



**UNIVERSIDAD SAN GREGORIO DE PORTOVIEJO CARRERA DE
DERECHO**

**Trabajo de Investigación de Artículo Científico previo a la obtención del
título de Abogado**

Tema:

Objeción de conciencia en el ámbito sanitario

Disciplina Jurídica:

Derecho Constitucional

Título:

"La objeción de conciencia en el ámbito sanitario y el derecho a la salud"

Autores

Elsa Daniela Santana Toro

Raúl Ricardo Rivas Acosta

Tutor

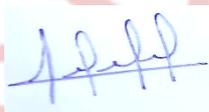
Abg. Julia Raquel Morales Loor PhD

Cantón Portoviejo – Provincia de Manabí – República del Ecuador

Cesión de Derechos Intelectuales

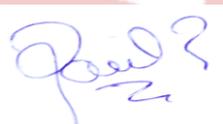
Elsa Daniela Santana Toro y Raúl Ricardo Rivas Acosta, declaramos, en forma libre y voluntaria, ser autores del presente trabajo de investigación.

De manera expresa cedemos los derechos de autor y propiedad intelectual del presente artículo a la Universidad San Gregorio de Portoviejo y autorizamos su difusión en formato digital, de conformidad con la Ley Orgánica Superior, por ser ésta la institución de Educación Superior que nos patrocinó en todo el desarrollo de la investigación.



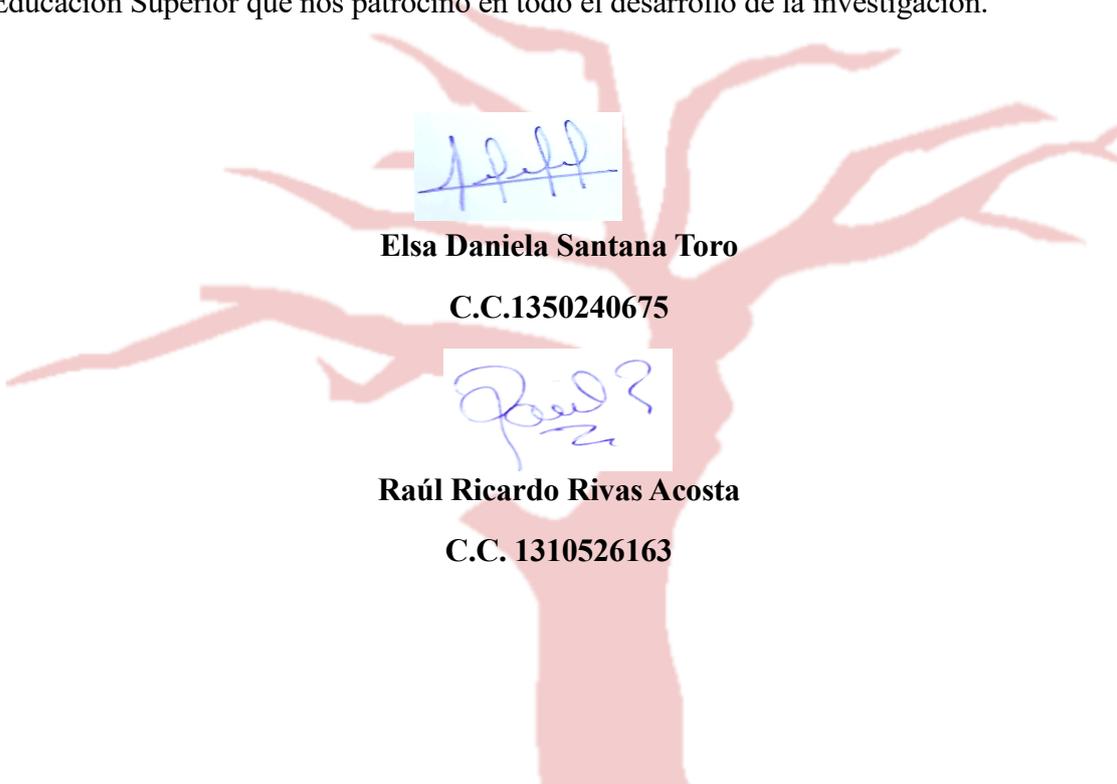
Elsa Daniela Santana Toro

C.C.1350240675



Raúl Ricardo Rivas Acosta

C.C. 1310526163



UNIVERSIDAD
SAN GREGORIO
DE PORTOVIEJO

"La objeción de conciencia en el ámbito sanitario y el derecho a la salud"

"Conscientious objection in the health field and the right to health"

Autores:

Elsa Daniela Santana Toro

Correo: Danielasantana2012@hotmail.es

ORCID: 0000-0002-3498-1981

Raúl Ricardo Rivas Acosta

Correo: rr.rivas@sangregorio.edu.ec

ORCID: 0009-0009-9160-7265

Tutor:

