



CONSIDERACIÓN DEL ESTATUS MORAL DEL EMBRIÓN POR PARTE DE GINECÓLOGOS/GINECÓLOGAS EN URUGUAY EN 2020

Unidad Académica de Bioética, Facultad de Medicina, Udelar

Ciclo de Metodología Científica II-2020

GRUPO N°10

Orientadoras: Prof. Adj. Dra. Marianela Barcia, Ay. Dra. Analía Ríos

Autores:

Br. Caracciolo J.M

Br. González V. -

Br. Martínez P. -

Br. Sanguinete L.

Br. Trindade D. -

Br. Vallejo J. -

15 de noviembre de 2020

ÍNDICE DE CONTENIDOS

Resumen	3
Introducción	4
Marco teórico	7
Objetivos	13
Metodología	14
Consideraciones éticas	17
Resultados	17
Discusión	24
Conclusiones	28
Recursos necesarios	30
Presupuesto	30
Bibliografía	31
Anexos	35

RESUMEN

Introducción: La Ley de Interrupción Voluntaria del Embarazo (IVE) vigente desde 2012, contempla la posibilidad de que médicos ginecólogos y ginecólogas objeten conciencia, negándose a prestar un servicio al que se oponen por ser contrario a sus principios, creencias religiosas, éticas, morales u otras. La ley de reproducción humana asistida, vigente desde 2013, comprende procedimientos que incluyen la manipulación tanto de ovocitos como de espermatozoides o embriones humanos para el establecimiento de un embarazo. Esto incluye, entre otros, la fecundación *in vitro*.

Objetivo. Determinar si la objeción de conciencia ejercida por parte del profesional médico ginecólogo y ginecóloga en Uruguay, guarda relación o no con la concepción del estatus moral del embrión, y si este difiere según la forma de fecundación (*in vivo* o *in vitro*).

Métodos. Estudio observacional, descriptivo y transversal. Se utilizó encuesta de tipo cerrada múltiple opción. Criterios de inclusión: ginecólogos/as en ejercicio en Uruguay al momento de la recolección de datos. Los resultados se analizaron en frecuencias absolutas, esperadas y en porcentajes; se utilizó test de Chi².

Resultados. 276 ginecólogos/as respondieron la encuesta (31.68%). 33% objetaron conciencia a IVE, 3.6% a fecundación *in vitro* y 2.86% a ambos. Existe asociación estadística significativa entre objeción de conciencia a IVE y: género, la edad, departamento de procedencia, religión, y edad gestacional en la que el embrión/feto se considera persona. No existe asociación estadística significativa entre objeción de conciencia a fecundación *in vitro* y las variables relevadas.

Conclusiones. De acuerdo a los resultados se concluye que para la gran mayoría de los ginecólogos y ginecólogas existen diferencias en la concepción moral del embrión, dependiendo si es producto de una fecundación *in vivo* o *in vitro*.

Palabras clave: Bioética. Objeción de conciencia. Interrupción voluntaria del embarazo. Fecundación *in vitro*. Reproducción humana asistida. Estatus moral del embrión.

ABSTRACT

Introduction: Voluntary Interruption of Pregnancy law (VIP) in force since 2012, contemplates the possibility of conscientious objection by gynecologists, allowing them to refuse to provide a service to which they oppose for being contrary to their principles, religious, ethical or moral beliefs. The assisted human reproduction law, in force since 2013, includes procedures such as oocyte and

spermatozoon manipulation, and manipulation of human embryos to generate a pregnancy. This includes *in vitro* fertilization, among other techniques.

Objective: The aim of this study was to determine whether gynecologists' conscientious objection in Uruguay is related to the conception of the moral status of embryos, and whether or not this differs according to the way of fertilization (*in vivo* or *in vitro*).

Method: An observational, descriptive and cross-sectional study was carried out by applying a multiple-choice closed survey. Inclusion criteria: gynecologists working in Uruguay at the time of the data recollection. The results were analyzed in percentages, absolute and expected frequencies; the chi-square test was used.

Results: The data was analyzed from 276 gynecologists who answered the survey (31.68%). 33% of them are conscientious objectors to abortion, 3.6% to *in vitro* fertilization and 2.86% to both. There is evidence of significant statistical association between conscientious objection to VIP and: gender, age, department of precedence, religion and gestational age to which the embryo/fetus is considered a person. There is no significant association between conscientious objection to *in vitro* fertilization and the surveyed variables.

Conclusions: According to the results, it is concluded that to the great majority of gynecologists there are differences in the conception of the moral status of the embryos, depending on the way they are conceived (*in vivo* or *in vitro* fertilization).

Key words: Bioethics. Conscientious objection. Voluntary Termination of Pregnancy. In Vitro Fertilization. Assisted human reproduction. Moral status of the embryo.

INTRODUCCIÓN

En Uruguay, la Interrupción Voluntaria del Embarazo (IVE) es legal hasta las 12 semanas de gestación; se podrá realizar fuera de este plazo hasta las 14 semanas en caso de violación, y sin plazo requerido cuando sean detectadas malformaciones fetales incompatibles con la vida o cuando exista riesgo grave para la salud de la mujer ¹. Enmarcada dentro de la ley (Ley N° 18.987) vigente desde el año 2012, se contempla la posibilidad de que los médicos ginecólogos/as objeten conciencia, negándose de esta manera a prestar un servicio al que se oponen por ser contrario a sus principios, creencias religiosas, éticas, morales o de otra índole. En el siguiente año se aprueba la ley de Regulación de Técnicas de Reproducción humana asistida (Ley N°19.167).

Las técnicas de reproducción asistida de alta complejidad comprenden tratamientos o procedimientos que incluyen la manipulación tanto de ovocitos como de espermatozoides o embriones humanos para el establecimiento de un embarazo. Esto incluye, entre otros, la fecundación *in vitro* (la unión del óvulo y el espermatozoide ocurre fuera del aparato genital femenino) y la transferencia de embriones, la criopreservación de embriones, la donación de ovocitos y embriones y el útero subrogado. En todos los casos, ya sea que las mujeres tengan o no éxito con el procedimiento y consiguen el embarazo, quedan embriones sin utilizarse y se debe decidir su destino: la criopreservación, la donación o el descarte ².

Esta investigación va dirigida hacia la valoración moral de embriones. Es decir, a si existen diferencias en la consideración moral del embrión dependiendo de si fue generado a través de fertilización *in vitro* o no, y si la forma en la que son concebidos estos embriones influye a la hora de objetar conciencia.

