

Documento subcomisión Objeción de Conciencia

Diciembre 2018

1 - Introducción

La Comisión Sectorial de Población¹ fue creada en el año 2010 con el fin de asesorar y proponer al Poder Ejecutivo políticas demográficas y poblacionales de mediano y largo plazo. En su reunión de evaluación de 2017 y definición de plan de trabajo para el 2018, la CSPyD resuelve entre sus prioridades generar una subcomisión de trabajo sobre la implementación de la ley de Interrupción Voluntaria del Embarazo (Ley 18987), particularmente en lo que refiere a el recurso de objeción de conciencia y su influencia en la prestación de los servicios legales de aborto y el acceso a los mismos.

Motivan esta decisión las siguientes razones:

a) El Consenso de Montevideo (CDM), entre otras medidas prioritarias, prevé eliminar las causas prevenibles de morbilidad y mortalidad materna, incorporando en el conjunto de prestaciones integrales de los servicios de salud sexual y salud reproductiva medidas para prevenir y evitar el aborto inseguro, que incluyan la educación en salud sexual y salud reproductiva, el acceso a métodos anticonceptivos modernos y eficaces y el asesoramiento y atención integral frente al embarazo no deseado y no aceptado y, asimismo, la atención integral después del aborto, cuando se requiera, sobre la base de la estrategia de reducción de riesgo y daños².

b) Evidencia relevada por estudios sobre funcionamiento de los servicios legales de aborto arrojan en el país altos índices de objeción de conciencia (MYSU, 2013-2017). Datos que fueron incorporados en informes sombras de la sociedad civil uruguaya antes comité de expertos/as de PIDESC (2017) y CEDAW (2016).

c) A su vez, 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 objeción de conciencia 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”*³.

¹ Actualmente, Comisión Sectorial de Población y Desarrollo (CSPyD).

² Capítulo D. Acceso universal a los servicios de salud sexual y salud reproductiva. CEPAL, 2013.

³ 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.

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 objeción de conciencia 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”*⁴.

d) la objeción de conciencia hacia otros servicios de salud (población trans, muerte asistida).

En febrero de 2018, se conformó la subcomisión de trabajo integrada por: secretaría de la CSPD; MSP; Inmujeres, como instituciones de gobierno y desde la sociedad civil: Iniciativas Sanitarias, MYSU y CLADEM. El mandato planteado de la CSPD es el de relevar las dificultades encontradas durante los 6 años de aprobada la ley 18987 en lo que refiere al acceso de las mujeres de todo el territorio nacional a los servicios IVE; y propuestas que permitan al Estado garantizar el cumplimiento de la ley ante el argumento de la Objeción de Conciencia.

2 - INFORME DE LA SUBCOMISIÓN

2.1 Relevamiento de normativa nacional vinculada al tema de la objeción de conciencia y breve diagnóstico de situación

Si bien no es el cometido de este documento realizar una descripción taxativa del derecho internacional, nacional o de normas deontológicas y protocolos de organizaciones de profesionales de la salud en torno a la objeción de conciencia, es necesario partir de algunas referencias generales que amparan la viabilidad de llevar adelante acciones para garantizar el derecho a la Interrupción Voluntaria del embarazo en todo el territorio nacional.

¿A qué hacemos referencia con la Objeción de Conciencia en el ámbito de la Salud?

La “objeción de conciencia” inicialmente emergió en Europa y Norteamérica como respuesta al reclutamiento para el servicio militar, donde los ciudadanos, basándose en sus creencias morales o religiosas, podían renunciar al combate obligatorio y, a cambio, participar en un servicio alternativo. En el ámbito de la salud, los proveedores están ahora alegando la “objeción de conciencia” para denegar la prestación de cualquier servicio al que se oponen, reivindicando que la prestación es contraria a sus creencias religiosas, éticas o de cualquier otra índole.

Aunque el cometido de este documento es referido a los servicios de aborto, es necesario indicar que, en el mundo, proveedores y farmacéuticos usan las reivindicaciones de conciencia para denegar otros servicios, como el anticonceptivo de emergencia, la atención en salud para personas transgénero y los tratamientos de esterilización e infertilidad. Las reivindicaciones de conciencia prevalecen más en el ámbito de la salud reproductiva, en particular, para denegar el servicio de aborto.