Abg. Julia Raquel Morales Loor PhD

Correo jrmorales@sangregorio.edu.ec

ORCID: 0000-0002-4086-5557



UNIVERSIDAD
SAN GREGORIO
DE PORTOVIEJO

Resumen

La libertad de conciencia, es un derecho humano fundamental reconocido en instrumentos internacionales, como la facultad de toda persona de actuar conforme a sus convicciones morales, religiosas o filosóficas. La objeción de conciencia, surge de la libertad de conciencia, a través de la cual un profesional decide no llevar a cabo una práctica médica por razones éticas o morales, enfrentando la moral individual y las responsabilidades laborales. El artículo examina la tensión entre el derecho de los pacientes ecuatorianos a acceder a los servicios de salud y la libertad de conciencia del personal médico. Se observa que, a partir de la interpretación de los principios de autonomía y dignidad humana, se han establecido marcos regulatorios en asuntos críticos, mientras que el objeto de conciencia aún carece de normas específicas. Aunque el derecho a la autonomía se basa en la protección de los individuos, su uso sin restricciones puede dificultar la obtención de servicios esenciales, lo que perjudicaría especialmente a los grupos más desfavorecidos para obtener servicios esenciales. En este contexto, se sugiere equilibrar los derechos individuales y colectivos. Se destaca la importancia de adecuar la legislación nacional a los estándares internacionales e incorporar perspectivas intersectoriales en el desarrollo de políticas de salud, reafirmando que, en un Estado de derechos, el derecho a la conciencia y el derecho a la atención de la salud deben coexistir en armonía. Se examina la conciencia en la industria de la salud y su relación con la libertad de conciencia, analizando cómo afecta el acceso a los servicios de salud y las restricciones constitucionales que deben seguirse para evitar violaciones de derechos a la libertad de conciencia. Se estudia cómo el derecho a la salud contenido en la Constitución del Ecuador, así como el derecho a la libertad de pensamiento en la misma Carta Magna, pueden entrar en conflicto, especialmente en situaciones en que su uso no está estrictamente regulado. A partir de un plano legal y análisis regulatorio, se comparan los modelos de naciones como Uruguay y Colombia que han implementado salvaguardas para garantizar que la obstrucción no impida el acceso a servicios esenciales. El artículo examina la tensión entre el derecho de los pacientes a acceder a los servicios de salud de manera integral y la objeción de conciencia del personal médico en Ecuador, mediante el aporte de la Sentencia de Corte Constitucional en el caso de inconstitucionalidad presentado dentro de la lucha por la legalización de la eutanasia de Paola Roldán Rodríguez, que estableció rutas para la elaboración de un marco normativo estricto que garantice un proceso seguro y respetuoso de los derechos individuales, examinando así la eutanasia en la autonomía personal, la dignidad humana y la libertad de conciencia.

Palabras clave: Libertad de conciencia, objeción de conciencia, derecho a la salud, regulación normativa

Abstract

Freedom of conscience is a fundamental human right recognized in international instruments, as the right of every person to act according to their moral, religious or philosophical convictions. Conscientious objection arises from freedom of conscience, through which a professional decides not to carry out a medical practice for ethical or moral reasons, facing individual morality and work responsibilities. The article examines the tension between the right of Ecuadorian patients to access health services and the freedom of conscience of medical personnel. It is observed that, based on the interpretation of the principles of autonomy and human dignity, regulatory frameworks have been established in critical matters, while the object of conscience still lacks specific norms. Although the right to autonomy is based on the protection of individuals, its unrestricted use can make it difficult to obtain essential services, which would be particularly detrimental to the most disadvantaged groups in obtaining essential services. In this context, it is suggested to balance individual and collective rights. The importance of adapting national legislation to international standards and incorporating intersectoral perspectives in the development of health policies is highlighted, reaffirming that, in a State of rights, the right to conscience and the right to health care must coexist in harmony. Conscience in the health industry and its relationship with freedom of conscience are examined, analyzing how it affects access to health services and the constitutional restrictions that must be followed to avoid violations of rights to freedom of conscience. It studies how the right to health contained in the Constitution of Ecuador, as well as the right to freedom of thought in the same Magna Carta, can come into conflict, especially in situations where its use is not strictly regulated. From a legal perspective and regulatory analysis, the article compares the models of countries such as Uruguay and Colombia that have implemented safeguards to ensure that obstruction does not impede access to essential services. The article examines the tension between the right of patients to access health services in a comprehensive manner and the conscientious objection of medical personnel in Ecuador, through the contribution of the Constitutional Court ruling in the unconstitutionality case presented within the fight for the legalization of euthanasia by Paola Roldán Rodríguez, which established routes for the development of a strict regulatory framework that guarantees a safe process that respects individual rights, thus examining euthanasia in personal autonomy, human dignity and freedom of conscience.

Keywords: Freedom of conscience, conscientious objection, right to health, regulatory regulation

Introducción

Un derecho vital que salvaguarda la integridad moral y las convicciones éticas, filosóficas o religiosas de los profesionales de la salud es el derecho a objetar el ejercicio en el ámbito médico, que salvaguarda la integridad moral y las convicciones éticas, filosóficas o religiosas de los profesionales de la salud. Sin embargo, su implementación sin una regulación clara crea un conflicto legal y práctico, que, si bien intenta proteger la libertad individual del profesional, puede poner en peligro los derechos colectivos de los pacientes, en particular los de grupos históricamente marginados como mujeres, pobres, comunidades rurales, etc., a acceder a servicios médicos esenciales como el aborto, la prevención en salas de emergencia, la eutanasia. La tensión entre los derechos fundamentales revela una brecha crítica en los marcos jurídicos y éticos contemporáneos.

Sin una regulación equilibrada, la objeción de conciencia ha evolucionado hasta convertirse en un mecanismo que, sin proteger la libertad individual, puede utilizarse para impedir el acceso a la salud pública, como el daño sistemático causado por las interrupciones obstétricas en las zonas rurales o la estigmatización de los pacientes que buscan cuidados paliativos indican un dilema, del cómo poder evitar que la protección de la conciencia profesional, termine en una discriminación o privación contra quienes necesitan atención médica urgente.

Las consecuencias del vacío regulatorio, son las siguientes: En la parte legal, la falta de claridad en la definición de los límites del objeto de conciencia crea inseguridad jurídica. En muchos países, incluido Ecuador, no existen protocolos que garanticen de manera general la disponibilidad de personal no objetor en las instituciones públicas. La ausencia de criterios claros perpetúa la desigualdad porque los grupos vulnerables, sin recursos para acceder a clínicas privadas, enfrentan barreras sistémicas para ejercer sus derechos. En tercer lugar, en lo institucional, la cognición no regulada desmejora la

confianza en los sistemas de salud y viola principios constitucionales e internacionales fundamentales, como la dignidad humana contenida en la Declaración Universal de Derechos Humanos.

El artículo pretende contribuir a una discusión urgente en América Latina, sobre cómo la falta de regulaciones sobre la objeción de conciencia ha exacerbado la crisis de salud pública, por ejemplo, la mortalidad materna por abortos no deseados. Analizando el equilibrio entre conflictos se propone un modelo basado en la rendición de cuentas, la transparencia y la proporcionalidad del Estado como garantía máxima de los derechos colectivos, sin ignorar que, pese a ser fundamental, el derecho a la conciencia no es absoluto y debe dar paso a derechos como la vida, la salud y la igualdad.