El procedimiento de la fertilización *in vitro* produce un excedente de embriones que posteriormente se criocongelarán. Esta forma de preservación disminuye la viabilidad de los embriones por lo que eventualmente serán descartados los sobrantes, no utilizándose para la implantación todos los producidos *in vitro*. Esto se debe a que luego de producida la fertilización de los ovocitos, sólo se podrán transferir dos embriones por ciclo, por un máximo de tres ciclos, salvo excepciones concretas donde el máximo de embriones transferidos aumenta a tres. Los embriones no transferidos en esta oportunidad o que son producto de un proceso interrumpido deberán preservarse para procesos futuros siempre que no hayan sido descongelados.

El interés en recabar datos sobre este tema radica en la falta de conocimiento al respecto, dado que no se encuentran investigaciones dedicadas específicamente a comparar la objeción de conciencia en relación a la IVE con la objeción en relación a las técnicas de reproducción humana asistida (en particular a la fertilización *in vitro*). Sí existe extenso material, incluyendo estudios descriptivos sobre la objeción de conciencia en IVE. Sin ir más lejos, en el año 2014 se llevó a cabo un estudio sobre la situación en aborto y salud sexual y reproductiva en el departamento de Salto ³, donde quedó en evidencia que el 100% de los ginecólogos/as realizaban objeción de conciencia al aborto. Este estudio sirvió de puntapié inicial para repetir este modelo de estudio en otros departamentos.

En el año 2015 se llevado adelante un estudio por parte de la ONG Mujer y Salud Uruguay (MYSU) sobre los servicios de aborto en los departamentos de Río Negro, Soriano y Paysandú ⁴, el cual arrojó que en Paysandú hay 16 ginecólogos/as en ejercicio de los cuales 13 realizan objeción de conciencia

(81%). En Río Negro, se encuentran trabajando 7 ginecólogos/as, de los cuales 3 son objetores de conciencia. De Soriano no se pudieron recabar datos por disposición de las instituciones de salud.

El siguiente año, la misma ONG realizó una investigación similar para los departamentos de Florida, Maldonado y Rivera ⁵. En ese año en el departamento de Florida sólo 1 de los 12 ginecólogos/as en ejercicio objetaron conciencia (8.3%). En Maldonado, si bien en todos los centros de atención (tanto públicos como privados) hay disponibles ginecólogos/as que realizan IVE, el porcentaje de objeción de conciencia ronda el 76.6%, mientras que en Rivera son 12 los ginecólogos/as actuantes de los cuales 8 objetan conciencia (66.6%).

Posteriormente, entre el año 2016 y 2017, la organización MYSU realizó otro estudio de esta índole, pero esta vez orientados a los departamentos de Montevideo, Cerro Largo y Rocha ⁶, donde se evaluaron las objeciones de conciencia en distintos departamentos del país, reflejando que en Montevideo un 52,9% de ginecólogos/as eran objetores de conciencia, mientras que este porcentaje ascendía a 66% en Cerro Largo, llegando al 100% en Castillos (Rocha).

Sumado a esto, un informe realizado en el año 2018 por la organización MYSU en conjunto con la Coalición Internacional para la Salud de la Mujer ⁷, reveló que en el norte y litoral oeste del país los niveles de objeción de conciencia al aborto por parte de los profesionales en ginecología se encuentran entre el 60-80% de ellos, mientras que en la zona sur estiman que menos del 30% de los profesionales realizan interrupciones voluntarias del embarazo. También se encontró diferencia entre los sectores de salud, con un 53% de objeciones de conciencia en sectores públicos y 27% en sectores privados.

Es importante destacar un documento de diciembre 2018 elaborado por la Comisión Sectorial de Población y Desarrollo y presentado al poder ejecutivo sobre el recurso de objeción de conciencia y su influencia en la prestación de los servicios legales de aborto y el acceso a los mismo ³. El mismo destaca que a pesar de que Uruguay ha logrado importantes avances en materia de Salud Sexual y Reproductiva y derechos sexuales con respecto a los países vecinos, todavía se presentan barreras para la aplicación de la Ley de IVE por motivos de objeción de conciencia ⁸.

No se han encontrado estudios acerca de la objeción de conciencia en técnicas de reproducción humana asistida de alta complejidad.

Puesto de esta manera, nada responde a la siguiente interrogante: *¿Existe diferencia en la valoración del estatus moral del embrión in vivo o in vitro por parte de los ginecólogos y ginecólogas a la hora de objetar (o no) conciencia?*

MARCO TEÓRICO

El presente trabajo abarca, por su temática, conceptos como la objeción de conciencia, la interrupción voluntaria del embarazo y la reproducción humana asistida, haciendo especial enfoque en la consideración moral que los profesionales de ginecología en nuestro país tienen sobre el embrión.

Antes de presentar en esta sección ciertos conceptos con el fin de aclarar y llevar a la correcta interpretación de los mismos, es pertinente mencionar algunos trabajos similares que se han llevado a cabo en Uruguay.

En el marco de una búsqueda de estudios descriptivos realizados en nuestro país que abordan la temática de Interrupción Voluntaria del Embarazo, objeción de conciencia y/o técnicas de reproducción, obtuvimos un informe sobre la prevalencia de la objeción de conciencia a procedimientos de IVE en varios departamentos en Uruguay, donde los dividieron en niveles bajos de objeción de conciencia (<30%), moderados (30%-60%), altos (>60%) y localidades con 100% de ginecólogos/as objetores de conciencia. Dicha investigación ^(6, 7, 8, 9) fue realizada por el Observatorio Nacional en Género y Salud Sexual y Reproductiva, el cual forma parte de la organización no gubernamental “Mujer y Salud Uruguay”. Los resultados arrojados por este estudio indican que la objeción de conciencia supera el 60% en 6 de los 10 departamentos monitoreados (Salto, Paysandú, Río Negro, Soriano, Rivera y Cerro Largo), habiendo localidades con 100% de objetores (Mercedes, capital de Soriano; Young, segunda ciudad más importante de Río Negro; y Castillos, tercer centro más poblado de Rocha). Dentro de los departamentos con bajo nivel de objeción de conciencia incluidos en el estudio se encuentran, Montevideo, Maldonado y Florida.

En el área salud la objeción de conciencia se puede presentar frente a diversas situaciones, por ejemplo, suspender tratamientos médicos, eutanasia, transfusión sanguínea, trasplante de órganos y frente al aborto, pero antes de hablar de objeción de conciencia debemos preguntarnos ¿qué es la conciencia?