⁴ 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)

Los tratados internacionales de derechos humanos recogen el derecho a la libertad de conciencia, pensamiento y religión, y el derecho al más alto nivel posible de salud como derecho humano fundamental. La mayoría de los países del mundo han ratificado estos tratados que incluyen el Pacto Internacional de Derechos Civiles y Políticos (PIDCP), el Pacto Internacional de Derechos Económicos, Sociales y Culturales (PIDESC), y la Convención sobre la Eliminación de Todas las Formas de Discriminación contra la Mujer (CEDAW por sus siglas en inglés).²²

En legislaciones nacionales, la libertad de conciencia está consagrada en muchos países, y en instrumentos internacionales como la Declaración Universal de Derechos Humanos y el Pacto Internacional de Derechos Civiles y Políticos (PIDCP). Sin embargo, no hay estándares internacionales de derechos humanos que reconozcan el derecho a la “objección de conciencia” en el ámbito de la salud.

De acuerdo a autores uruguayos,

“(…) la objeción de conciencia es la decisión individual de aquellos que están involucrados en la práctica de un procedimiento de salud, de abstenerse de realizar un acto médico legalmente aprobado, invocando la transgresión que la ejecución de dicho acto implica para su conciencia o sus valores filosóficos o religiosos”⁵

Este recurso es habitualmente reconocido desde las libertades individuales de conciencia, expresión y culto, que en Uruguay tienen carácter constitucional.⁶ Sin embargo, no se encuentra precisamente definido en la legislación uruguaya. Se introduce en el marco normativo uruguayo en 2009, mediante la [ley 18473](#) sobre voluntad anticipada en enfermos/as terminales, 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 la ley 18987 sobre Interrupción Voluntaria del Embarazo de 2012, el artículo 11 de habilita la Objeción de conciencia, indicando que:

“Los médicos ginecólogos y el personal de salud que tengan objeciones de conciencia para intervenir en los procedimientos a que hacen referencia el inciso quinto del artículo 3° y el artículo 6° de la presente ley, deberán hacerlo saber a las autoridades de las instituciones a las que pertenecen.

La objeción de conciencia 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. Se entenderá que la misma ha sido tácitamente revocada si el profesional participa en los procedimientos referidos en el inciso anterior, con excepción de la situación prevista en el último inciso del presente artículo. La objeción de conciencia como su revocación, realizada ante una institución, determinará idéntica decisión respecto a todas las instituciones públicas o privadas en las que el profesional preste servicios.

Quienes no hayan expresado objeción de conciencia no podrán negarse a realizar los procedimientos referidos en el primer inciso del presente artículo.

⁵ Rovira. F “Límites a la Objeción de Conciencia.”

⁶ [Constitución de la República](#). Artículos 5, 7, 29 y 54.

Lo dispuesto en el presente artículo, no es aplicable al caso previsto en el literal A) del artículo 6° de esta ley.⁷

El artículo 40 del código de Ética Médica (ley 19286 de 2014) del Colegio Médico 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 la Ley”* remarcando sin embargo *“la obligación de derivar al paciente a otro médico.”*

Las experiencias regulatorias de la Objeción de Conciencia a nivel mundial varían sustancialmente. Siendo parte del derecho subjetivo y que se aplica excepcionalmente en algunas prácticas ante mandatos legales, es un derecho polémico en sí mismo y que no se encuentra consagrado en ningún tratado o acuerdo internacional.

La regulación de la objeción de conciencia para los servicios de IVE fue definida en el capítulo VIII del [Decreto Nº 375/012](#)⁸, reglamentario de la ley 18987. En este se determinó que la objeción de conciencia comprendía al personal médico y técnico con intervención directa en la realización de la IVE y que debía manifestarse por escrito ante las direcciones técnicas de los prestadores en que trabaja el/la profesional.

En 2014, un grupo de veinte ginecólogos objetores (entre ellos dos de los tres jefes de cátedras ginecológicas de la Universidad de la República) presentaron un recurso ante el Tribunal de lo Contencioso-Administrativo (TCA), solicitando una acción de nulidad de 11 artículos del texto reglamentario, seis de los cuales regulaban la objeción de conciencia. [El Tribunal falló en 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 y en el marco de un cambio de administración, el Ministerio de Salud Pública resolvió atender al vacío dejado por los artículos anulados por el TCA mediante la publicación de tres ordenanzas ([Nº 243/016](#), [Nº 247/016](#) y [Nº 366/016](#)). Entre las modificaciones administrativas que se realizaron, se destaca la opción de objeción parcial o total, habilitando la objeción en cualquiera de las etapas del proceso IVE, incluyendo brindar información.