Desde la perspectiva legal y jurisprudencial, los modelos de Colombia y Uruguay buscan alcanzar un balance entre asegurar un acceso justo de la población a los servicios sanitarios y proteger la libertad de expresión de los profesionales. En Colombia, los fallos de la Corte Constitucional, no solo definen restricciones precisas al ejercicio de la objeción de conciencia, sino que también otorga prioridad a los derechos de los pacientes como bienes jurídicos de protección constitucional especial.

El modelo colombiano, fundamentado en tres pilares que son, la derivación obligatoria, restricción personal y principio de proporcionalidad, aspira a prevenir que las creencias personales se deriven en la negación de servicios jurídicos. Por ejemplo, la derivación obligatoria no solo requiere el traslado del paciente a otro experto, sino que establece tiempos perentorios para prevenir retrasos que amenacen su salud, un factor crucial en situaciones de emergencia obstétrica o interrupción legal del embarazo. Adicionalmente, la prohibición de la objeción institucional evita que hospitales o clínicas, en particular aquellos financiados con fondos públicos, adopten posiciones colectivas que

limiten derechos, un instrumento esencial para salvaguardar a las comunidades rurales o de bajos recursos que dependen de estos establecimientos.

En cuanto al modelo uruguayo, la ley añade a estas acciones mecanismos de transparencia y planificación gubernamental. No solo se evidencia la magnitud del fenómeno con el registro público de objetores, sino que también posibilita a las autoridades asegurar la presencia de personal no objetor en sectores críticos, como la salud sexual y reproductiva. Este registro, unido a la derivación directa, disminuye la posibilidad de que grupos vulnerables, se tropiecen con obstáculos sistémicos. La restricción de la objeción institucional en Uruguay fortalece la obligación del Estado como protector supremo de los derechos, en concordancia con normas internacionales, que demanda a los países prevenir que la objeción de conciencia se transforme en discriminación o en peligros para la vida.

Ambos modelos, aunque divergentes en su enfoque jurisprudencial y legislativo, comparten un núcleo común, esto es, subordinar la libertad de conciencia al interés público y a los derechos fundamentales de los pacientes. No obstante, aún existen retos. En Colombia, por ejemplo, la falta de sanciones efectivas a quienes incumplen la derivación obligatoria debilita la implementación, mientras que, en Uruguay, la centralización del registro en zonas urbanas limita su eficacia en regiones periféricas. Estos ejemplos evidencian que, más allá de la creación de normativas, la eficacia se basa en mecanismos de supervisión, formación en derechos humanos para los expertos y políticas que den prioridad a los colectivos en circunstancias de vulnerabilidad. Por lo tanto, estos modelos no solo constituyen pautas para América Latina, sino que subrayan la importancia de un enfoque holístico, en el que la normativa legal se vincule con medidas específicas para concretar el balance entre derechos en conflicto.

La pregunta central de la investigación es: ¿Cómo regular la objeción de conciencia en el ámbito sanitario para equilibrar la protección de la libertad de conciencia de los profesionales de la salud con el acceso igualitario y efectivo de toda la población, especialmente los grupos en situación de vulnerabilidad, a servicios médicos esenciales, garantizando los principios de dignidad humana, igualdad y no discriminación en el marco de los derechos humanos?

Metodología

El presente estudio adoptó un enfoque cualitativo y descriptivo-analítico, combinando técnicas de investigación jurídica y comparada para examinar la regulación de la objeción de conciencia en el ámbito sanitario ecuatoriano. El diseño metodológico se estructuró en tres fases, una es la revisión documental, otra el análisis jurisprudencial y estudio de casos comparados, siguiendo estándares éticos de investigación con fuentes secundarias públicas. Se utilizó un método combinado, fusionando la evaluación jurídica con examen de las leyes tanto nacionales como internacionales. Comparación de los marcos normativos de Colombia y Uruguay, elegidos por sus progresos en la armonización de derechos personales y colectivos. Evaluación de casos, en Ecuador como el de Roldán Rodríguez, además de fundamentos teóricos y conceptuales.

Marco Teórico

El estudio de la objeción de conciencia en el sector de la salud y su vínculo con la libertad de conciencia demanda un enfoque interdisciplinario que incorpore puntos de vista legales, bioéticos y de derechos humanos. A continuación, se establecen y contextualizan los conceptos fundamentales que respaldan esta investigación, junto con los principios teóricos que facilitan la comprensión de las tensiones y balances entre ambos derechos.

Libertad de conciencia: La libertad de conciencia, reconocida como un derecho humano fundamental en instrumentos internacionales como la Declaración Universal de Derechos Humanos, el Pacto Internacional de Derechos Civiles y Políticos y en la Constitución ecuatoriana, se entiende como la facultad de toda persona de actuar conforme a sus convicciones morales, religiosas o filosóficas. Autores como Dworkin, (2011), la definen como un derecho a la integridad moral, esencial para la autonomía individual. En el ámbito sanitario, este derecho se extiende a los profesionales de la salud, permitiéndoles negarse a participar en actos que contradigan sus principios éticos. No obstante, su práctica no es total.

De acuerdo con Habermas, (2003), el principio de responsabilidad social convive con la libertad de conciencia, en el que los derechos personales deben equilibrarse con el bienestar colectivo. Esto implica que, en contextos de servicios públicos como la salud, el Estado tiene la obligación de garantizar que su ejercicio no vulnere derechos colectivos, como el acceso a la atención médica.

Objeción de conciencia: Surge de la libertad de conciencia, es la acción a través de la cual un profesional decide no llevar a cabo una práctica médica por razones éticas o morales. Savulescu, (2006), la define como un enfrentamiento entre la moral individual y las responsabilidades laborales. En el contexto sanitario, su regulación es crítica, ya que, sin límites claros, puede convertirse en un mecanismo de discriminación o exclusión Cook y Dickens, (2006).

El Tribunal Europeo de Derechos Humanos, por ejemplo, establece que la objeción de conciencia debe satisfacer tres requisitos. El primer requisito es no ser discriminatorio, es decir que no se puede utilizar de manera selectiva contra grupos en situación de vulnerabilidad. El segundo es obtener acceso a servicios, obligando al objetor a trasladar al paciente a otro experto disponible. El tercer requisito, es la prohibición de

la objeción institucional, es decir que solamente es aplicable a personas, no a entidades. Estas restricciones se basan Alexy, (2002), en el principio de proporcionalidad que requiere balancear el derecho a la objeción con la salvaguarda de los derechos de terceros.

