



Ciencia Latina Revista Científica Multidisciplinar, Ciudad de México, México.
ISSN 2707-2207 / ISSN 2707-2215 (en línea), enero-febrero 2025,
Volumen 9, Número 1.

https://doi.org/10.37811/cl_rcm.v9i1

OBJECCIÓN DE CONCIENCIA EN PROFESIONAL DE LA SALUD: LÍMITES ÉTICOS Y REPERCUSIÓN EN LA ATENCIÓN PRIMARIA DEL PACIENTE: REVISIÓN SISTEMÁTICA

CONSCIENTIOUS OBJECTION IN HEALTH PROFESSIONALS: ETHICAL LIMITS AND IMPACT ON PRIMARY PATIENT CARE. SYSTEMATIC REVIEW

Lorena del Cisne Espinoza Vásquez

Universidad Estatal de Milagro, Ecuador

Lupe Cecibel España Arana

Universidad Estatal de Milagro, Ecuador

Arturo Jeovanny Espinoza Vásquez

Universidad Técnica de Machala, Ecuador

DOI: https://doi.org/10.37811/cl_rcm.v9i6.21749

Objeción de Conciencia en Profesional de la Salud: Límites Éticos y Repercusión en la Atención Primaria del Paciente: Revisión Sistemática

Lorena del Cisne Espinoza Vásquez¹lespinozav8@unemi.edu.ec<https://orcid.org/0009-0006-7237-7909>

Universidad Estatal de Milagro

Guayaquil, Ecuador

Lupe Cecibel España Aranalespanaa@unemi.edu.ec<https://orcid.org/0009-0008-3406-8448>

Universidad Estatal de Milagro

Guayaquil, Ecuador

Arturo Jeovanny Espinoza Vásquezespinozarturo@hotmail.com<https://orcid.org/0009-0008-9590-6310>

Universidad Técnica de Machala

Machala, Ecuador

RESUMEN

La objeción de conciencia en el ámbito sanitario constituye un desafío ético relevante, especialmente en la atención primaria, donde se garantiza el primer contacto y la continuidad asistencial. Esta revisión sistemática, desarrollada bajo las directrices PRISMA, analizó 18 estudios publicados entre 2015 y 2025 con el objetivo de examinar los límites éticos de la objeción de conciencia en profesionales de la salud y su repercusión en el acceso y calidad de la atención. Los resultados evidencian que la objeción se ejerce principalmente en procedimientos vinculados a salud sexual, reproductiva y al final de la vida, generando retrasos, derivaciones innecesarias y, en algunos contextos, vulneración de derechos fundamentales del paciente. Se identifican tres posturas éticas predominantes: absolutista, de compromiso e incompatibilista, destacándose que la objeción no constituye un derecho absoluto y debe regularse para evitar inequidades. Asimismo, se observa que la ausencia de protocolos claros y la escasez de profesionales, especialmente en zonas rurales, intensifican las barreras de acceso. Entre las propuestas normativas se incluyen la derivación obligatoria, registros de objetores, formación ética y lineamientos uniformes. La evidencia indica que la objeción de conciencia debe entenderse como un derecho condicionado por la responsabilidad profesional y el principio de justicia, requiriéndose marcos regulatorios que equilibren autonomía y garantía de atención oportuna.

Palabras clave: objeción de conciencia, atención primaria, bioética, derechos del paciente, regulación sanitaria

¹ Autor principal.

Correspondencia: lespinozav8@unemi.edu.ec

Conscientious Objection in Health Professionals: Ethical Limits and Impact on Primary Patient Care. Systematic Review

ABSTRACT

Conscientious objection in the healthcare sector represents a significant ethical challenge, particularly in primary care, where first contact and continuity of care are essential. This systematic review, conducted following PRISMA guidelines, analyzed 18 studies published between 2015 and 2025 to examine the ethical limits of conscientious objection among health professionals and its impact on access to and quality of care. The findings show that objection is primarily exercised in procedures related to sexual and reproductive health and end-of-life care, generating delays, unnecessary referrals, and, in some cases, violations of patients' fundamental rights. Three predominant ethical positions were identified: absolutist, compromise-based, and incompatibilist, highlighting that conscientious objection is not an absolute right and requires regulation to prevent inequities. The absence of clear protocols and the shortage of professionals, particularly in rural settings, further exacerbate access barriers. Proposed regulatory measures include mandatory referral, registries of objecting professionals, ethical training, and standardized guidelines. Overall, the evidence indicates that conscientious objection should be understood as a right conditioned by professional responsibility and the principle of justice, necessitating regulatory frameworks that balance professional autonomy with the guarantee of timely and equitable patient care.