Hay numerosas maneras de definir la conciencia, como propiedad del espíritu humano de reconocerse en sus atributos esenciales y en todas las modificaciones que en sí mismo experimenta, o como conocimiento interior del bien y del mal ¹⁰. Pero más de interés para este trabajo es la definición de conciencia desde la bioética (ya que es el enfoque desde el cual es realizado), donde habla de la responsabilidad de entender entre el bien y el mal y se refiere precisamente a la conducta correcta, al cumplimiento ético adecuado en el ejercicio de un deber profesional y/o humano que deje claro nuestros valores como personas ¹¹.

Si integramos las definiciones anteriores podemos concluir que la conciencia implica una diferenciación entre lo correcto e incorrecto y lo moral e inmoral (de acuerdo al individuo) acerca de las situaciones que se le presenten, y de esta manera obrar de acuerdo con ella. Por lo tanto, la objeción de conciencia es la negativa de una persona a someterse a una conducta jurídicamente exigible por motivos de conciencia ¹². Este ejercicio implica un comportamiento pasivo por lo que no debe vincularse a la acción o lucha política, ya que su fin no debe ser modificar la ley o que se reconsidere la misma, sino proteger la rectitud de su conciencia. Este derecho deriva del principio fundamental de la libertad de conciencia. Es un comportamiento omisivo, hace referencia a no cumplir con un deber jurídicamente impuesto. Debe ser completamente personal e individual, fundado en razones de suma trascendencia para el sujeto. No supone sanción o discriminación de tipo alguno, siempre que sea pasiva e individual ¹³.

En este caso, el objetor debe motivar su comportamiento en profundas, íntimas y sinceras convicciones, a partir de las cuales rechaza el deber o la conducta que la norma exige, por considerar que la misma le ocasiona un grave mal moral y por tanto, se halla dispuesto a sufrir cualquier tipo de pena, antes que llegar a violentar su conciencia ¹³.

En cuanto a la objeción de conciencia en el ámbito sanitario, existe un conflicto entre el derecho del individuo a actuar de acuerdo a sus convicciones morales y la obligación del Estado de asegurar el acceso a los servicios en cuestión ¹⁴. Por esto, se dice que la objeción de conciencia no es un derecho absoluto; está sujeto a condiciones y limitaciones que aseguren que los pacientes que demandan un procedimiento reciban información completa y sean respetados en sus solicitudes, garantizando así el derecho de la paciente y que la objeción de conciencia no se convierta en una barrera para el acceso a los servicios legales de aborto ⁹. Además, desde el punto de vista ético no hay derecho a influir sobre las decisiones del paciente, sería una violación a su autonomía, y el respeto a la autonomía es un principio ético fundamental.

Como se menciona en la introducción, la Interrupción Voluntaria del Embarazo es legal en Uruguay según la Ley 18.987 ¹ hasta las doce semanas de embarazo y tiene como requisito que se cumpla con un procedimiento que implica consulta con un equipo interdisciplinario integrado por profesionales de la ginecología de la psicología y de la asistencia social. Estos requisitos no son exigibles en 3 situaciones: cuando el embarazo es resultado de una violación (en cuyo caso el plazo para interrumpirlo se extiende a catorce semanas, requiriendo presentar denuncia), y sin plazo exigible cuando hay malformaciones fetales incompatibles con la vida extrauterina o ante riesgo grave para la salud de la mujer ¹⁵. La regulación de la ley garantiza el acceso universal a la prestación a todas las mujeres que cumplan con los requisitos establecidos, en concordancia con el principio de justicia. El

artículo 11 de la Ley 18.987, reglamentada por el Decreto Nº 375/012 ¹⁶, establece la posibilidad de objetar conciencia por parte de los médicos ginecólogos/as ¹. No obstante, el estado exige a quien objeta que el ejercicio de este derecho tenga como límite el respeto de los derechos de otras personas, de manera tal que quien objeta debe cumplir con el deber de asegurarse que su paciente reciba tratamiento por otro profesional de la salud ¹⁷.

Se trata de regular de forma práctica el ejercicio de la objeción de conciencia y de agilizar los trámites de prestación del servicio por parte de otro profesional no objetor (no aplica en situaciones de emergencia en que no se pueda realizar una derivación oportuna). La reglamentación de la objeción de conciencia protege la libertad de conciencia y la autonomía de profesionales directamente involucrados en el procedimiento como manifestación del respeto hacia las minorías de esta sociedad. Debe ser diferenciada de la desobediencia civil, donde se intenta obstaculizar las decisiones autónomas de la mujer a través de la presión de colectivos que pretenden ejercer un poder heterónimo sobre las conciencias morales individuales ¹⁴.

Desde el punto de vista bioético, existe un respeto por la autonomía de la mujer que decide la interrupción del embarazo dentro de los plazos establecidos en la Ley. Es la efectivización de los principios de beneficencia y no maleficencia porque la mujer accede a la prestación sin exponerse a maniobras clandestinas potencialmente dañinas para su salud o su vida ¹⁴.

Según el análisis realizado en 2016 por el Dr. Francisco Cópola y el Dr. Leonel Briozzo ¹⁸, se pueden reconocer cuatro tipos de objetores de conciencia. Los podemos dividir en aquellos “con lealtad al deber” (dentro de los cuales hay objetores y no objetores) y aquellos “sin lealtad al deber” (dentro de los cuales se encuentran los objetores y los pseudo-objetores).

Los ginecólogos/as con lealtad al deber que no son objetores de conciencia son aquellos que, previo al período de reforma de la ley, trabajaban en el modelo de reducción de riesgo y daño. Es decir, aquellos que implementaron el modelo de cuidados pre y post-aborto basados en la defensa de derechos y bioética (defendiendo la autonomía personal de las mujeres, el secreto médico y confidencialidad).

Los ginecólogos/as con lealtad al deber que son objetores de conciencia ven esta desde una perspectiva legítimamente bioética. No bloquean la aplicación de la ley de IVE ni se oponen al derecho de los pacientes a acceder a la misma. Son los que protegen su conciencia mediante la objeción, pero al mismo tiempo se aseguran que todas sus pacientes tengan acceso a estos servicios.

Los ginecólogos/as sin lealtad al deber que objetan conciencia son el grupo minoritario que ponen sus conceptos por delante de las leyes y de las necesidades de las pacientes. Adoptan actitudes poco éticas

al usar la objeción de conciencia para impedir el acceso a la interrupción voluntaria del embarazo (la cual no está penalizada por ley), violando derechos y socavando el empoderamiento de las mujeres. Suelen estar vinculados a grupos religiosos.

Por su parte, los pseudo-objetoires son un grupo aún más pequeño que no ejercen una objeción de conciencia real y honesta, pero buscan bloquear la aplicación de la ley de IVE por razones de conveniencia, ya sea por sus intereses políticos y otros. De esta manera expresan una objeción de conciencia falsa.