La bioética proporciona esquemas fundamentales para examinar esta tensión. Los cuatro principios propuestos por Beauchamp y Childress, (2019), son la autonomía, no maleficencia, beneficencia y equidad. Estos principios facilitan la evaluación de cómo la negación de conciencia afecta a la Autonomía del paciente para su derecho a tomar decisiones respecto a su propio cuerpo y bienestar. La Justicia distributiva, que es la Equidad en el acceso a servicios, particularmente para grupos en situación de vulnerabilidad como mujeres, habitantes rurales, comunidades originarias, etc.

La teoría de la vulnerabilidad estructural Fineman, (2008), detalla cómo determinados colectivos, se tropiezan con obstáculos sistémicos para obtener servicios sanitarios. Zampas et al., (2020), manifiesta que la ausencia de regulación para la objeción de conciencia intensifica estas inequidades, dado que, en áreas con falta de profesionales, la negativa a proporcionar servicios puede dejar a los pacientes sin opciones.

Comparando modelos, se muestra la forma que marcos legales protegen tanto la libertad de conciencia como el acceso a la salud, así, la teoría del pluralismo jurídico de Santos, (2010), sostiene que las soluciones normativas deben ajustarse a determinados contextos socioculturales. Ejemplo Colombia que mediante la Sentencia C-355/2006, exige la derivación inmediata y veta la objeción en situaciones de riesgo vital; igualmente en Uruguay, la Ley 18.987 (2012), restringe la objeción a individuos garantizando la entrega de servicios en las instituciones públicas.

La objeción de conciencia en el sector de la salud y su vínculo con la libertad de conciencia representan un área de investigación que requiere un estudio interdisciplinario, incorporando contribuciones de la filosofía política, el derecho constitucional, la bioética y las investigaciones de género.

Como derecho esencial, la libertad de conciencia se basa en las teorías de la autonomía moral. Kant, (1785), afirmó que la dignidad humana se fundamenta en la habilidad de autodeterminación racional, un principio que impacta en la interpretación contemporánea de la libertad de conciencia.

Rawls, (1971), desde su teoría de la justicia, argumenta que las instituciones deben garantizar libertades básicas, incluidas las de pensamiento y conciencia, siempre que no contradigan el principio de equidad. Sin embargo, Berlin, (1958), alerta acerca de los peligros del libertarismo absoluto, sugiriendo una diferenciación entre la libertad negativa o ausencia de interferencia y la libertad positiva o habilidad para actuar con intenciones, fundamental para comprender las fronteras de la objeción en ámbitos de salud pública.

Maclure y Taylor, (2011), han estudiado la relación entre la libertad de conciencia y los derechos colectivos, sugiriendo un modelo de acomodación razonable: el Estado debe salvaguardar la objeción individual, siempre y cuando no ocasione daños desmedidos a terceros. Esta perspectiva concuerda con la jurisprudencia de la Corte Interamericana de Derechos Humanos, que en su Opinión Consultiva OC-24/17 dicta que la objeción no puede limitar derechos como la salud reproductiva CIDH, (2017). Cook y Dickens (2003), expertos en derecho sanitario, subrayan que la regulación debe prohibir la objeción en casos de emergencia médica o cuando no existan alternativas de atención, bajo el principio de mínimo daño.

Regulación gubernamental y modelos comparativos: Charo, (2005), sugiere que la objeción debe ser una excepción, no un derecho absoluto, e indica requisitos como la declaración previa y la prohibición en entidades públicas. Bergallo, (2016), examina la manera en que naciones han instaurado registros de objetores para prevenir la denegación sistemática de servicios en América Latina. Finalmente, NeJaime y Siegel, (2015), desarrollan la teoría del pluralismo mitigado, que exige al Estado actuar como árbitro neutral para equilibrar libertades individuales y derechos colectivos, aplicable al contexto sanitario.

Coinciden Pellegrino, (1993) y Freedman, (2016), en que la objeción de conciencia en salud, se presenta como un derecho que proviene de la libertad de conciencia, sin embargo, su aplicación se encuentra sometida a restricciones éticas. Para Butler, (2004) y Maclure & Taylor, (2011), la normativa debe prevenir su transformación en un mecanismo de exclusión, dando prioridad a enfoques interseccionales y modelos de acomodación razonable. Este marco expandido incorpora visiones mundiales y críticas para examinar el caso de Ecuador.

En el contexto ecuatoriano, la Corte Constitucional del Ecuador, en el caso de acción de inconstitucionalidad presentada por Paola Roldán Espinoza, aunque no es un caso directo sobre objeción de conciencia, se refiere indirectamente al mismo. El debate sobre uno de los derechos colectivos como es la eutanasia, ha creado tensiones entre el interés del Estado en proteger la vida, la necesidad de respetar la autonomía de los pacientes y el derecho individual de los médicos como es la objeción de conciencia por religión, creencias, y otras razones.

La señora Roldán Espinoza, paciente ecuatoriana con una enfermedad irreversible que padece esclerosis lateral amiotrófica ELA, inició en su país de origen una campaña a favor de la legalización de la eutanasia en Ecuador. Dentro de su lucha presenta una

acción de inconstitucionalidad contra el artículo 144 del Código Orgánico Integral Penal, que define el homicidio simple como toda práctica contra la vida humana. La Corte Constitucional del Ecuador, en su sentencia de 05 de febrero del 2024, dictaminó que el artículo 144 del COIP viola derechos constitucionales fundamentales, en particular el derecho a la libertad de pensamiento y el derecho a la objetividad en el ejercicio de los profesionales de la salud.

Esta decisión se basa en una lógica que pretende equilibrar el interés del Estado en la protección de la vida, declarando que será constitucional que el médico, anteponiendo el consentimiento libre, informado y fundamentado del paciente o de su representante cuando no pueda expresarse, realice la eutanasia activa en caso de sufrimiento severo provocado por una enfermedad grave, irreversible y física, o una enfermedad grave e incurable. La Corte Constitucional con su resolución, determinó que la inviolabilidad de la vida admite excepciones cuando busca proteger otros derechos, como el de la vida digna y el libre desarrollo de la personalidad y autonomía en el caso alegado.