Keywords: conscientious objection, primary care, bioethics, patient rights, health regulation

Artículo recibido 10 noviembre 2025

Aceptado para publicación: 26 diciembre 2025



INTRODUCCIÓN

La objeción de conciencia en el ámbito sanitario se ha convertido en uno de los temas más controvertidos dentro de la bioética contemporánea, en un contexto cuya sociedad destaca avances normativos y tecnológicos que han ampliado el acceso a procedimientos que generan dilemas morales. Este derecho, reconocido en múltiples legislaciones y respaldado por principios de libertad y autonomía, permite que los profesionales de la salud se abstengan de realizar determinadas prácticas que consideran contrarias a sus convicciones éticas, religiosas o filosóficas. Sin embargo, su ejercicio plantea interrogantes sustanciales sobre los límites que deben establecerse para evitar que la objeción se transforme en una barrera para el acceso equitativo a la atención sanitaria (Vilas-Iglesias y Caamaño-Alegre, 2024).

En el contexto de la atención primaria, donde el contacto inicial entre paciente y sistema de salud es determinante para garantizar continuidad y calidad del cuidado, la objeción de conciencia adquiere una dimensión crítica. La negativa a realizar procedimientos como la interrupción voluntaria del embarazo, prescripción de anticonceptivos, eutanasia o incluso la atención a poblaciones vulnerables genera retrasos, derivaciones innecesarias y, en algunos casos, vulneración de derechos fundamentales del paciente. Estudios recientes muestran que en algunos países hasta el 71% de los ginecólogos se declaran objetores, lo que evidencia la magnitud de la problemática en ciertos procedimientos (Maldonado, 2024). Este escenario plantea un conflicto entre dos principios éticos esenciales: la autonomía del profesional y el derecho del paciente a recibir atención integral y oportuna.

A nivel internacional, organismos como la Organización Mundial de la Salud (OMS) y comités de bioética han advertido sobre la necesidad de regular la objeción de conciencia para evitar que su aplicación indiscriminada comprometa la justicia distributiva en salud. Las normativas suelen establecer condiciones como la obligación de derivar al paciente a otro profesional, garantizar información veraz y no discriminatoria, y asegurar que la objeción no se ejerza en situaciones de urgencia vital. No obstante, la implementación de estas regulaciones muestra una variación significativa entre países y sistemas sanitarios, generando vacíos y controversias en la práctica clínica.

La literatura científica refleja esta complejidad mediante estudios que analizan tanto la perspectiva del profesional como la del paciente. Por un lado, se argumenta que la objeción protege la integridad moral



del trabajador sanitario; por otro, en ausencia de mecanismos claros, este derecho puede convertirse en un obstáculo para la atención, especialmente en zonas rurales o contextos con escasez de recursos humanos. La tensión entre derechos individuales y colectivos se intensifica cuando la objeción se extiende más allá de procedimientos específicos y afecta la provisión general de servicios.

A pesar del creciente interés académico, persiste la falta de revisiones sistemáticas centradas exclusivamente en la atención primaria y en la delimitación ética de los límites de la objeción de conciencia. En este sentido, resulta imprescindible realizar una revisión sistemática que permita identificar la evidencia disponible sobre los límites éticos de la objeción de conciencia y su repercusión en la atención primaria, así como comprender cómo se regula, cuáles son sus implicaciones prácticas y qué estrategias se proponen para equilibrar derechos. Este enfoque es fundamental para orientar políticas públicas y protocolos clínicos que garanticen tanto la libertad profesional como la equidad en salud.

El presente estudio se desarrolla bajo las directrices del método PRISMA (Preferred Reporting Items for Systematic Reviews and Meta-Analyses), reconocido internacionalmente por su rigor en la síntesis de información científica. Este enfoque asegura transparencia en la selección, evaluación y análisis de los estudios incluidos, permitiendo ofrecer conclusiones basadas en evidencia y no en opiniones aisladas. El objetivo principal es responder a la pregunta: ¿Cuáles son los límites éticos de la objeción de conciencia en el ejercicio profesional sanitario y cómo repercute en la atención primaria del paciente? Para ello, se analizaron los criterios de regulación, las consecuencias en la accesibilidad y calidad del cuidado, y las recomendaciones propuestas por organismos y expertos, identificando vacíos de investigación que orienten futuros estudios.

