo de responsabilidad institucional.

Esta contradicción debe de abordarse, de otro modo podría favorecerse un accionar sesgado en la práctica profesional de responsables directos e indirectos del funcionamiento de los servicios de aborto legal. ¿No resultaría contradictorio acaso que se designara responsable de un banco de sangre a quien tiene objeción de conciencia respecto a las transfusiones sanguíneas por ser testigo de Jehová, por ejemplo? ¿Por qué la contradicción no resulta evidente al designar como responsables de los servicios de aborto y SSR a personas con objeciones de conciencia respecto a estas prestaciones? No debería admitirse la posibilidad, siquiera, no desde una perspectiva discriminatoria sino apelando a una verdadera coherencia interna de la OC.

Por otra parte, la figura de objeción de ideario como modalidad de OC institucional en el ordenamiento jurídico uruguayo resulta también problemática. Juvenal (2013) resalta la discusión que suscita la introducción de este recurso, ya que otorga a las personas jurídicas (al menos a las personas jurídicas privadas) una noción de *“conciencia”* similar a la que poseen las personas naturales, algo de difícil definición y más difícil implementación. Esto abre,

¹¹ En Uruguay se registra el caso concreto de una profesional que fue denunciada por una usuaria de ASSE ante esta situación, que posterior a su accionar sesgado fue designada como responsable de estos servicios en la Red de Atención Primaria de ASSE. [Este hecho es de público conocimiento y fue denunciado por MYSU en conferencia de prensa.](#)

además, la discusión sobre si las personas jurídicas públicas poseen algún tipo de “ideario”, cuál debería ser este y cómo medirlo.

Reconocido el derecho a la objeción, la cuestión más importante y que se ha convertido en un desafío ético a resolver en Uruguay, es definir su alcance y contenido en forma precisa. Esto implica establecer límites al derecho de OC, constreñidos por los derechos e intereses de los demás, ya que un objetor no está facultado para lesionar los derechos de otros, ni para obligar a terceros a compartir su criterio (Juvenal, 2013; IWHC-MYSU, 2018).

Una cuestión que parece ineludible dado el contexto nacional, regional e internacional en materia de OC, es la **necesidad de establecer un registro actualizado y con criterios claros sobre profesionales objetores** (Zampas, 2013; Cruz Parceró, Ortíz Millán y Santillán-Doherty, 2021). Experiencias de este tipo en servicios legales de aborto se han realizado ya, con relativo éxito, en la [provincia de Santa Fe en Argentina](#) (que existe desde antes de la despenalización del aborto) y en la [comunidad autónoma de Navarra en España](#). Los registros son necesarios para garantizar el debido funcionamiento de los servicios de salud ya que las autoridades deben conocer con cuántos recursos humanos cuentan y es su responsabilidad que quienes requieren una prestación de salud otorgada por ley puedan acceder a la misma. En el caso uruguayo, el debido registro de profesionales objetores tendría que contribuir a mejorar la atención en aborto o en cualquier otra prestación en salud que habilite esta excepción.

Aun desde perspectivas liberales respecto a la OC, que miran con sospecha este tipo de registros, se reconoce la importancia de argumentar por qué se está objetando, como modo de preservar la fiabilidad e incluso la confidencialidad de estas razones. Por ejemplo, Aramberri plantea para el caso de las declaraciones de OC uruguayas que si bien se habilita *“la posibilidad de objetar para todas las etapas del procedimiento previstas en la ley (...) no [se] prevé la posibilidad de que el objetor se explaye en relación a los fundamentos de su objeción lo cual (...) integra la garantía de inalterabilidad del contenido del derecho”*. El autor va un paso más allá, exhortando a quienes objetan conciencia a anexar una nota con sus razones a la declaración como tal (Aramberri, 2021).

La regulación de la OC debería entenderse no como una forma de perseguir a quienes se niegan a brindar una prestación ya que consideran que la misma vulnera su conciencia irremediadamente, sino como una garantía para todas las partes involucradas: prestadores de salud, profesionales objetores y población usuaria. **Contar con un registro actualizado y formas transparentes de declarar la OC, permite distribuir de mejor manera los recursos humanos, evitar exponer a profesionales objetores y a mujeres y personas gestantes que requieren acceso a un aborto legal a situaciones que resulten incómodas o violentas, y preservar el debido funcionamiento de servicios garantizados por ley (Cook, Arango Olaya y Dickens, 2009).**

5. Sugerencias

Las sugerencias que se presentan a continuación se realizan tomando como punto de partida los nudos identificados en la atención en aborto y SSR, sin embargo, pueden tenerse en consideración para cualquier prestación para la que exista la excepción de OC.

Teniendo en consideración lo que establece la norma 18987 y las exigencias administrativas para su implementación, el contexto y los datos relevados sobre la situación de la objeción de conciencia para servicios IVE, deberían tomarse una serie de acciones que corrijan barreras y debilidades y permitan mejorar la calidad de los servicios y fortalecer a los equipos.