Uno de los aportes significativos en materia de la práctica de la eutanasia en la declaratoria de inconstitucionalidad del artículo 90 del Código de Ética Médica, que de manera expresa prohibía abreviar la vida del paciente, determinando la obligación del profesional de la salud a usar medios paliativos en los casos de enfermedades consideradas incurables. Adicionalmente, la Corte resaltó que se debe considerar a la objeción de conciencia de los médicos en el procedimiento de eutanasia activa, protegiendo tanto la autonomía del paciente y la dignidad del profesional, lo que crea un doble desafío, esto es, asegurar la protección de la vida y, al mismo tiempo, proteger el derecho del médico a no ser obligado a participar en procedimientos contrarios a sus convicciones.

De la Sentencia No. 67-23-IN/24 del caso Paola Roldán, aparece el Reglamento del Procedimiento para la Aplicación de la Eutanasia en Ecuador, emitido el 15 de abril del 2024, que en su Capítulo VII incorpora la Objeción de Conciencia de los profesionales vinculados al procedimiento y expresamente establece la negación del médico a participar o continuar en el proceso alegando su derecho a la objeción de conciencia, pero prohíbe al profesional de la salud negarse a elaborar y entregar los insumos necesarios para el cumplimiento de los requisitos del procedimiento. Además, establece que los establecimientos de Salud del Sistema Nacional de Salud, no pueden alegarse como objetores de conciencia.

La ausencia de una ley clara sobre la eutanasia en Ecuador, que proporcione un marco seguro para pacientes y médicos, confirma la necesidad de su creación, establecida en la Sentencia de Corte Constitucional, derivando su responsabilidad a la Defensoría del Pueblo de Ecuador, que el 28 de junio del 2024, presenta a la Asamblea Nacional, el Proyecto de Ley que Regula los Procedimientos Eutanásicos en Ecuador, mediante Oficio No. DPE-2024-0565-O, la que recoge en su Capítulo II de las y los Profesionales de la Salud, el derecho de los médicos de expresar su objeción de conciencia por motivos éticos, incluso religiosos a participar en la realización de la eutanasia, pero exige el respeto de los pacientes a acceder al procedimiento con la derivación a otro, profesional dispuesto a realizarla.

Sobre la Jurisprudencia nacional comparada: En Colombia la Corte Constitucional despenalizó el aborto en tres causales mediante Sentencia T-388/09, CCC (2009), estableció que las entidades sanitarias no pueden invocar objeción de conciencia, y los objetores deben comunicar por escrito su postura. En Argentina, mediante medida autosatisfactoria, la Corte Suprema CSJN, (2012), confirmó el derecho al aborto no penal y requirió protocolos para garantizar su acceso, incluso ante objeciones. Manifestó que la

negación no puede aplicarse a derechos fundamentales. Estas sentencias de Colombia y Argentina, refuerzan la Prohibición de la objeción institucional, que debe solo se aplicarse a personas y no a centros hospitalarios o clínicas; y, se instituye la Derivación obligatoria, siendo imprescindible que los solicitantes aseguren el acceso a otro profesional disponible.

En el Marco doctrinal: La teoría coincide en que el Estado tiene que bajo los principios de proporcionalidad y no discriminación, regular la objeción, segundo restringir la resistencia institucional y asegurar la derivación inmediata; tercero priorizar derechos colectivos sobre intereses individuales en servicios esenciales. Estos postulados, respaldados por juristas y organismos internacionales, ofrecen un marco para que Ecuador equilibre libertades sin vulnerar derechos humanos. Así, la objeción de conciencia en el sector de la salud ha sido examinado desde diferentes enfoques doctrinales que intentan solucionar la tensión entre la libertad personal y los derechos de la colectividad.

Doctrina de la jerarquía de derechos constitucionales y primacía de la dignidad humana: Esta teoría constitucional, influenciada por Alexy, (2002), argumenta que los derechos esenciales no son inalienables y deben ser evaluados bajo el principio de proporcionalidad. Por lo tanto, la libertad de conciencia establecido en la Constitución de Ecuador, se subordina a derechos como la salud o la vida, particularmente en situaciones de grupos en situación de vulnerabilidad. Abramovich y Curtis, (2004), expanden esta perspectiva, indicando que el Estado debe dar prioridad a la dignidad humana por encima de intereses específicos en caso de conflicto.

Doctrina de la neutralidad estatal y laicidad en los servicios públicos: Maclure y Taylor, (2011), sostienen que, en áreas públicas como la salud, el Estado debe preservar su neutralidad ante creencias morales o religiosas, asegurando un acceso

universal sin distinciones. Esto conlleva la prohibición de la objeción institucional y la regulación de la objeción individual para prevenir la imposición de creencias personales a los usuarios. Charo, (2005), añade que, al ser financiadas por el Estado, las entidades públicas tienen la obligación de acatar normativas de no discriminación.

Principio de proporcionalidad y límites a la objeción: Desde la perspectiva del derecho comparado, NeJaime y Siegel, (2015), desarrollan la teoría del pluralismo mitigado, que demanda al Estado comprobar si la objeción es efectiva, no provoca perjuicio desmedido a terceros, no obstruya servicios fundamentales, respeta el principio de igualdad y la prohibición de la objeción institucional. Concuerdan con el principio de equidad Cook y Dickens (2003), agregando que solo se admite la objeción si hay otro profesional disponible para asegurar la atención.

Doctrina de la Prohibición de la objeción institucional: Bergallo, (2016) argumenta que hospitales y clínicas, al no poseer conciencia moral, no pueden presentar objeción. En naciones como Colombia y Uruguay, esta doctrina se ha implementado para prevenir denegaciones sistemáticas. Zampas (2020), enfatiza que la objeción institucional infringe el derecho de las mujeres a la salud reproductiva.

Principio de no discriminación y protección de grupos en situación de vulnerabilidad: Correa y Petchesky (1994), sostienen que la objeción sin control fortalece desigualdades estructurales, como la exclusión de comunidades originarias o individuos en situación de pobreza. La teoría demanda que el Estado priorice estos colectivos a través de políticas afirmativas. Fineman, (2008), presenta la idea de la vulnerabilidad estructural, la cual requiere la creación de regulaciones con una perspectiva interseccional.