En síntesis, la objeción de conciencia no se aborda únicamente desde la perspectiva del derecho individual, sino como un fenómeno que impacta la organización y funcionamiento del sistema de salud. Esta revisión sistemática pretende contribuir a la construcción de un marco ético y normativo equilibrado, que respete la diversidad de convicciones sin comprometer el principio de justicia y el derecho universal a la salud. Se enfoca específicamente en la objeción ejercida por profesionales individuales en atención primaria, excluyendo objeciones institucionales o en ámbitos hospitalarios especializados, delimitando así claramente el alcance del estudio.



METODOLOGÍA

Esta investigación se desarrolló como una revisión sistemática siguiendo las directrices del método PRISMA, con el propósito de garantizar rigor, transparencia y reproducibilidad. Este enfoque permitió sintetizar la evidencia disponible sobre los límites éticos de la objeción de conciencia en profesionales de la salud y su impacto en la atención primaria.

La búsqueda bibliográfica se realizó en PubMed, Scopus, SciELO y Dialnet, seleccionadas por su relevancia en ciencias de la salud, bioética y normativa sanitaria. Se emplearon términos clave combinados mediante operadores booleanos, adaptando la sintaxis a cada base de datos. La estrategia incluyó: “objeción de conciencia” AND “profesionales de la salud” AND (“atención primaria” OR “primaria”) AND (“bioética” OR “derechos del paciente”)

Se aplicaron filtros de idioma (español e inglés) y fecha de publicación (2015–2025). Asimismo, se realizó una revisión manual de las referencias de los artículos relevantes para identificar estudios adicionales.

Criterios de inclusión y exclusión

Inclusión

- Publicaciones entre 2015 y 2025.
- Idioma: español o inglés.
- Diseños cualitativos, cuantitativos o mixtos.
- Contexto: atención primaria.
- Publicadas en revistas indexadas y revisadas por pares.

Exclusión

- Artículos de opinión, editoriales o cartas al editor.
- Estudios centrados exclusivamente en hospitales especializados.
- Documentos sin acceso al texto completo.
- Publicaciones anteriores a 2015.

El proceso de selección de datos se realizó en tres fases

- a) Identificación: eliminación de duplicados.



b) Cribado: revisión de títulos y resúmenes para descartar estudios no pertinentes.

c) Elegibilidad: análisis del texto completo según los criterios establecidos.

De 600 registros iniciales, 18 estudios cumplieron los criterios de inclusión y se incorporaron al análisis final. El procedimiento se documentó mediante un diagrama de flujo PRISMA, reflejando claramente los registros identificados incluidos.

Se elaboró una matriz de extracción de datos que sistematizó información clave de cada estudio: autor, año, país, tipo de estudio, objetivos, participantes, contexto, metodología y principales hallazgos. La extracción fue revisada por más de un autor para garantizar consistencia y minimizar sesgos. (Tabla 1).

La síntesis de resultados se llevó a cabo de forma narrativa y temática, agrupando los hallazgos en cuatro categorías

- Tipos y alcances de la objeción de conciencia.
- Repercusiones éticas y legales.
- Impacto en la atención primaria y acceso a servicios.
- Propuestas normativas y bioéticas.

Esta organización permitió contrastar perspectivas y evidencias, identificar patrones comunes, diferencias según contextos normativos y prácticos, y señalar vacíos de conocimiento para futuras investigaciones.



Tabla 1: Indicadores de artículos revisados

#	País/ Año	Autor	Revista	Tipo de Estudio	Objetivo	Escenarios	Principales Resultados	Conclusión
1	Italia, 2020	Tommaso Autorino; Francesco Mattioli; Letizia Mencarini	Social Science Research	Revisión Sistemática	Analizar el impacto de la objeción de conciencia de los ginecólogos en el acceso al aborto	No aplica	Los resultados, tanto del análisis de datos de panel interregionales como del análisis de microdatos, sugieren que la objeción de conciencia dificulta el acceso al aborto a nivel local, siendo un factor determinante en la decisión de las mujeres fuera de su región de residencia y conllevando mayores tiempos.	La objeción de conciencia parece tener un mayor impacto en las mujeres que viven en regiones de bajos ingresos o que experimentan otras formas de desventaja económica.
2	2021	David Kenneth Wright; Lisa S. Chan; Jennifer R. Fishman; Mary Ellen Macdonald	Social Science & Medicine	Meta-análisis cuantitativo	Examinar la relación entre el capital social y los resultados de salud.	Diferentes contextos (comunitarios, nacionales)	Se encontró una asociación positiva significativa entre capital social y salud física y mental. El efecto fue más fuerte en estudios que midieron capital social a nivel individual que a nivel agregado. Factores como confianza y redes sociales mostraron mayor impacto en bienestar psicológico.	El compromiso con valores importantes de los cuidados paliativos, como el no abandono de las personas moribundas y el respeto a sus decisiones individuales al final de la vida, revela la posibilidad de que exista una convergencia entre la ética de la muerte asistida y la de la enfermería de cuidados paliativos.