Es gracias a ginecólogos y ginecólogas con lealtad al deber (sean objetoires de conciencia o no) que la implementación de la ley de IVE fue y es exitosa en Uruguay, con una drástica disminución de muertes maternas relacionadas al aborto ¹⁸.

En el caso de las técnicas de reproducción asistida las barreras de acceso están más relacionadas con los costos y con los pocos recursos disponibles que a la objeción de conciencia ¹⁹. En el caso de Uruguay, el acceso a las técnicas de reproducción humana asistida se considera un derecho desde el año 2013 con la aprobación de la Ley 19.167 ²⁰, la cual determina que se incluyan dentro de las prestaciones que brinda el sistema Nacional Integrado de Salud (SNIS). Este derecho tiene su origen a través de la lucha de familias o parejas que intentan procrear, no lográndolo por medios habituales. Vale mencionar que la cobertura financiera del Fondo Nacional de Recursos (FNR) en el caso de los procedimientos de alta complejidad, incluye 3 ciclos de estimulación/intentos, cada uno de ellos con hasta 3 transferencias embrionarias ²¹. Para estos procedimientos de reproducción asistida de alta complejidad el FNR cobra un copago, el cual será variable de acuerdo al ingreso per cápita promedio de los interesados ²².

En Uruguay en 1987 el Dr. Gerardo Bossano crea el Centro de Esterilidad de Montevideo (CEM). En dicho Centro se realiza la recuperación del primer ovocito humano en el año 1988 ¹. La primera fertilización in vitro en el año 1989 y el primer embarazo por fertilización in vitro en el año 1990. Siendo hasta el día de hoy junto con el Centro CERHIN (Montevideo, Salto, Maldonado) y la Clínica Suizo Americana los centros habilitados por el Fondo Nacional de Recursos para la realización de Reproducción Asistida. De este modo, vemos cómo si bien se comenzó a implementar esta técnica hace varias décadas, es recién en el año 2013 que se promulga la Ley que la regula.

La ley tiene por objeto regular las técnicas de reproducción humana asistida acreditadas científicamente, así como los requisitos que deben cumplir las instituciones públicas y privadas que las realicen. A tales efectos se entiende por técnicas de reproducción humana asistida el conjunto de

procedimientos que incluyen la manipulación de gametos o embriones humanos para el establecimiento de un embarazo ²⁰.

Las implicancias de la promulgación de esta ley giran en torno a reconocer el acceso a estas técnicas como un derecho, que como tal, posiciona a que los ciudadanos y ciudadanas puedan aspirar en lugar de poder exigir, superando - al menos en parte - las diferencias que en el acceso se derivaban por distintas posibilidades socio-económicas, con independencia de su capacidad de pago como resultaba hasta el momento.

Con el fin de exponer la situación actual de dicha técnica en el Uruguay, es necesario precisar algunos conceptos que son definidos en el marco jurídico de nuestro país.

Cuando hablamos de técnica de reproducción asistida nos referimos a todos los procedimientos que incluyen la manipulación tanto de ovocitos como de espermatozoides o embriones humanos para el establecimiento de un embarazo. Esto incluye a la fecundación in vitro y la transferencia de embriones, transferencia intratubárica de gametos, cigotos o embriones, la criopreservación de ovocitos y embriones, y el útero subrogado ²².

Diferente son las técnicas de reproducción humana asistida de alta complejidad, en las cuales la unión entre óvulo y espermatozoide se dan fuera del aparato genital femenino, transfiriéndose a éste los embriones resultantes, sean estos criopreservados o no; entendiendo por criopreservación a la congelación o la vitrificación y almacenamiento de gametos, cigotos, embriones o tejido gonadal ^(22, 23). En el marco de este trabajo nos referimos a este tipo de técnicas y dentro de ellas a la criopreservación de embriones.

Si bien podemos encontrar posturas divergentes en relación a la pregunta ¿qué es un embrión? o ¿desde y hasta cuándo consideramos que estamos frente a un embrión? En nuestra legislación se dispone lo siguiente: *“Embrión: Término usado para describir las primeras etapas del feto. Corresponde al producto de la división del cigoto desde la primera división celular hasta la semana 8 después de la fecundación. Suele diferenciarse embrión de pre-embrión, siendo éste el conjunto de células totipotenciales desde la fecundación hasta el día 14, ya que, desde un punto de vista biológico, la diferenciación celular embrionaria comienza a partir del día 14. Decreto 84/15)”* ²².

Un embrión criopreservado es aquel que permanece expuesto a muy bajas temperaturas con el fin de mantener su integridad y funcionalidad en el tiempo ²⁴.

En nuestro país, la conservación del embrión está regulada por la Ley N° 19.167. La misma establece que los embriones no transferidos se conservarán por dos años con financiamiento por parte del Fondo

Nacional de Recursos; y en caso de que la mujer no pueda recibir los embriones en los periodos mencionados podrá mantenerse la criopreservación de embriones por mayor período de tiempo a costo de la mujer ²⁵.

La Comisión Honoraria de Reproducción Humana Asistida promoverá la sanción de una norma legal que regule el destino final de los embriones una vez vencido el plazo legal de dos años, o de la prórroga convencional, en su caso ²⁵. Pese a haber realizado una búsqueda sobre esta regulación, no se encontró información pública al respecto.

Frente al destino final de los embriones criopreservados surgen algunas preguntas: ¿cuáles son las discusiones bioéticas que se plantean en nuestro país entorno a la práctica de esta técnica?, ¿estas discusiones guardan alguna similitud con las planteadas en torno al IVE en cuanto al embrión?, ¿se plantean de igual modo que en el IVE las objeciones de conciencia?

En la bioética, una de las cuestiones principales es la de cuándo se le debe conferir estatus moral a un embrión; y las implicancias de la determinación del estatus moral del embrión repercutirán en la cuestión de la interrupción de embarazo y la fecundación in vitro, entre otras.

La crioconservación de embriones, como ya mencionamos, es un destino alternativo para los embriones sobrantes de cualquier técnica de reproducción asistida. Sin embargo, algunos de estos embriones no vuelven a ser utilizados, lo que permite su donación a la investigación o al desecho de los mismos (al no ser útiles en la reproducción asistida). Esto genera el debate sobre la cosificación del embrión, la pertinencia de su uso y, por ende, la búsqueda de su estatuto moral como persona humana ²⁶.