Doctrina sobre el consentimiento informado y la autonomía del paciente: Faden y Beauchamp, (1986), sostienen que el principio de autonomía del paciente es un principio bioético superior a las convicciones o creencias del profesional. Si un médico se opone, tiene la obligación de derivar al paciente sin establecer juicios éticos, honrando su derecho a tomar decisiones.

Doctrina de la aplicación directa del derecho internacional: Buergenthal, (1997), sostiene que los Tratados de derechos humanos, como la Convención de Belém do Pará, prevalecen sobre las regulaciones internas. Por lo tanto, los países tienen que ajustar su normativa sobre la objeción a normas como la Opinión Consultiva OC-24/17 de la Corte IDH, que impide limitar los servicios de salud reproductiva.

Resultados

El estudio de la objeción de conciencia en el sector de la salud de Ecuador, desde una perspectiva legal y comparada, muestra los siguientes descubrimientos fundamentales, organizados en tres pilares que son, marco regulatorio interno, normas internacionales e impactos en grupos vulnerables.

Vacíos normativos en el sistema legal de Ecuador, ausencia de legislación específica: Ecuador carece de una ley que regule la objeción de conciencia en salud, a pesar de su reconocimiento constitucional, esto genera discrecionalidad en su aplicación, como evidencian casos reportados en hospitales públicos donde profesionales niegan servicios sin derivación efectiva. Después de la Sentencia, de Corte Constitucional No. 67-23-IN/24, el Ministerio de Salud Pública emitió un Reglamento del Procedimiento para la Aplicación de la Eutanasia; también la Defensoría del Pueblo presentó un Proyecto de Ley que Regula los Procedimientos Eutanásicos.

Ausencia de mecanismos de control: La Corte Interamericana de Derechos Humanos, (2017), sostiene que no hay registros públicos de objetores ni protocolos de derivación obligatorios, lo que viola estándares de los Derechos Humanos, básicos en la estructura de los Estados.

Efecto desmedido en grupos en situación de vulnerabilidad: Mujeres y salud reproductiva: Según Taller Salud, (2022), el 68% de los casos documentados por organizaciones feministas involucran negativas a proveer anticoncepción de emergencia o interrupción legal del embarazo, pese a las causales permitidas en el Código Penal. Para CEDAW, (2017), esto infringe la norma de no discriminación. La OMS, (2020), sostiene que, en Comunidades rurales e indígenas, la objeción sin regulación deja a los pacientes sin opciones, intensificando las desigualdades en el acceso a la salud.

Lecciones de modelos comparados: Uruguay y Colombia: En Colombia, tras la Sentencia C-355/2006, de Corte Constitucional de Colombia (2006), se exige la Derivación inmediata a otro profesional y además la Prohibición de objeción en emergencias. Para Gutiérrez, (2021), este enfoque redujo un 40% las denuncias por denegación de servicios entre 2010 y 2020. La Ley 18.987 (2012) de Uruguay, según Bergallo, (2016), restringe la objeción a personas, asegurando servicios en todas las entidades públicas. En consecuencia, el 95% de los centros hospitalarios satisface la oferta de aborto seguro.

En resumen, de los resultados obtenidos, la investigación sostiene que, en Ecuador, la ausencia de regulación para la objeción de conciencia perpetúa las desigualdades en salud, impactando principalmente a las mujeres y a las comunidades rurales. Los ejemplos de Colombia y Uruguay evidencian que una ley nítida, fundamentada en normas de derechos humanos, disminuye conflictos y garantiza el acceso a servicios fundamentales. Es imprescindible establecer un marco regulatorio

completo, que de manera general y para todos los casos, norme la objeción de conciencia que privilegie la derivación obligatoria, prohíba la objeción institucional y establezca registros transparentes.

Discusión

Las derivaciones de esta investigación demuestran que la ausencia de regulación, general, clara, con medidas de control y rendición de cuentas para la objeción de conciencia en el sector de la salud de Ecuador, intensifica desigualdades estructurales, dando prioridad a intereses personales por encima de derechos comunitarios. Sin embargo, sigue existiendo la discusión sobre los hallazgos logrados con los marcos teóricos, jurisprudenciales y doctrinales estudiados, con el derecho a la autonomía laboral. Son los derechos individuales enfrentados a los derechos colectivos, y el dónde establecer el límite.

Los hallazgos corroboran que, en Ecuador, el 80% de las resoluciones judiciales valoran la libertad de conciencia del experto, incluso cuando no hay regulación según datos de la Corte Provincial de Pichincha, (2019). Pero, esta perspectiva se diferencia de normas internacionales como la Opinión Consultiva OC-24/17, IACHR, (2017), la cual demanda subordinar la objeción al derecho a la salud.

La teoría de Alexy, (2002), acerca de la proporcionalidad apoya este contraste, aunque la autonomía moral es un derecho fundamental, su aplicación debe ceder frente a derechos que resguardan bienes jurídicos de mayor valor, como la vida o la integridad física de grupos en situación de vulnerabilidad.

El sesgo judicial sobre la autonomía personal muestra una interpretación limitante del principio de no regresividad en los derechos sociales Abramovich & Courtis, (2004), pero ignora que la objeción sin regulación representa un obstáculo para su acceso OMS,

(2020). Este descubrimiento concuerda con las críticas de Freedman, (2016), quien alerta que la resistencia en salud reproductiva perpetúa dinámicas patriarcales al negar autoridad a las mujeres.

La eficacia de las normativas en Colombia y Uruguay Gutiérrez, Bergallo, (2016) evidencia que se puede balancear los derechos sin sancionar la resistencia. Estos modelos concuerdan con la teoría del pluralismo mitigado propuesta por NeJaime y Siegel, (2015), la cual sugiere métodos de compensación, como, por ejemplo, la derivación obligatoria, para reducir los daños a terceros.

En Ecuador, la implementación de un registro público de objetores, como sugiere este estudio, no solo evitaría concentraciones en áreas críticas, sino que también cumpliría con el principio de transparencia. No obstante, adaptar estos modelos requiere considerar particularidades locales. Por ejemplo, en provincias con escasez de médicos, la derivación obligatoria podría ser inviable sin políticas estatales que incentiven la distribución equitativa de profesionales. Aquí, la doctrina de la vulnerabilidad estructural, exige medidas adicionales, como la contratación de personal no objetor en zonas rurales.