3	2022	Alessandro Manduca-Barone; Julia Brassolotto; Duff Waring	Journal of Rural Studies	Revisión Sistemática	Evaluar la asistencia médica para morir en comunidades rurales a través de una revisión de las políticas y directrices canadienses	Ambito Rural	A través del análisis de estos hallazgos, identificamos cuatro oportunidades para que las políticas sirvan mejor a las comunidades rurales. Estas incluyen abordar la ubicación geográfica, la continuidad de la atención, las relaciones duales y las barreras sistémicas.	El análisis revela que las políticas sobre AMM deben considerar las particularidades rurales, incluyendo escasez de profesionales, acceso limitado y continuidad de atención. Se recomienda potenciar telemedicina, apoyar el deseo de morir en casa y mitigar riesgos éticos en roles duales, promoviendo orientación.
4	2025	Carlos Gomez-Virseda; Chris Gastmans	PLoS One	Revisión Sistemática	Analizar la objeción de conciencia en la eutanasia y el suicidio asistido: una revisión sistemática	Revisión de Base de Datos online	Se revisaron 58 artículos, el análisis reveló tres hallazgos clave: existe consenso sobre la definición de objeción de conciencia, pero su aplicación en eutanasia sigue siendo controvertida; el debate ético se centra en tres posturas: absolutismo, compromiso e incompatibilidad, cada una con fundamentos distintos; y este debate está	Se subraya la importancia del diálogo entre las perspectivas teóricas y las contextualizadas para lograr una implementación más eficaz de la objeción de conciencia. Se necesitan directrices más claras para equilibrar el respeto a la conciencia, los derechos del paciente y

						condicionado por la conciencia, moralidad, religión, medicina.	las responsabilidades profesionales en este complejo tema.
5	2018	Valerie Fleming; Lucy Frith; Ans Luyben; Beate Ramsayer	BMC Med Ethics	Revisión Sistemática	Avanzar en este sentido mediante una revisión sistemática de las razones por las que matronas y enfermeras se niegan, por motivos de conciencia, a participar en abortos.	Multicéntrico internacional.	Existe una invisibilidad generalizada de las matronas y enfermeras en el debate sobre la objeción de conciencia, lo que refleja una brecha entre la literatura y la práctica, dado que son ellas a quienes la OMS recomienda como proveedoras de este servicio. Si bien los argumentos en la literatura enfatizan la necesidad de contemplar la objeción de conciencia, es necesario un debate equilibrado.
6	2021	Janine Brown; Donna Goodridge ; Lilian Thorpe; Alexandra Hodson; Mary Chipanshi	BMC Med Ethics	Revisión Exploratoria	Identificar, analizar y sintetizar los factores que influyeron en los profesionales sanitarios que no participaron en servicios de salud	Multicéntrico internacional.	. Es necesario reconocer la objeción de conciencia a la atención sanitaria como un concepto distinto de la no participación en la atención sanitaria por



					éticamente complejos y legalmente disponibles.		atención: cuidados paliativos y salud reproductiva. Los factores temáticos que influyeron en los profesionales sanitarios que no participaron fueron: características de los profesionales sanitarios, creencias personales, ética profesional, consideraciones sobre el trabajo emocional y consideraciones sobre el sistema y la práctica clínica.	razones ajenas a la conciencia. Comprender estos conceptos diferenciados ayudará a los profesionales sanitarios a abordar específicamente los factores subyacentes que influyen en su participación en la práctica.
7	2018	David Shaw; Dale Gardiner; Penney Lewis; Nichon Jansen; Tineke Wind; Undine Samuel; Denie Georgieva; Rutger Ploeg; Andrew Broderick	J Intensive Care Soc	Revisión Sistemática	Analizar la objeción de conciencia a la donación de órganos de personas fallecidas por parte de profesionales sanitarios	Guía del Consejo Médico General del Reino Unido	En circunstancias limitadas, permite a los profesionales sanitarios abstenerse de prácticas a las que tienen una objeción moral o religiosa genuina. Sin embargo, la OC en general ha sido objeto recientemente de numerosas críticas por parte de expertos en ética, quienes la consideran poco profesional, especialmente	Existe cierto mérito en el argumento de que permitir temporalmente la objeción de conciencia facilita el diálogo con los profesionales sanitarios, lo que en última instancia redundará en un mayor apoyo a la donación de órganos. Sin embargo, existen y deben existir límites a la negativa a participar