Para garantizar la **disponibilidad de recursos humanos suficientes en la atención en aborto**, debería promoverse, al menos en las instituciones públicas del SNIS, la contratación de profesionales de ginecología dispuestos a brindar los servicios IVE, con especial énfasis en el primer nivel de atención, teniendo en cuenta que más del 95% de las IVE son por vía medicamentosa y pueden realizarse a nivel ambulatorio. A su vez, evaluar las posibilidades de incorporar a profesionales de la medicina familiar y comunitaria en la atención de IVE considerando que [a través de su asociación profesional \(SUMEFAC\) han manifestado la disposición de brindar la atención IVE](#) en la tarea que realizan, contribuiría en este mismo sentido.

Buscando evitar la sobrecarga de profesionales que cumplen con brindar la atención en IVE, debería de estipularse un sistema de compensación de tareas en el servicio de SSR para aquellos profesionales que no brindan IVE, entendiendo que es una excepción a cumplir con un servicio amparado por la norma.

Cada institución del SNIS debería **difundir los servicios IVE entre la población usuaria y en la comunidad que actúa, así como explicitar los contenidos de la ley y las condiciones para que el aborto sea legal**. Esta práctica se vería fortalecida con el desarrollo de campañas públicas que erradiquen el estigma y la discriminación vinculada a la práctica del aborto.

Las instituciones de salud también deberían trabajar a nivel de su personal, las resistencias que les genera la práctica del aborto.

Las instituciones de enseñanza superior deberían incorporar en la formación profesional la dimensión de la salud y los derechos sexuales y reproductivos, con la dimensión ética del aborto como nueva prescripción de la política pública en salud como parte de la currícula.

Desde las autoridades sanitarias se debe **construir un sistema de información robusto** que permita conocer la prevalencia de la OC por departamento del país y controlar que la adhesión al recurso se cumpla en todas las instituciones en la que el profesional objetor actúa. Para ello es necesario contar con un **mecanismo a nivel institucional que confirme que los motivos que los profesionales argumentan para objetar conciencia son los que ampara la ley** procurando minimizar el uso abusivo del recurso. Un sistema de información sólido y un registro fiable contribuirían a fortalecer la capacidad de inspección y control del MSP para consolidar la prestación IVE en el marco de la atención integral en SSR, asegurando el cumplimiento de normativa legal, administrativa y sanitaria que establece el marco de intervención.

Por último, es fundamental poder **generar instancias de diálogo con distintos actores para revisar las adecuaciones que deberían procesarse en las normas** para evitar el uso abusivo de la OC y mejorar la respuesta en la atención IVE y SSR.

6. Bibliografía

Alegre, M. (2009) "Opresión a conciencia: La objeción de conciencia en la esfera de la salud sexual y reproductiva". *SELA Papers* (Seminario en Latinoamérica de Teoría Constitucional y Política). Paper 66.

Asiaín Pereira, C. (2016). Objeción de conciencia y libertad de conciencia. Normativa vigente en Uruguay. *Revista De Derecho*, (14), 11–64, Universidad Católica del Uruguay. <https://doi.org/10.22235/rd.v0i14.1235>

Aramberri, M. (2021). La regulación de la objeción de conciencia en las normas despenalizadoras del aborto en Argentina y Uruguay. *Revista De Derecho*, 20(39), 37-51, Universidad Católica del Uruguay. <https://doi.org/10.47274/DERUM/39.3>

Awoonor-Williams et. al (2018) "Prevalence of conscientious objection to legal abortion among clinicians in northern Ghana". *Int J Gynaecol Obstet.*, 140(1):31-36.

Bijelić, N. y Hodžić, A. (2014) "Grey Area: Abortion issue in Croatia" CESI, 2014.

Cavallo, M. y Ramón Michel, A. (2014) "La objeción de conciencia frente al aborto legal (o la reacción del sector salud frente al problema del aborto legal)". en *T-388/2009: Objeción de conciencia y aborto una perspectiva global sobre la experiencia colombiana*. Bogotá: O'Neil Institute de la Georgetown University & Women's Link Worldwide; 2014.

Casas, L. (2009) "Invoking conscientious objection in reproductive health care: evolving issues in Peru, Mexico and Chile". *Reproductive Health Matters*. 2009;17(34):78-87.

Case, M.A. (2018). "El rol de los Papas en la invención de la complementariedad y la anatematización del género desde el Vaticano" en D. Paternotte, & S. Bracke (Edits.), *¡Habemus Género! La Iglesia Católica e Ideología de Género* (págs. 26-53). ABIA - Asociación Brasileira Interdisciplinar de SIDA / SPW - Observatorio de Sexualidad y Política.

Cook, R.; Arango Olaya, M.; Dickens, BM. (2009). Healthcare responsibilities and conscientious objection. , 104(3), 0–252. doi:10.1016/j.ijgo.2008.10.023

Cóppola, F. (2013) "Interrupción voluntaria del embarazo y objeción de conciencia en Uruguay". *Revista Médica Uruguaya*. 2013;29(1):43-46.

Corrêa, S.; Pecheny, M. (2016): *Abortus interruptus: política y reforma legal del aborto en Uruguay*. MYSU, Montevideo.