Por otra parte el fallo establece la necesidad de que exista un registro por escrito del número de objetores y de los motivos de la objeción. De las ordenanzas resulta, entre otras cosas, el formulario que se presenta por escrito, bajo declaración jurada. No obstante, nos encontramos con las dificultades de no revelar los motivos de la objeción con ajuste a la definición referida: motivos de conciencia, filosóficos o religiosos (necesarios para evitar un uso que no tenga nada que ver con la objeción de conciencia: motivos políticos, económicos, etc.).

⁷ <https://www.impo.com.uy/bases/leyes/18987-2012>

⁸ El decreto No. 385/013, reglamentario de la ley antedicha, es la única norma de Derecho positivo uruguayo que define la “objeción de conciencia”, y lo hace en los términos referidos ut supra.

Incluir la objeción de conciencia en las normas citadas, crea jurisprudencia al respecto y lo que se debe garantizar es, por un lado, que no se invoque la Objeción con argumentos que nada tienen que ver con la misma y, por otro lado, que el Estado, asegure el real y efectivo ejercicio del derecho de las mujeres, que a partir de las condiciones que esta norma establece, tiene derecho a practicar la interrupción voluntaria del embarazo en condiciones sanitarias seguras en todo el territorio nacional.

3- Alcance del problema

En servicios legales de aborto.

Altos niveles de objeción (más del 60%) han sido identificados desde el Observatorio en género y salud sexual y reproductiva de MYSU 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 ASSE en el Área Metropolitana. En algunos casos, como el de Rivera, el 67% de objetores se traduce en que solamente 4 profesionales de la ginecología en un total de 12 están dispuestos a ofrecer los servicios IVE, el resto ha presentado recurso de objeción de conciencia.

Estos datos son comparables con otros en el mundo como Ghana donde se admiten ciertas causales para abortar y se registra 38% de profesionales objetores. Croacia con 55% de objetores en hospitales públicos, mientras que en España si bien las cifras oficiales indican solamente 1% de objeción de conciencia, se ha constatado que en algunas regiones como Galicia y Murcia las instituciones reportan totalidad de profesionales objetores. En Italia, el porcentaje de profesionales objetores ha ido en aumento (de 59% en 2005 a 71% en 2014).

A pesar de que Uruguay tiene enormes avances, con respecto a la región, en materia de Salud y derechos sexuales y reproductivos en términos normativos y de política pública (Miraquetemiro, 2018)⁹, aún se encuentran barreras que impiden al Estado uruguayo llegar a territorios donde existen dificultades para la aplicación de la ley de Interrupción Voluntaria del Embarazo por motivos de Objeción de Conciencia.

El alto porcentaje de profesionales gineco-obstetras que no realiza IVE genera obstáculos y demoras en el acceso a la prestación. Los traslados de las mujeres 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 afecta a las mujeres que requieren del servicio. Las derivaciones representan una barrera geográfica y de tiempo que la mujer pierde 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 la mujer porque puede quedar fuera del lapso acotado que determinan las condiciones de legalidad.

⁹ El informe del monitoreo social sobre el Consenso de Montevideo, realizado por organizaciones de la sociedad civil de 23 países latinoamericanos y del Caribe, ubican a Uruguay como el segundo país de la región mejor posicionado en estos temas. www.miraquetemiro.org

Se han identificado algunas arbitrariedades adicionales sobre las que se ambientan omisiones que han puesto en riesgo la salud de las pacientes: **objetores según métodos** y **objetores hasta determinada semana de embarazo**. Si la objeción de conciencia en sí misma despierta polémica, entonces estas disquisiciones dentro de la Objeción de Conciencia, no previstas en la ley ni en su decreto reglamentario, son aún más graves, en virtud de que exponen a una mujer que ha iniciado un proceso de Interrupción del Embarazo a un impedimento en el propio proceso.

Otro elemento que se debe estudiar es que el objetor es el sujeto, no el prestador, por lo tanto se debe investigar si un profesional es **objetor** en un servicio **público** y no en un **privado**, o viceversa, lo que –de confirmarse–, configuraría una clara acción ilegal.