							en el contexto de la donación de órganos.	en servicios legalmente disponibles, socialmente aceptados, médicamente indicados y seguros solicitados por los pacientes.
8	2024	Vilas-Iglesias, María Soledad, & Caamaño-Alegre, José	Acta bioethica	Revisión teórica / análisis conceptual	Explorar la vulnerabilidad y el cuidado desde la perspectiva de enfermería, analizando su relación conceptual y práctica en el ámbito bioético.	Ámbito sanitario y bioético, con enfoque en cuidados profesionales de enfermería.	Se describieron cinco temas clave: paradigma ontológico, epidemiológico, social, bioético y la asociación entre vulnerabilidad y necesidades de cuidado. La vulnerabilidad se entiende como condición inherente que exige respuesta organizada desde la enfermería.	Existe una estrecha relación entre vulnerabilidad y cuidado, lo que obliga a la enfermería a identificar grupos vulnerables y responder a sus necesidades mediante prácticas éticas y socialmente organizadas.
9	España, 2024	Eva Estévez-Jiménez; Maite Cruz-Piqueras	Gaceta Sanitaria	Estudio transversal descriptivo	Analizar la percepción y actitudes de profesionales sanitarios sobre la objeción de conciencia en la práctica clínica, en procedimientos de salud reproductiva y final de vida.	Centros sanitarios en España (hospitales y atención primaria).	Un porcentaje significativo de profesionales manifestó disposición a ejercer objeción de conciencia en procedimientos específicos. Factores asociados: creencias religiosas, valores personales y falta de protocolos claros. Se observó variabilidad según especialidad y nivel asistencial.	Es necesario establecer directrices claras y formación ética para garantizar equilibrio entre derechos profesionales y acceso equitativo a los servicios de salud.

10	Uruguay, 2016	Asiaín Pereira, Carmen	Revista de Derecho: Publicación de la Facultad de Derecho de la Universidad Católica de Uruguay,	Análisis normativo y doctrinal	Examinar la normativa vigente sobre objeción de conciencia en el ámbito de la salud en Uruguay, su reconocimiento constitucional y regulación legal.	Ámbito jurídico sanitario uruguayo, incluyendo leyes sobre aborto, voluntad anticipada, salud sexual y reproductiva, donación de órganos y bioética.	El derecho a la objeción de conciencia está reconocido como derecho humano fundamental en la Constitución y en tratados internacionales. Se identifican limitaciones ilegítimas en leyes como la del aborto y en decretos reglamentarios, algunas anuladas por jurisprudencia. El Código de Ética Médica amplía la protección del derecho, incluso frente a restricciones legales.	Es urgente aprobar una ley general que sistematice la objeción de conciencia, evitando restricciones arbitrarias y garantizando su ejercicio pleno conforme a la Constitución y los derechos humanos.
11	Perú, 2020	De la Cruz Carranza, Diana Milagros	IUS (Universidad Católica Santo Toribio de Mogrovejo)	Análisis jurídico y doctrinal	Examinar si la sanción por falta de idoneidad en la prestación de servicios de salud puede restringir el derecho a la objeción de conciencia, tomando como referencia el caso de aborto terapéutico en la Clínica El Golf.	Servicios privados de salud en Perú, específicamente atención obstétrica bajo el Protocolo de Aborto Terapéutico.	El derecho a la objeción de conciencia deriva de la libertad de conciencia y permite al profesional abstenerse de realizar actos contrarios a sus convicciones. El deber de idoneidad obliga a las clínicas a cumplir expectativas del consumidor, pero debe interpretarse considerando la naturaleza del servicio y la finalidad médica.	El ejercicio del derecho a la objeción de conciencia por parte de profesionales de salud frente a prácticas como el aborto terapéutico no debe considerarse falta de idoneidad, siempre que la negativa se funde en razones éticas y científicas, preservando la finalidad de la medicina: proteger la vida y la salud.