Cruz Parcerero, JA.; Ortíz Millán, G.; Santillán-Doherty, P. (2021). "La objeción de conciencia en la Suprema Corte" en *Revista Nexos*, 20 de septiembre, 2021. Accesible en: <https://eljuego-delacorte.nexos.com.mx/la-objecion-de-conciencia-en-la-suprema-corte/>

Díaz-Olavarrieta *et. al* (2012) "El Programa de Interrupción Legal del Embarazo en la Ciudad de México: experiencias del personal de salud". *Rev. Panam. de Salud Pública*, 32(6):399-404.

Fiala, C.; Gemzell-Danielsson, K.; Heikinheimo, O.; Guðmundsson, JA.; Arthur, J. (2016) "Yes we can! Successful examples of disallowing 'conscientious objection' in reproductive health care", *The European Journal of Contraception & Reproductive Health Care*, 21:3, 201-206, DOI: 10.3109/13625187.2016.1138458

Fiala, C.; Arthur, JH. (2014) "'Dishonourable disobedience' – Why refusal to treat in reproductive health care is not conscientious objection". *Woman - Psychosomatic Gynaecology Obstetrics*;1:12–23.

Juan Pablo II (1995). *Carta Encíclica Evangelium Vitae. Valor e inviolabilidad de la vida humana*. Accesible en: https://www.vatican.va/content/john-paul-ii/es/encyclicals/documents/hf_jp-ii_enc_25031995_evangelium-vitae.html

Juvenal, MJ. (2013) "Reflexiones sobre la objeción de conciencia e ideario en el Uruguay a partir de las leyes 18.987 y 18.473". *Revista de Derecho Público - Año 22 - Número 43 - Agosto 2013* - pp. 33-56

Mautone, M. y Rodríguez Almada, H. (2013) Objeción de conciencia en el ámbito de la salud. *Revista Médica Uruguaya*. 2013;29(1):40-42.

MYSU (2017). *Estado de situación de los servicios de salud sexual y reproductiva y aborto legal en 10 de los 19 departamentos del país*. Sistematización de resultados. Estudios Observatorio MYSU 2013-2017. Montevideo: MYSU.

MYSU (2021). Conferencia de prensa del 4 de noviembre 2021 sobre irregularidades en el funcionamiento de los servicios de aborto. Accesible en: <https://www.youtube.com/watch?v=XlbdLtp68-E>

Rosero Arteaga, C. y Tovar Ramírez, A. (2014). "La objeción de conciencia en Colombia: de la ausencia al reconocimiento como derecho". *Revista de Derecho Público*, 33. Universidad de los Andes.

Serna Botero, S.; Cárdenas, R.; Zamberlin, N. (2019). "¿De qué está hecha la objeción? Relatos de objetores de conciencia a servicios de aborto legal en Argentina, Uruguay y Colombia" en *Sex., Salud Soc.* 33, Sep–Dec 2019

Uberoi, D. y Galli, B. (2016) "La negación de servicios de salud reproductiva por motivos de conciencia en América Latina". *SUR* 24 - v.13 n.24, pp. 105 - 116.

Vaggione, JM. (2012). "La «cultura de la vida». Desplazamientos estratégicos del activismo católico conservador frente a los derechos sexuales y reproductivos" en *Religião e Sociedade*, Rio de Janeiro, 32(2): pp. 57-80.

Zampas, C. (2013) "Legal and ethical standards for protecting women's human rights and the practice of conscientious objection in reproductive healthcare settings". *International Journal of Gynecology and Obstetrics*, 123, Supplement 3.

Zárate Cuello, AJ. (2011) "Implicaciones bioéticas y biojurídicas de la objeción de conciencia institucional con relación al aborto en el ordenamiento jurídico colombiano." *Prolegómenos. Derechos y Valores*; XIV(27):43-56.

6.1. Normativa y jurisprudencia consultada

Constitución de la República Oriental del Uruguay.

Ley N° 18473: Regulación de voluntad anticipada en tratamientos y procedimientos médicos que prolonguen la vida en casos terminales.

Ley N° 18987: Interrupción Voluntaria del Embarazo (IVE).

Ley N° 19286: Aprobación del Código de Ética Médica.

Decreto N° 375/012: Reglamentario de la Ley N° 18987.

Sentencia N° 586, Tribunal de lo Contencioso Administrativo, Montevideo, 11 de agosto de 2015.

Ordenanza Ministerial N° 243/016.

Ordenanza Ministerial N° 247/016.

Ordenanza Ministerial N° 366/016.

6.2. Otros documentos, recursos y fuentes

Committee on the Elimination of Discrimination Against Women (CEDAW) - 61st session. Periodic review of Croatia, July 2015.

Ministero della Salute (2016) *Relazione del Ministro della Salute sulla attuazione della Legge contenente norme per la tutela sociale della maternità e per l'Interruzione Volontaria di Gravidanza*. Dati definitivi 2014 e 2015. Roma, Italia.

Objecionedeconciencia.info. [Sitio web con recursos e información sobre Objeción de conciencia] <http://www.objecionedeconciencia.info>

The National Peace Museum of Conscientious Objection and Anti-War Activism, San Francisco, EEUU. <http://www.national-peacemuseum.org/>