Lo que debe considerarse al momento de definir el estatus moral del embrión, es que se trata de una “persona potencial” y no de una persona, de modo que no puede tener las prerrogativas de esta última, pero tampoco significa que no debamos tener frente a ellos ningún tipo de consideración moral ²⁷. Muchos bioeticistas han defendido que al embrión le corresponde un estatus moral intermedio.

Diversos autores rechazan la idea de que el embrión merece, en virtud de su potencial, un estatus moral idéntico al de un ser humano. En cambio, tienen en cuenta diversos indicadores de desarrollo como puntos definitorios que señalan el comienzo de la vida, ya sea que el origen de la persona se da en la concepción, o desde la implantación (alegando que el proceso de desarrollo se vuelve más dependiente de procesos espontáneos), o desde el día catorce aproximadamente, puesto que desde ese momento ya no se pueden formar gemelos espontáneamente (considerando que algo esencial de la

persona es su unicidad y unidad). Otros defienden que la persona existe desde la formación del sistema nervioso central por cuanto lo relevante moralmente es la capacidad de sentir dolor²⁸.

No hay una respuesta exacta en cuanto a cuándo un embrión se convierte en persona, pero coinciden en que el embrión no tiene el mismo valor moral que una persona.

Desde el punto de vista legal y según la Corte Interhumana de Derechos Humanos (CIDH), no es procedente otorgar estatus de persona al embrión, dado que no es factible sostener que un embrión sea titular y ejerza los derechos consagrados en cada uno de los artículos que usen la expresión “toda persona”. Teniendo en cuenta que la concepción sólo ocurre dentro del cuerpo de la mujer (porque el embrión fuera del claustro de la mujer es de por sí una entidad inviable), se concluye que el objeto directo de protección es fundamentalmente la mujer embarazada, dado que la defensa del no nacido se hace a través de la protección de la mujer²⁹. Esto tiene implicancias especialmente en dos ámbitos de la medicina, en la fertilización asistida y en el aborto.

La CIDH cita el Convenio para la Protección de los Derechos Humanos y la Dignidad del Ser Humano donde se habla de dignidad del embrión. Esta dignidad es una dignidad conferida, ya que sólo las personas pueden tener dignidad inherente y pueden conferir dignidad a quienes no tengan (embrión). Esta dignidad conferida genera una obligación moral para quien la confiere. Siendo que la dignidad conferida no puede gozar del mismo respeto que el que goza la dignidad inherente, cuando entren en conflicto ambas dignidades es esta última la que primará y por lo tanto el grado de protección debido al embrión no es semejante al de una persona²⁹.

OBJETIVOS

Objetivo general:

Determinar si la objeción de conciencia ejercida por parte del profesional médico ginecólogo y ginecóloga en Uruguay, guarda relación o no con la valoración moral del embrión, y si este difiere según la forma de fecundación (*in vivo* o *in vitro*).

Objetivos específicos:

- Conocer la cantidad de ginecólogos/as en ejercicio en el país.
- Determinar el modelo de la encuesta.
- Conocer la población de ginecólogos/as que nos proponemos trabajar en cuanto a edad, género, nacionalidad, departamento de procedencia y departamento donde ejercen, el prestador de salud para el cual prestan servicio (público/privado), la religión, y en qué

momento del desarrollo consideran persona al embrión/feto, así como la postura en cuanto a la IVE y a la fecundación in vitro.

- Analizar los resultados encuestales, comparando objeción de conciencia en IVE y en fecundación in vitro.
- Determinar si las variables independientes ejercen una influencia significativa en las variables dependientes.
- Difundir los resultados de dicho análisis en los espacios previamente establecidos.

METODOLOGÍA

Este trabajo es un estudio de tipo descriptivo, observacional y transversal, realizado en el período marzo - noviembre del año 2020 a través de una encuesta cerrada de tipo múltiple opción, diseñada para abarcar las variables en estudio. Seleccionando, como criterios de inclusión, a ginecólogos/as ejerciendo la profesión en Uruguay al momento del relevamiento de datos y excluyendo a aquellos que actualmente no ejerzan como ginecólogos/as y a quienes no quieran formar parte de la investigación. Se utilizará material bibliográfico de apoyo, obtenido a través de Medline (servidor PubMed), buscador Timbó Foco, web del Ministerio de Salud Pública del Uruguay y Fondo Nacional de Recursos.

En cuanto a la elaboración de la encuesta, fue posible extraer ciertas preguntas de investigaciones similares ^(24, 25, 26, 27, 28), ya que no hubo éxito en la búsqueda específica de este tema de investigación. Se realizaron modificaciones en algunas preguntas para adaptarlo mejor al objetivo. Para corroborar su correcta interpretación, se consultó a 4 profesionales ginecologicos quienes dieron una devolución positiva de las mismas. Se realizó la encuesta por medio de Google Drive con su plataforma de Formularios (Google Forms), que luego será capaz de exponer los datos procesados de las preguntas sin evidenciar el autor de las respuestas, además la plataforma proporciona una Hoja de Cálculo en la cual realizaremos la operacionalización de las variables de estudio, y el análisis con la prueba de chi².

Para llegar al universo a encuestar se difundió un enlace (link/vínculo) a través de correos electrónicos y red social Whatsapp a nuestra población objetivo por medio de la Sociedad de Ginecología del Uruguay y de la Sociedad de Ginecotocología del Interior del Uruguay, además de contar con la colaboración de Mutualistas y Hospitales de diferentes puntos del país para la difusión de la misma.

En cuanto a las variables a estudiar, definiremos como variables dependientes a aquellas que queremos investigar y que buscamos determinar si se ven afectadas por las demás, en este caso son dos variables cualitativas dicotómicas y apuntan a la objeción de conciencia de los ginecólogos/as ante los procedimientos que podrían descartar embriones: objeción de conciencia a la interrupción voluntaria del embarazo y objeción de conciencia a la fecundación in vitro.

Las variables independientes son aquellas que creemos puedan influenciar a las dependientes y son ocho: la edad de los participantes, el género, su nacionalidad, el departamento de procedencia y el/los departamentos donde ejercen, el sector (público/privado), su religión y el momento del desarrollo a partir del cual consideran que el embrión/feto es persona.

A la edad la definiremos como la cantidad de años cumplidos por el participante al momento de realizar la encuesta. Para su estudio la agrupamos en intervalos de cinco clases cerradas de grupos etarios desde los 20 a los 69 años, cada clase incluye 10 años, por lo que se analizará como una variable cualitativa de tipo nominal para así poder aplicar el test de X^2 , con distribuciones de frecuencias y porcentajes.

En cuanto al género de cada participante, lo definimos como una variable cualitativa de tipo nominal. En este punto el participante puede sentirse libre de elegir entre; masculino, femenino y, si no considera pertenecer a estos últimos, seleccionar la opción; Otro.