12	2021	Serpa-Galarza, Doris Ivanova; Jaimes, Andrés Esteban	Iustitia Socialis. Revista Arbitrada de Ciencias Jurídicas	Investigación documental, análisis jurídico y bioético	Analizar la relación entre el derecho fundamental a la objeción de conciencia y los derechos sexuales no reproductivos (incluyendo la interrupción voluntaria del embarazo), proponiendo criterios para armonizar ambos derechos en casos de colisión.	Sistemas jurídicos ecuatoriano y colombiano; referencia a estándares internacionales (SIDH, ONU).	Los derechos sexuales y reproductivos incluyen la autonomía para decidir sobre la reproducción y la interrupción voluntaria del embarazo. Ambos derechos (objeción de conciencia y no reproducción) son fundamentales y se originan en el principio bioético de autonomía, por lo que deben resolverse mediante ponderación, evitando la lógica de “derecho prevalente”.	La objeción de conciencia no puede ser utilizada para negar la prestación del servicio de salud, sino solo para eximir al profesional de realizar el acto concreto, garantizando simultáneamente el derecho de la mujer a la IVE. La solución debe basarse en respeto mutuo y tolerancia, sin jerarquizar derechos, aplicando criterios de proporcionalidad y garantizando la autonomía de ambas partes.
13	España, 2022	José Antonio Diez Fernández	Anales de la Real Academia de Medicina y Cirugía de Valladolid	Análisis jurídico crítico	Examinar la evolución normativa y constitucional de los registros de objetores sanitarios en España, evaluando su proporcionalidad, necesidad y	Legislación española sobre objeción de conciencia en aborto y eutanasia; desarrollo autonómico.	Castilla-La Mancha y Navarra crearon registros autonómicos en 2010; Navarra incluyó datos sobre creencias, lo que generó recurso de inconstitucionalidad (TC avaló con condiciones de confidencialidad). Leyes 3/2021 (eutanasia) y 1/2023 (ampliación aborto)	El registro de objetores es constitucional, pero no obligatorio. Su implementación plantea riesgos de restricción indirecta a la libertad de conciencia y genera disparidad normativa entre Comunidades Autónomas.



					efectos sobre la libertad de conciencia.		introducen registros obligatorios para gestión organizativa, con garantías de confidencialidad y protección de datos.	
14	Chile, 2023	Ma. Angélica Saldías-Fernández; M. Cristina Paredes Escobar; Denisse Parra-Giordano	Enfermería Global	Revisión integrativa de literatura	Analizar los argumentos presentes en la evidencia científica sobre la objeción de conciencia (OC) en el contexto de la interrupción voluntaria del embarazo (IVE), considerando implicaciones éticas, legales y de salud pública.	Normativa chilena (Ley 21.030) y contexto internacional sobre OC en aborto legal.	Se analizaron 25 artículos: tres categorías emergentes: Características de la OC y su impacto en salud pública. Conveniencia de regular la OC; cuestionamiento a la OC institucional. Desafíos: Formación insuficiente en aborto y OC; necesidad de directrices claras, fiscalización, y entornos sanitarios libres de estigma.	La OC es un derecho reconocido, pero su ejercicio debe regularse para garantizar el acceso equitativo a la IVE y proteger derechos reproductivos. Se requiere formación ética, normativa clara y mecanismos de control para evitar que la OC se convierta en barrera de acceso.
15	México, 2024	Velázquez-Tamez, L.E	Enfermería Universitaria	Revisión narrativa	Identificar el estado de la cuestión sobre la objeción de conciencia (ODC) y los enfoques teóricos y metodológicos que guían su aplicación	Contexto mexicano, personal médico de enfermería	La ODC se contextualiza principalmente al aborto, no a otros temas relevantes. Escasas publicaciones científicas sobre el derecho a objetar.- Tres perspectivas identificadas: ejercicio del derecho y marco jurídico, conflicto entre ODC y derecho a la	El reconocimiento pleno del derecho a la ODC requiere enfoques basados en derechos humanos que armonicen la libertad de conciencia con el derecho a la salud. Se necesita más investigación y



							salud, compatibilidad entre ambos derechos.- Falta de regulación clara y capacitación en la comunidad médica.	regulación clara para garantizar ambos derechos.
16	Argentina, 2024	Maldonado , Romina Fabiana	Health Leadership and Quality of Life	Estudio descriptivo, transversal, cualitativo	Analizar la problemática de la objeción de conciencia (OC) en enfermería, aportando antecedentes históricos, avances legales y enfoque sobre derechos y deberes en el contexto sanitario actual	Hospital público en Granadero Baigorria, Santa Fe (servicio de obstetricia y ginecología)	Argumentos principales: éticos, morales y religiosos (57%).- Falta de conocimiento sobre legislación vigente y protocolos.- OC afecta la organización del servicio y genera conflictos en la atención.- Ninguna actividad de enfermería implica directamente la práctica de ILE, por lo que la OC no debería interferir en el acceso a la salud.	La OC no es un derecho absoluto; requiere regulación clara y formación adecuada. Se recomienda implementar políticas educativas y legislativas para garantizar prácticas éticas que respeten valores individuales y derechos de los pacientes.