Por otra parte, se están identificando una serie de **costos** asociados que carga la sociedad y no quienes son los médicos objetores: estigma para mujeres que se someten a un proceso de interrupción del embarazo, estigma para los profesionales que la practican y desbordes para instituciones y profesionales que quedan a cargo de tratamientos para la IVE. En ningún caso, los costos lo asume la persona objetora. Estos son efectos emergentes de este tipo de objeciones, con motivaciones y fines ajenos al instituto de la objeción.

En otros servicios o requerimientos en salud.

Se ha registrado Objeción de Conciencia en otros componentes de la atención de la salud sexual y reproductiva como por ejemplo la hormonización para personas trans. Así como en otros requerimientos en salud como el asistir la voluntad anticipada de enfermos terminales.

La comparecencia de la Asociación de Profesionales Cristianos, en la Comisión de Población del Senado, anunciando posibles medidas de esta naturaleza en el marco del debate sobre el proyecto de ley y integral para personas Trans que fue finalmente fue promulgado como ley en noviembre de 2018, da cuenta de que la práctica de objeción de conciencia podría estar siendo utilizada corporativamente para no dar cumplimiento a una ley en lugar de ser un recurso excepcional que considera las decisiones de carácter individual. ^{10 11}

El Estado debe estar preparado para afrontar las dificultades que estas decisiones profesionales generan tanto en las instituciones de salud que deben proveer los servicios como en las instituciones estatales que deben velar por su cumplimiento.

¹⁰<https://ladiaria.com.uy/articulo/2018/5/asociacion-cristiana-de-profesionales-de-la-salud-la-transexualidad-es-una-enfermedad-mental/>

¹⁰ <https://feminismos.ladiaria.com.uy/articulo/2018/5/medicos-cristianos-piden-objecion-de-conciencia-en-ley-trans/>

¹¹ Versión Taquigráfica de la comparecencia de la Asociación de Profesionales Cristianos en la Comisión de Población del Senado, el 14 de Mayo de 2018. de

https://parlamento.gub.uy/camarasycomisiones/senadores/comisiones/927/comision-actuacion?RA_FechaDeReunion%5Bmin%5D%5Bdate%5D=15-04-2018&RA_FechaDeReunion%5Bmax%5D%5Bdate%5D=23-06-2018

Esta discusión es de naturaleza ética, política, sanitaria y jurídica, pero en el marco del Estado de Derecho, la institucionalidad pública debe activar mecanismos y reglas de juego claras, para que una norma que consagra derechos, sea efectivamente ejecutada en todo el territorio nacional y para todas las personas.

Actualmente el Ministerio de Salud Pública, ente rector en materia de políticas sanitarias, recibe información de los prestadores de Salud en el territorio, bajo declaración jurada, innominada y sin argumentos del porqué se efectúa la Objeción.

4 – Sugerencias y recomendaciones

Del análisis de la documentación relevada y del debate entre las instituciones estatales y de la sociedad integrante de la subcomisión surgen las siguientes recomendaciones dirigidas a diversas entidades responsables o vinculadas a las problemáticas identificadas.

En términos generales se requeriría:

1. Generar un mecanismo de registro de profesionales que se niegan por creencias personales a brindar distintos servicios y atender diferentes requerimientos en salud habilitados por ley para consolidar un sistema de información que permita dar seguimiento al cumplimiento a normas que crean y regulan los distintos servicios sanitarios comprometidos.
2. Difundir información sobre derechos ciudadanos a las nuevas prestaciones creadas por las distintas leyes relevadas en este informe.
3. Incorporar a la educación continua y a la curricula de formación profesional los debates éticos implicados en la responsabilidad de brindar la atención en SSR incluida la atención en aborto, la diversidad sexual y la voluntad anticipada.
4. Revisar y adecuar la normativa existente para mejorar la respuesta y atender las observaciones que el país ha recibido desde las instituciones referenciales en DDHH.