La nacionalidad corresponde al país de nacimiento de cada participante, para este punto se adjuntó a la encuesta la posibilidad de seleccionar entre todos los 258 países del mundo. Se considera a esta una variable cualitativa nominal.

Tomamos el departamento de procedencia como variable cualitativa nominal, en donde sólo consideramos los departamentos de Uruguay, y por lo tanto a los participantes de nacionalidad uruguaya para este punto, pudiendo seleccionar el lugar de nacimiento entre los 19 departamentos.

En cuanto al departamento donde trabaja; variable cualitativa nominal. El participante es capaz de seleccionar más de una alternativa, limitada a los 19 departamentos de Uruguay.

Respecto al sector público/privado en donde el participante desempeña su función como ginecólogo/a (con la posibilidad de seleccionar más de una alternativa), se considera una variable cualitativa nominal.

La religión es una variable cualitativa nominal. Tomando en cuenta que la religión es un concepto polisémico, la definiremos como un conjunto de creencias o dogmas acerca de la divinidad, sentimientos de veneración y temor, normas morales para la conducta individual y social, entre otras características. En este punto el participante elige entre las opciones; ninguna, ateo, agnóstico, católico, cristiano, judío, protestante, mormón u otro. Operacionalizada mediante porcentajes.

El momento del desarrollo en que considera que el embrión/feto es una persona, entendiendo por persona a la particularidad de los seres humanos de ser una especie cuya naturaleza es racional y

estando muy vinculado al concepto de dignidad que funda la presencia de los derechos humanos, se considera una variable cualitativa nominal. Esta es de suma importancia para valorar el estatus moral del embrión atribuido por cada participante. Para estudiarla se separó por clases cerradas a las edades gestacionales (semanas 1-10; 11-20; 21-30; 31-40) y agregamos las opciones: inmediatamente a la fertilización y ninguna, caso el participante no la pueda definir dentro de uno de los rangos o considere que sólo es persona luego del nacimiento.

Para cumplir con el objetivo general, relacionamos las dos variables dependientes relevadas en la encuesta con el fin de identificar si existen diferencias entre aquellos que objetan conciencia a la interrupción voluntaria del embarazo y no lo hacen a la fecundación *in vitro*, y viceversa (teniendo estos procedimientos la consecuencia del descarte de embriones). De esta manera fue posible definir si existen o no diferencias en la valoración moral del embrión, puesto que estos dos procedimientos difieren en la forma de concepción del embrión; *in vivo* o *in vitro*. Valoramos también las respuestas en relación a cuándo el embrión/feto es considerado persona, analizando si esto se tiene en cuenta al objetar conciencia.

Se realizó un entrecruzamiento entre los datos de las variables dependientes e independientes para dar cumplimiento a los objetivos específicos. Esta valoración fue realizada para cada variable, identificando si hay o no diferencias y si estas influyen a la hora de objetar conciencia. Los datos fueron comparados con tablas de distribución de frecuencias, porcentajes y analizados como ya fue mencionado por la prueba de χ^2 , con sus respectivas tablas de contingencia.

Se analizó también si la edad influye a la hora de objetar conciencia a la IVE y/o a la fecundación *in vitro*, y por lo tanto, si influye (o no) en la concepción moral del embrión.

Se comparó el género de los encuestados con la decisión de objetar o no conciencia a IVE y/o a la fecundación *in vitro*. Lo mismo se hizo con la nacionalidad y departamento de procedencia de los participantes, así como el departamento en donde ejercen la profesión, en base a las proporciones de estas variables según realicen o no objeción de conciencia a IVE y a la fecundación *in vitro*, para determinar si el lugar geográfico del que provienen y/o del lugar de trabajo inciden en su decisión.

También se entrecruzaron: el sector donde trabaja (público/privado) con las respuestas sobre objeción de conciencia a IVE y a fecundación *in vitro*, comparándolas según los porcentajes de datos que nos transmita el estudio, para determinar si el sector de trabajo influye a la hora de objetar conciencia ante algún procedimiento. Calculamos además la proporción de trabajadores en sector privado y público.

Del mismo modo, se entrecruzó la variable religión frente a objeción de conciencia IVE/fecundación *in vitro* en base a los porcentajes de las distintas religiones expuestas y según éstas decidieran objetar

o no conciencia. Estudiamos la proporción de cada una de las religiones y si influyen o no a la objeción de conciencia.

La variable que expresa en qué momento del desarrollo se considera al embrión/feto persona para cada participante también fue analizada en porcentajes, para determinar si esta influye o no a la hora de objetar conciencia ante alguno de los procedimientos que podrían descartar embriones.

Se contactó al Ministerio de Salud Pública, para conocer el número total de especialistas en ginecología en Uruguay, donde se confirmó por medio de la División Evaluación y Monitoreo del Personal de Salud que, a mayo de 2020, eran 871 los especialistas en ginecología.

CONSIDERACIONES ÉTICAS

Se destaca la importancia de las consideraciones éticas del tema dada la sensibilidad del mismo, por este motivo enfatizamos el consentimiento informado de cada participante y, gracias al instrumento utilizado para encuestar (Formularios de Google Drive), se garantiza que el participante no podrá ser identificado por lo que se garantiza el cumplimiento del derecho de confidencialidad de los datos recabados. Además cada participante podrá retirarse de la encuesta en cualquier momento si así lo desea.

Adherimos a la Declaración Universal de Derechos Humanos, y a la Declaración de Helsinki del año 2000 y a la normativa nacional decreto N° 158/19 referido a la investigación en seres humanos. Proyecto evaluado y aprobado por el Comité de Ética de la Investigación de Facultad de Medicina.

RESULTADOS

La recolección de la información se realizó durante tres meses, desde el 7 de julio de 2020 hasta el 7 de octubre del mismo año. Del total de la población objetivo de ginecólogos/as ejerciendo actualmente en Uruguay (871), fueron 276 (31,68%) los que respondieron la encuesta.

Al ser consultados sobre su opinión en cuanto a la despenalización del aborto, el 88,4% se encuentra de acuerdo con la misma mientras que ese porcentaje asciende a 98,2% para las técnicas de reproducción asistida de alta complejidad. En tanto la aprobación a la criopreservación de embriones es de 93,1%.