RESULTADOS

La revisión sistemática incluyó 18 estudios publicados entre 2015 y 2025, provenientes de diversos contextos normativos y sanitarios en países como Italia, España, Canadá, Chile, México, Argentina, Uruguay y Reino Unido, entre otros. Los diseños metodológicos abarcaron revisiones sistemáticas, análisis normativos, estudios descriptivos y revisiones integrativas, lo que permitió obtener una visión amplia sobre la objeción de conciencia en atención primaria.

Los estudios muestran que la objeción de conciencia se ejerce principalmente en procedimientos vinculados con la salud reproductiva, como la interrupción voluntaria del embarazo y la anticoncepción. También se observa en cuidados al final de la vida, incluyendo eutanasia y asistencia médica para morir.

En Italia, hasta el 71% de los ginecólogos se declaran objetores, lo que genera retrasos significativos en el acceso al aborto y obliga a las mujeres a desplazarse fuera de su región. Situaciones similares se reportan en Chile y España, donde la falta de protocolos claros y la presencia de objeción institucional dificultan la interrupción voluntaria del embarazo.

La literatura indica que la objeción de conciencia no es un derecho absoluto y debe ejercerse bajo condiciones que garanticen el acceso a los servicios de salud. Se identifican tres posturas éticas recurrentes: a) Absolutismo: defensa irrestricta del derecho a objetar; b) Compromiso: armonización entre los derechos del profesional y del paciente; y c) Incompatibilidad: limitación estricta en contextos donde se vulnera el acceso al servicio.

En América Latina, se observa una tendencia hacia la regulación parcial, con vacíos normativos que generan conflictos entre la autonomía profesional y los derechos reproductivos.

La objeción de conciencia afecta particularmente la atención primaria en zonas rurales o con escasez de profesionales. La ausencia de mecanismos de derivación adecuados incrementa las inequidades, compromete la continuidad del cuidado y genera carga emocional en los equipos de salud, especialmente en enfermería, como evidencian estudios en Canadá y Argentina.

Entre las estrategias recomendadas para equilibrar derechos se incluyen: creación de registros voluntarios de objetores, obligación de derivación a otro profesional, implementación de protocolos claros que eviten



que la objeción limite el acceso a servicios. Estas medidas buscan garantizar que tanto los pacientes y los profesionales comprendan las implicaciones y responsabilidades de los procedimientos.

La objeción de conciencia también implica un desafío emocional y profesional. Estudios cualitativos muestran que los profesionales enfrentan dilemas morales complejos, lo que evidencia la necesidad de espacios de deliberación y formación ética continua. Además, se requiere fortalecer políticas públicas que armonicen derechos individuales con el principio de justicia en salud, evitando que la objeción se convierta en un mecanismo de exclusión.

CONCLUSIONES

La revisión confirma que la objeción de conciencia es un derecho legítimo, pero no debe abordarse como un derecho ilimitado, ya que su ejercicio sin regulación clara puede generar tensiones entre principios bioéticos como autonomía, justicia y beneficencia, por lo que debe ser una práctica condicionada por la responsabilidad profesional y garantizar el acceso equitativo a la atención sanitaria.

En base a estos datos las recomendaciones clave son: establecer marcos normativos claros sobre la objeción de conciencia, implementar protocolos operativos que aseguren derivación y continuidad del cuidado, promover formación ética y espacios de deliberación para profesionales, garantizar la protección de los derechos del paciente, especialmente en contextos rurales o con limitaciones estructurales.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

Autorino, T., Mattioli, F., & Mencarini, L. (2020). The impact of gynecologists' conscientious objection on abortion access. *Social Science Research*. <https://doi.org/10.1016/j.ssresearch.2020.102416>

Brown, J., Goodridge, D., Thorpe, L., Hodson, A., & Chipanshi, M. (2021). Factors influencing practitioners who do not participate in ethically complex, legally available care: Scoping review. *BMC Medical Ethics*, 22(1), 1–14. <https://doi.org/10.1186/s12910-021-00641-9>

De la Cruz Carranza, D. M. (2020). La sanción por falta de idoneidad en la prestación de servicios de salud ¿puede llegar a restringir el derecho de objeción de conciencia? El caso del aborto terapéutico. IUS, Universidad Católica Santo Toribio de Mogrovejo.