Recomendaciones hacia entidades específicas

- El **Ministerio de Salud Pública** debería ser la entidad que sistematice, controle y genere la información que permita conocer y corroborar la prevalencia de la objeción de conciencia en cada departamento y localidad del país así como los fundamentos y razones aludidas por profesionales para negarse a brindar los servicios comprometidos. Garantizando la confidencialidad de quienes objetan pero asegurando que el ente rector en materia de política sanitaria, sepa quiénes y por qué motivo lo hacen, para asegurar dos cosas: a) en primer lugar, que configure motivos amparados legítimamente en la objeción de conciencia y b) que el Ministerio sepa qué acciones debe tomar para garantizar, de forma preventiva, el pleno acceso a los servicios para la Interrupción Voluntaria del Embarazo y otros servicios creados por ley, en todo el territorio nacional. La lista deberá elevarse a través de los prestadores anualmente, bajo declaración jurada, y protegida en base a las disposiciones de la Ley de Protección de datos No. 18.331 y su decreto reglamentario.
- Mejorar los **datos y estadísticas** sobre la aplicación de la ley, que permitan saber, a la sociedad civil, pero al propio Estado, cual es la situación de la

aplicación de la ley y donde desarrollar mayores esfuerzos para garantizar la aplicación de la misma.

- **Instituciones prestadoras de salud y entidades del Estado vinculadas a la temática deberían difundir** y desarrollar **campañas** de manera propositiva, de los servicios que se brindan en el marco de la Ley IVE y otras leyes en SSR y voluntad asistida con un fuerte acento territorial y comunitario.
- Solicitar a las autoridades competentes en la materia, que en la **Base de llamados** (Términos de referencias) que apliquen a esta medida, incluya de forma explícita que el profesional deberá cumplir con los requisitos de la Ley de Interrupción Voluntaria del Embarazo:
- El Parlamento nacional debería revisar la legislación promulgada y considerar **modificaciones normativas** que superen las barreras identificadas. Por ejemplo para la prescripción de medicación abortiva se podría habilitar otros profesionales idóneos como de Medicina Comunitaria y/o familiar, parteras, nurses u otros debidamente capacitados.
- Entablar **diálogo** con la Facultad de Medicina de la Universidad de la República y cátedras vinculadas a la temática que permitan mejorar la formación en Recursos Humanos y garantizar los servicios profesionales de la IVE en tanto atención de la SSR, así como la especificidad que requiere la atención para personas trans y la voluntad anticipada.
- Promover el intercambio con los **colectivos profesionales** de la medicina (Colegio Médico) y con el Sindicato Médico del Uruguay, para lograr acuerdos sobre abordaje de la objeción de conciencia.
- Se promueve, por lo menos las instituciones públicas del SNIS, la **contratación de profesionales de ginecología dispuestos a brindar los servicios IVE** para asegurar el acceso universal a nivel del primer nivel de atención teniendo en cuenta que más del 95% de las IVE son por vía medicamentosa y pueden realizarse a nivel ambulatorio.
- Estipular un **sistema de compensar tareas en el servicio de SSR** para los que nos brindan IVE, entendiendo que es una excepción a cumplir con un servicio amparado por la norma y evitar la sobrecarga de profesionales que sí cumplen con la atención.
- Debería revisarse la forma en que las usuarias del sistema de salud puedan **conocer los profesionales disponibles y los servicios IVE en cada institución proveedora** para tomar su decisión al momento de optar o cambiar de prestador en el SNIS. Esta es una información muy importante para las mujeres. En 2017 el MSP desarrolló un dispositivo de visualización de servicios brindados por prestador de salud como una forma de mejorar los niveles de información de los/as usuarios/as al momento de un eventual cambio de prestador. Lo ideal sería saber el nombre de los objetores, pero si eso no es posible por el resguardo de la confidencialidad, por lo menos debería poder saberse el porcentaje de objetores por prestador en cada institución y departamento del país.

- Las instituciones estatales responsables y vinculadas a la temática, deberían desarrollar campañas públicas que erradiquen el **estigma y la discriminación** vinculada a la práctica del aborto.
- Generar **instancias de diálogo con distintos actores** para revisar las adecuaciones que deberían procesarse en las normas para evitar el uso abusivo de la objeción de conciencia y mejorar la respuesta en la atención IVE y SSR

5 - Antecedentes, derechos, Política Pública y otros Documentos utilizados.

Partiendo del reconocimiento que la protección de los derechos de las mujeres, la promoción de los derechos sexuales y reproductivos, la igualdad de género, la eliminación de las múltiples formas de discriminaciones así como la erradicación de la violencia basada en género constituyen compromisos del gobierno para avanzar hacia un desarrollo sostenible.

El Instituto Nacional de las Mujeres del Ministerio de Desarrollo Social define líneas estratégicas en materia de salud integral en lo general y salud sexual y reproductiva, en lo particular, ya en el Primer Plan Nacional de Igualdad de Oportunidades y Derechos (PIODNA), 2007- 2011.