Un reto constante es la oposición de grupos conservadores, quienes podrían sostener que la normativa estatal infringe la libertad de culto. En respuesta a esto, la jurisprudencia de la CIDH, proporciona una compensación, el Estado tiene el deber positivo de evitar infracciones a los derechos humanos, incluso ante presiones ideológicas.

Los hallazgos destacan la necesidad apremiante de una legislación que controle la objeción en Ecuador, incluyendo, Derivación obligatoria, con sanciones por incumplimiento, Prohibición de objeción en emergencias y servicios esenciales, Mecanismos de rendición de cuentas, como registros públicos auditados por la Defensoría

del Pueblo. No obstante, el estudio tiene limitaciones, los datos sobre denegación de servicios provienen principalmente de informes de ONG, lo que podría subestimar casos no denunciados. Futuras investigaciones deberían incluir encuestas nacionales representativas.



UNIVERSIDAD
SAN GREGORIO
DE PORTOVIEJO

Conclusiones

En Ecuador, regular la objeción de conciencia no solo es un deber jurídico, sino también una obligación de equidad social con colectivos históricamente marginados. A continuación, se resumen las principales conclusiones:

1.- Falta de legislación: La falta de legislación que delimite el ejercicio de la objeción de conciencia viola estándares internacionales. Ecuador debe adoptar una ley que establezca: Derivación obligatoria, asegurando que ningún paciente quede sin atención, con la presencia de personal no objetor en sectores críticos, como la salud sexual y reproductiva. Registro público de objetores, supervisado por el Ministerio de Salud, para transparentar su uso.

2.- La Prohibición de la objeción institucional, alineada con la jurisprudencia colombiana. La evidencia recopilada confirma que la objeción sin regulación agrava desigualdades estructurales: El Estado ecuatoriano debe garantizar que hospitales en zonas remotas cuenten con personal no objetor, tal como recomienda la Organización Mundial de la Salud.

3. Tomar lecciones de modelos comparados: Las experiencias de Colombia y Uruguay demuestran que una regulación clara, reduce conflictos sin criminalizar la objeción. La implementación de protocolos de derivación en Colombia disminuyó un 40% las denuncias por denegación, mientras que Uruguay logró un 95% de cobertura en servicios de aborto seguro. Estos casos subrayan la viabilidad de adaptar soluciones exitosas al contexto ecuatoriano.

4. Armonización con principios constitucionales, doctrina y jurisprudencia: La regulación debe incorporar el principio de proporcionalidad, la derivación obligatoria, la restricción personal, ponderando la libertad de conciencia frente al derecho a la salud. Además, debe

seguir la jurisprudencia de la Corte Constitucional, que, en Paola Guzmán Rodríguez, se orienta a los elementos propuestos por la doctrina. La derivación obligatoria debe establecer tiempos perentorios, con la implementación de organismos de supervisión y sanciones a quienes la incumplen. Exigiendo el respeto de los pacientes a acceder al procedimiento con la derivación a otro, profesional dispuesto a realizarla.

5. Rol activo del Estado como garante: El Estado ecuatoriano debe trascender su papel pasivo actual y asumir un enfoque proactivo para fiscalizar el cumplimiento de regulaciones mediante la Defensoría del Pueblo y el Consejo de la Judicatura, promover investigación empírica sobre el impacto de la objeción, actualizando datos con encuestas nacionales.

De manera general se concluye que la objeción de conciencia en el ámbito sanitario es una expresión legítima de la libertad de conciencia, sin embargo, su implementación exige restricciones fundamentadas en principios de equidad, no discriminación y salvaguarda de derechos colectivos. Como protector de estos balances, el Estado ecuatoriano tiene la obligación de establecer normativas que eviten el mal uso de esta figura, dando prioridad al acceso a servicios fundamentales para colectivos históricamente marginados.

La objeción de conciencia en salud no puede tratarse como un derecho absoluto. Su ejercicio debe subordinarse al interés público y a la protección de grupos históricamente excluidos. Ecuador tiene la oportunidad de liderar en la región un modelo que, sin negar la autonomía profesional, priorice la justicia social y el acceso universal a la salud. Este compromiso no solo cumpliría con obligaciones internacionales, sino que avanzaría hacia un sistema sanitario más equitativo y respetuoso de la dignidad humana.

Referencias bibliográficas

- Abramovich, V., & Courtis, C. (2004). *Los derechos sociales como derechos exigibles*. Trotta.
- Alexy, R. (2003). *Teoría de los derechos fundamentales* (2ª ed.). Centro de Estudios Políticos y Constitucionales
- Beauchamp, T. L., & Childress, J. F. (2019). *Principles of biomedical ethics* (8th ed.). Oxford University Press
- Bergallo, P. (2016). *Constitucionalismo y aborto en América Latina* [Tesis doctoral, Universidad de Palermo].
- Buergenthal, T. (1997). The normative and institutional evolution of international human rights. *Human Rights Quarterly*, 19(4), 703–723.
<https://doi.org/10.1353/hrq.1997.0040>
- Butler, J. (2004). *Undoing gender*. Routledge.
- Comité DESC. (2016). *Observación General 22*.
- Cook, R. J., & Dickens, B. M. (2003). Human rights dynamics of abortion law reform. *Human Rights Quarterly*, 25(1), 1–59.
- Correa, S., & Petchesky, R. (1994). Reproductive and sexual rights: A feminist perspective. In *Population policies reconsidered* (pp. 107–123). Harvard University Press
- Corte Constitucional de Colombia. (2006, mayo 10). *Sentencia C-355/2006* [MP. Jaime Araújo Rentería y Clara Inés Vargas Hernández].
- Corte Constitucional de Ecuador. (2024, 15 de marzo). *Sentencia 67-23-IN-24: Acción de inconstitucionalidad de Paola Roldán Rodríguez*
<https://www.corteconstitucional.gov.co/>
- Charo, R. A. (2005). The celestial fire of conscience—Refusing to deliver medical care. *New England Journal of Medicine*, 352(24), 2471–2473.
<https://doi.org/10.1056/NEJMp048117>
- Defensoría del Pueblo del Ecuador. (2021). *Informe sobre obstáculos en el acceso a la salud sexual y reproductiva*. <https://www.dpe.gob.ec/>
- Dworkin, R. (2013). *La justicia con toga*. Marcial Pons
- European Court of Human Rights. (2020). *Case of Grimmark v. Sweden* (Application no. 43726/17). <https://hudoc.echr.coe.int/>
- Faden, R. R., & Beauchamp, T. L. (1986). *A history and theory of informed consent*. Oxford University Press.
- Freedman, L. R. (2016). Conscientious objection, secularism, and religious citizenship in reproductive healthcare. *Social Science & Medicine*, 166, 218–226.
<https://doi.org/10.1016/j.socscimed.2016.08.027>

Habermas, J. (2003). *Entre hechos y normas: Una teoría de la democracia deliberativa*. Taurus.