<https://dialnet.unirioja.es/servlet/articulo?codigo=7626242>



- Diez Fernández, J. A. (2022). Consideraciones críticas sobre la regulación de los registros de objetores sanitarios en la legislación española. *Anales de la Real Academia de Medicina y Cirugía de Valladolid*.
- <https://dialnet.unirioja.es/servlet/articulo?codigo=9907562>
- Estévez-Jiménez, E., & Cruz-Piqueras, M. (2024). Aborto en Melilla: barreras de océano y frontera. *Gaceta Sanitaria*.
- <https://www.scielo.org/article/ga/2024.v38/102355/>
- Fleming, V., Frith, L., Luyben, A., & Ramsayer, B. (2018). Conscientious objection to participation in abortion by midwives and nurses: A systematic review of reasons. *BMC Medical Ethics*, 19(1), 1–13.
- <https://doi.org/10.1186/s12910-018-0281-3>
- Gómez-Virseda, C., & Gastmans, C. (2025). Conscientious objection in euthanasia and assisted suicide: A systematic review. *PLoS ONE*, 20(3), e0283456.
- <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0283456>
- Leigh, I. (2021). Conscientious objection and the inviolability of life in the United Kingdom. *Revista de Derecho*.
- <https://dialnet.unirioja.es/servlet/articulo?codigo=8161242>
- Maldonado, R. F. (2024). Conscientious objection in nursing. *Health Leadership and Quality of Life*.
- <https://dialnet.unirioja.es/servlet/articulo?codigo=9958735>
- Manduca-Barone, A., Brassolotto, J., & Waring, D. (2022). Medical assistance in dying in rural communities: A review of Canadian policies and guidelines. *Journal of Rural Studies*, 91, 1–10.
- <https://doi.org/10.1016/j.jrurstud.2022.01.009>
- Neal M, Fovargue S. Is conscientious objection incompatible with healthcare professionalism? *New Bioeth*. 2019 Sep;25(3):221-235. doi: 10.1080/20502877.2019.1651935. Epub 2019 Aug 12. PMID: 31401945.
- Pereira, A. (2016). Objeción de conciencia y libertad de conciencia. Normativa vigente en Uruguay.



Revista de Derecho.

<https://dialnet.unirioja.es/servlet/articulo?codigo=6119864>

Pérez-Capellades, R. M. ., Falcó-Pegueroles, A. ., & Ramos Pozón, S. (2024). La objeción de conciencia en el ámbito sanitario: un equilibrio entre derechos y deberes. *Revista De Bioética Y Derecho*, (60), 3–18.

<https://doi.org/10.1344/rbd2024.60.43672>

Pruski, M., & Saad, T. C. (2018). Reply: Conscientious objection to deceased organ donation by healthcare professionals. *Journal of Intensive Care Society*, 19(4), 1–3.

<https://doi.org/10.1177/1751143718802478>

Ramón Michael, Agustina, Undurraga, Verónica, Cabrera, Óscar A. y Andrés Constantin. La objeción de conciencia en el área de salud en América Latina. Bogotá: Ediciones Uniandes – Siglo del Hombre Editores, 2024.

Saldías-Fernández, M. A., Paredes Escobar, M. C., & Parra-Giordano, D. (2023). Dilemas de la objeción de conciencia en la interrupción voluntaria del embarazo: revisión integrativa de literatura. *Enfermería Global*, 22(1), 1–15.

<https://dialnet.unirioja.es/servlet/articulo?codigo=9118325>

Serpa-Galarza, D. I., & Jaimes, A. E. (2021). La objeción de conciencia en eventos de derechos sexuales a la no reproducción. *Iustitia Socialis*, 6(2), 1–20.

<https://dialnet.unirioja.es/servlet/articulo?codigo=8965256>

Shaw, D., Gardiner, D., Lewis, P., Jansen, N., Wind, T., Samuel, U., Georgieva, D., Ploeg, R., & Broderick, A. (2018). Conscientious objection to deceased organ donation by healthcare professionals. *Journal of Intensive Care Society*, 19(4), 1–7.+

<https://doi.org/10.1177/1751143718802478>

Velázquez-Tamez, L. E. (2024). Derecho de objeción de conciencia del personal médico y de enfermería en México. *Enfermería Universitaria*, 21(2), 1–8.

<https://dialnet.unirioja.es/servlet/articulo?codigo=9849803>



Vilas-Iglesias, M. S., & Caamaño-Alegre, J. (2024). Conflictos éticos en un contexto de gestión pública: objeción de conciencia y aborto en la red sanitaria pública española. *Acta Bioethica*, 30(1), 1–12.

https://www.scielo.cl/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1726-569X2024000100019

Wright, D. K., Chan, L. S., Fishman, J. R., & Macdonald, M. E. (2021). “Reflection and soul searching”: Negotiating nursing identity at the fault lines of palliative care and medical assistance in dying. *Social Science & Medicine*, 282, 114–121.

<https://doi.org/10.1016/j.socscimed.2021.114121>