En cuanto a su conocimiento sobre la objeción de conciencia, sólo un participante indicó no saber qué es la objeción de conciencia (0,4%). Al profundizar en esto y ser consultados sobre los distintos procedimientos a los que ejercen/ejercerían objeción de conciencia, los resultados arrojaron que la

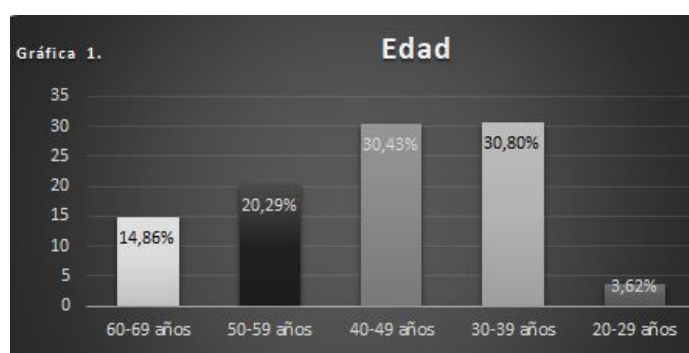
objeción de conciencia ante el aborto y ante la fecundación in vitro se da en el 33% y 3.6% de los participantes, respectivamente.

Sólo 8 participantes (el 2.89%) manifiestan objeción de conciencia a ambos procedimientos que pueden eliminar embriones, mientras que 83 de ellos (30.07%) objetan conciencia solo al aborto. Un 0.72% (2 participantes) objetan conciencia sólo a fecundación in vitro, mientras que el 66.30% de ellos no realizan objeción de conciencia a ninguno de los dos procedimientos.

El 72% de los participantes son ginecólogas mujeres, mientras que el 28% son hombres. Hay evidencia significativa de asociación entre el género y la objeción de conciencia al aborto (valor $p = 0,0002$, observado en **tabla 1**, **tabla 1** X^2 véase en anexos), pero no entre el género y la objeción de conciencia a la fecundación in vitro. Dentro del género femenino, sólo el 26.5% objetan conciencia al aborto, mientras que el 73.5% no lo hacen. En tanto, el 50% de los ginecólogos de género masculino objetan conciencia.

TABLA 1. Tabla de contingencia del género y la objeción de conciencia al aborto.				
			Objeción de conciencia al aborto	
			NO	SI
Género	Femenino	% dentro del total de femenino	73,5%	26,5%
	Masculino	% dentro del total de masculino	50,0%	50,0%
Frecuencia absoluta total			185	91
				276

Las edades fueron divididas en intervalos, como se ve en la **gráfica 1**. Aquellos que corresponden al mayor número de ginecólogos/as encuestados son el de 30-39 años (edad del 30,80% de los participantes) y el de 40-49 años (30,43%). Los restantes intervalos corresponden a 20,9% de los participantes (intervalo de 50-59 años), 14,86% (intervalo de 60-69 años) y 3,62% (correspondiente a los ginecólogos/as más jóvenes, de entre 20-29 años).



Se pudo constatar que existe asociación significativa entre la variable edad y la objeción de conciencia al aborto (valor- $p = 0.002$, véase en **tabla 2** X^2 en anexos), pero no así entre edad y objeción de conciencia para fecundación in vitro.

Como se puede apreciar en la **tabla 2**, entre los ginecólogos/as participantes más jóvenes (de entre 20-29 años) sólo el 20% objetan conciencia al aborto, mientras que a medida que aumenta la edad va

aumentando el porcentaje de ginecólogos/as objetores, siendo estos el 21.2% de los ginecólogos/as entre 30-39 años, 30.9% de aquellos entre 40-49 años, 39.3% de los participantes entre 50-59 años y el 56.1% de los ginecólogos/as de mayor edad que completaron la encuesta, siendo éste el único grupo de edad donde la objeción de conciencia sobrepasa a los no objetores.

TABLA 2. Tabla de contingencia de edades y objeción de conciencia al aborto					
			Objeción de conciencia al aborto		
			NO	SI	
Edad	20-29 años	% dentro del total de 20-29 años	80,0%	20,0%	
	30-39 años	% dentro del total de 30-39 años	78,8%	21,2%	
	40-49 años	% dentro del total de 40-49 años	69,1%	30,9%	
	50-59 años	% dentro del total de 50-59 años	60,7%	39,3%	
	60-69 años	% dentro del total de 60-69 años	43,9%	56,1%	
Frecuencia absoluta total			185	91	276

En cuanto a la procedencia, la gran mayoría de los encuestados (97,5 %) son de nacionalidad Uruguaya, 1,1% poseen nacionalidad Mexicana y el 1,4% restante se divide en ginecólogos/as de nacionalidad Cubana, Argentina, Venezolana y Española. No existe evidencia significativa de asociación entre la nacionalidad y la objeción de conciencia tanto para el aborto como para la fecundación *in vitro*. Tampoco existe asociación significativa para los ginecólogos/as de nacionalidad uruguaya según el departamento de nacimiento y la objeción de conciencia ante la fecundación *in vitro*, pero sí la hay para la objeción de conciencia al aborto (valor $p = 0.0211$ - **tabla 3, véase en tabla 3 χ^2 en anexos**).

Del total de ginecólogos y ginecólogas de nacionalidad uruguaya que participaron de la encuesta (269), fueron 266 los que contestaron sobre su departamento de procedencia. De estos últimos un 69,9% son oriundos de la zona metropolitana, siendo un 66,5% procedentes de Montevideo. De estos últimos, sólo el 29.9% realizan objeción de conciencia al aborto, predominando aquellos que no realizan objeción de conciencia (70.1%). El 33,1% restante son oriundos del interior del país, de los cuales 12,8% son procedentes del norte uruguayo (Artigas, Salto, Paysandú, Rivera, Tacuarembó y Cerro Largo), 7,82% provienen de la zona este del Uruguay (Maldonado, Rocha, Treinta y Tres y Lavalleya), 5,73% provienen de la zona centro-sur (Flores, Florida y Durazno) y 3,75% del litoral uruguayo (Colonia, Soriano y Río Negro). La objeción de conciencia al aborto en el norte del país se da en 44.11% de los participantes; en la zona este es de 42.85%, en la zona centro-sur es de 26.66%, y en el litoral uruguayo es del 30% de ellos. Puede encontrarse la información detallada de cada departamento para la objeción de conciencia al aborto en la **tabla 3**. De todas maneras, es importante destacar que aunque en ninguna zona del país la objeción de conciencia al aborto alcanza el 50%, existen departamentos de procedencia donde 100% de ginecólogos/as encuestados nacidos allí objetan conciencia. Estos son Artigas y Río Negro. En contraste observamos departamentos como

Colonia, Flores y San José en donde el 100% de los ginecólogos/as encuestados provenientes de estos no realizan objeción de conciencia al aborto.