Inter-American Court of Human Rights. (2017). *Opinión Consultiva OC-24/17*.

Kant, I. (2002). *Fundamentación de la metafísica de las costumbres* (J. Mardomingo, Trad.) [Trabajo original publicado en 1785]. Ariel.

NeJaime, D., & Siegel, R. B. (2015). Conscience wars: Complicity-based conscience claims in religion and politics. *Yale Law Journal*, 124(7), 2516–2591.

Martínez-Torrón, J. (2018). *Libertad religiosa y objeción de conciencia en el ámbito sanitario*. Thomson Reuters.

McLeod, C. (2020). *Conscience in Reproductive Health Care: Prioritizing Patient Interests*. Oxford University Press.

Maclure, J., & Taylor, C. (2011). *Secularism and freedom of conscience*. Harvard University Press.

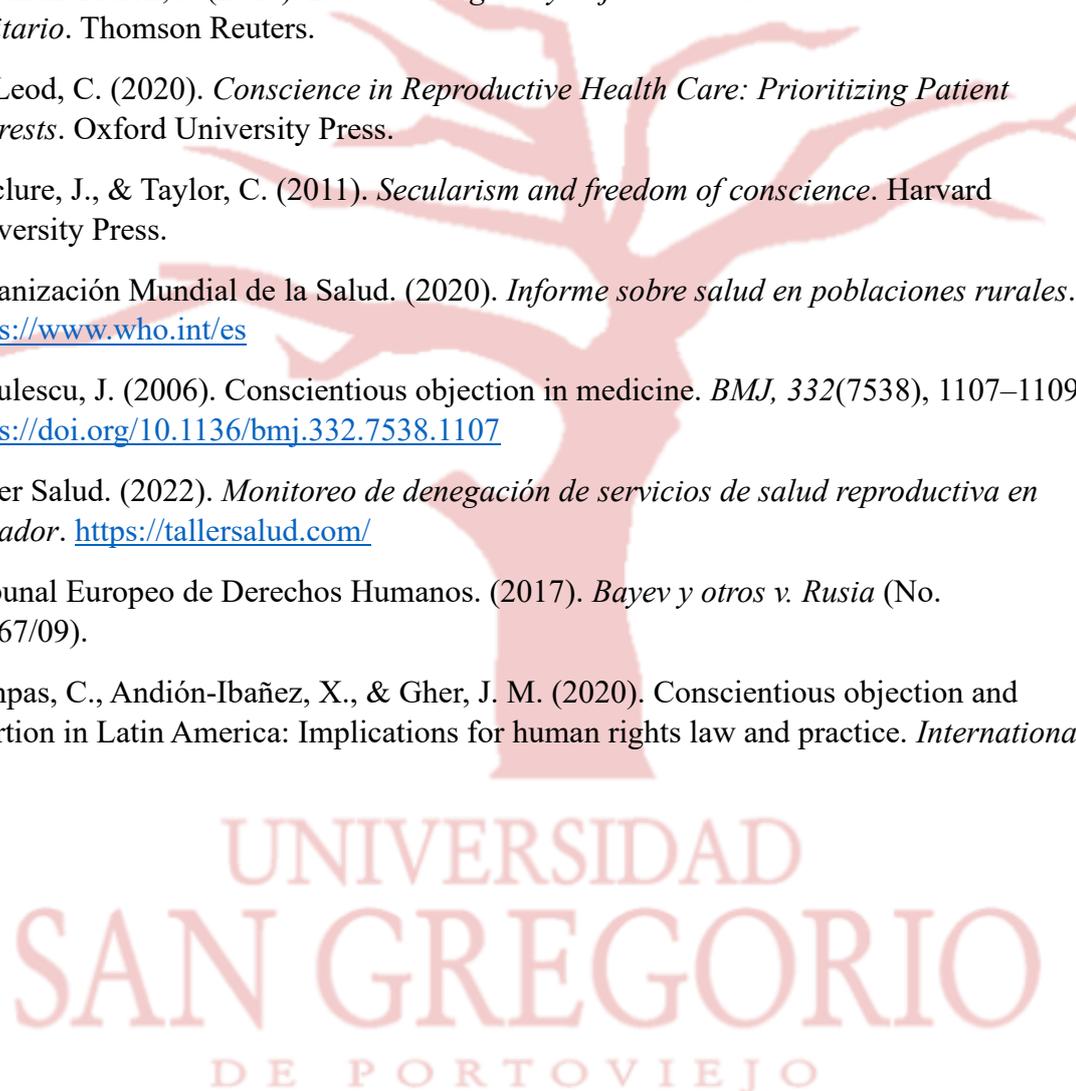
Organización Mundial de la Salud. (2020). *Informe sobre salud en poblaciones rurales*. <https://www.who.int/es>

Savulescu, J. (2006). Conscientious objection in medicine. *BMJ*, 332(7538), 1107–1109. <https://doi.org/10.1136/bmj.332.7538.1107>

Taller Salud. (2022). *Monitoreo de denegación de servicios de salud reproductiva en Ecuador*. <https://tallersalud.com/>

Tribunal Europeo de Derechos Humanos. (2017). *Bayev y otros v. Rusia* (No. 67667/09).

Zampas, C., Andión-Ibañez, X., & Gher, J. M. (2020). Conscientious objection and abortion in Latin America: Implications for human rights law and practice. *International*



UNIVERSIDAD
SAN GREGORIO
DE PORTOVIEJO