En el Plan se señala la necesidad del desarrollo de una política integral de salud sexual y reproductiva que asegure la cobertura universal, solidaria y en condiciones de equidad para varones y mujeres. Esta línea marcó la hoja de ruta a seguir en los años venideros y hasta el presente en lo concerniente al diseño de acciones para la promoción del ejercicio de derechos por parte de la ciudadanía.

- Ley 18.987 de fecha 22 de octubre de 2012 sobre Interrupción Voluntaria del Embarazo (IVE), la cual despenaliza el aborto en su artículo 2 y en su artículo 11 establece el derecho a la objeción de conciencia de los Profesionales Médicos Ginecólogos y equipo de salud a los efectos de la no realización del procedimiento, no admitiéndose en cambio la potestad de objetar cuando se han superado los plazos establecidos y el embarazo supone un riesgo grave para la salud de la mujer.
- Decreto 375/012 de 22 de noviembre de 2012 el que reglamenta la ley 18.987. Como resumen la norma establece los principios de actuación de las instituciones de salud y personal que intervenga en la IVE; Requisitos; Procedimiento; Se establece la intervención de un equipo interdisciplinario; Se reglamenta lo que se entiende por riesgo grave para la salud de la mujer embarazada (Toda circunstancia que implique riesgo para la salud bio- psico social de la mujer a criterio del médico tratante); Obligación de las instituciones de salud de brindar la prestación; Se plantea que la objeción de conciencia no se puede alegar en etapa de asesoramiento y la obligación del objetor de derivar a la usuaria así como se establecen las formalidades para que la objeción de conciencia sea válida, entre otros aspectos.
- Ordenanza MSP nº 243/016 de fecha 22 de abril de 2016: Modifica el procedimiento regulado en la Ley 18.987 a raíz de la Sentencia del TCA.
- Ordenanza MSP nº 247/016 de fecha 26 de abril de 2016 la que contiene tres anexos: Anexo I (Doc. Técnico sobre IVE); Anexo II (Declaración de Objeción de Conciencia); Anexo III (formulario IVE).
- Ordenanza MSP nº 366/016 de fecha 30 de mayo de 2016 con un Anexo referente al cuestionario para prestadores de salud sobre aspectos asistenciales vinculados a la Salud Sexual y Reproductiva y a la Interrupción Voluntaria del Embarazo, el cual tiene valor de declaración jurada y debe ser firmado por los Directores Técnicos de las Instituciones de salud y debe ser presentado al MSP anualmente.

- Guía Técnica para la IVE, segunda edición 2016.
- Resolución Dirección General de la Salud del MSP nº 469/017 de fecha 23 de mayo de 2017 sobre Manual de Procedimiento para el manejo sanitario de la IVE del año 2016.
- Fallo 586/2015 del Tribunal de lo Contencioso Administrativo:
<http://www.tca.gub.uy/fallos.php>
- Rovira, Fernando. "Límites de la Objeción de Conciencia".
- [2014] Cotidiano Mujer. "Objeción de Conciencia. Un debate sobre la libertad y los Derechos"
- MYSU (2014) *Estado de situación y desafíos en aborto y salud sexual y reproductiva en el departamento de Salto*. Montevideo: Uruguay.
- MYSU (2015) *Estado de situación de los servicios de salud sexual y reproductiva y aborto en los departamentos de Paysandú, Río Negro y Soriano*. Montevideo: Uruguay.
- MYSU (2016) *Estado de situación de los servicios de salud sexual y reproductiva y aborto en los departamentos de Florida, Maldonado y Rivera*. Montevideo: Uruguay.
- MYSU (2017) *Estado de situación de los servicios de salud sexual y reproductiva y aborto en los departamentos de Cerro Largo y Rocha*. Montevideo: Uruguay.
- MYSU (2017) *Estado de situación de los servicios de salud sexual y reproductiva y aborto en Montevideo*. Montevideo: Uruguay.
- [2018] MYSU "Documento sobre estado de situación de la objeción de conciencia en aborto en Uruguay, luego de la aprobación de la ley IVE. Material de insumo para la tarea encomendada a la subcomisión." - Miraquetemiro (2018) Informe del monitoreo social de los compromisos en derechos sexuales y derechos reproductivos del Consenso de Montevideo – 2017, IPPF/RHO, México.
- 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.
- 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.