TABLA 3. Tabla de contingencia del departamento de procedencia y la objeción de conciencia.				
			Objeción de conciencia al aborto	
			NO	SI
Departamento de procedencia	Artigas	% dentro del total de Artigas	0,0%	100,0%
	Canelones	% dentro del total de canelones	50,0%	50,0%
	Cerro Largo	% dentro del total de cerro largo	85,7%	14,3%
	Colonia	% dentro del total de colonia	100,0%	0,0%
	Durazno	% dentro del total de durazno	60,0%	40,0%
	Flores	% dentro del total de flores	100,0%	0,0%
	Florida	% dentro del total de florida	77,8%	22,2%
	Lavalleja	% dentro del total de lavalleja	71,5%	28,5%
	Maldonado	% dentro del total de maldonado	57,1%	42,9%
	Montevideo	% dentro del total de montevideo	70,1%	29,9%
	Pays andu	% dentro del total de pays andu	14,3%	85,7%
	Rio Negro	% dentro del total de rio negro	0,0%	100,0%
	Rivera	% dentro del total de rivera	75,0%	25,0%
	Rocha	% dentro del total de rocha	20,0%	80,0%
	Salto	% dentro del total de salto	25,0%	75,0%
	San José	% dentro del total de san jos e	100,0%	0,0%
	Soriano	% dentro del total de soriano	75,0%	25,0%
	Tacuarembó	% dentro del total tacuarembó	71,4%	28,6%
	Treinta y Tres	% dentro del total de treinta y tres	100,0%	0,0%
Frecuencia absoluta total			179	87
				266

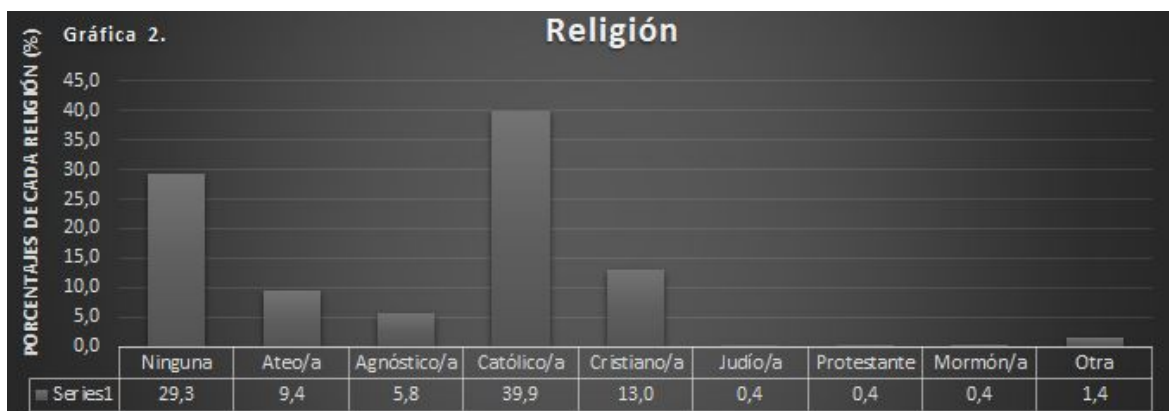
Para las variables departamento donde ejercen su profesión y sector de trabajo podemos decir que no existe evidencia de asociación estadística significativa entre ellos y la objeción de conciencia al aborto y a la fecundación in vitro. Destacamos de los participantes que casi la mitad de ellos trabajan en sector público y privado (47.5%), mientras que el 25.7% trabaja sólo en sector público y el 16.7% en sector público, privado e independiente. Sólo un 4% de ellos trabajan únicamente en el sector público.

En cuanto a la variable del departamento en donde ejercen su profesión, cabe aclarar que si bien en los departamentos de procedencia se obtuvieron datos de los 19 departamentos, no sucedió lo mismo con el departamento de trabajo, en donde no fue posible recolectar datos del departamento de Treinta y Tres, puesto que ninguno de los participantes ejerce su profesión allí. Por otro lado, al realizar los cálculos de χ^2 para esta variable, y dado que en la encuesta se brindó la posibilidad de seleccionar más de una opción (porque muchos profesionales ejercen en más de un departamento), obtuvimos 39 combinaciones de departamentos de trabajo. Esto determina 38 grados de libertad para un N total de 276 ginecólogos, con un valor $p = 0.056$. Sin embargo, haciendo un conteo absoluto en departamentos sin agruparlos según los ginecólogos/as que allí ejercen se obtiene un N de 384, y para los 19 departamentos (con 18 grados de libertad) estaríamos frente a un valor p significativo (0,0373).

A pesar de no existir evidencia de asociación significativa entre el departamento de ejercicio de su profesión y la objeción de conciencia al aborto, es pertinente incluir el porcentaje de objeción de conciencia en cada uno de ellos en vistas a advertir el grado de accesibilidad al servicio de

interrupción voluntaria del embarazo. Se destaca la situación del departamento de Artigas donde el 100% de los participantes realizan objeción de conciencia, aunque debe mencionarse que sólo obtuvimos una respuesta en dicho departamento. En el otro extremo se encuentra el departamento de Río Negro, con un 0% de objeción de conciencia entre los participantes que allí se desempeñan. Los departamentos (aparte de Artigas) donde más de la mitad de los encuestados ejercen objeción de conciencia son Paysandú (60%) y Salto (58.3%), mientras que Flores alcanza el 50%. En el resto de los departamentos del país los objetores de conciencia no llegan al 50%. En orden decreciente de objetores se encuentran: Colonia (44,4%), Tacuarembó (33,3%), Lavalleja (33%), Maldonado y Montevideo (29%), Canelones (23,9%), Cerro Largo (20%), Soriano (16.6%), Florida (14.2%), San José (10%), Rivera (7.69%) y durazno (8.3%). No hay datos del departamento de Treinta y Tres.

Ante la pregunta sobre su religión, las religiones que se repitieron con mayor frecuencia entre los encuestados fueron la religión católica (con el 39.9% de los ginecólogos/as participantes adhiriendo a dicha religión), aquellos que no tienen ninguna religión (29.3% de ellos) y la religión cristiana (correspondiente al 13% de los participantes). El 17.8% restante se divide en ateos (9.4%), agnósticos (5.8%), otra religión (1,4%), y un 0,4% para cada una de las siguientes religiones: judía, mormón y protestante. Estos datos pueden observarse en mayor detalle en la **gráfica 2** y **tabla 4**. Existe asociación significativa de que estas religiones influyen a la hora de objetar conciencia al aborto (valor $p = 0.000008$, véase en tabla 4 χ^2 en anexos), como se observa en la **tabla 4**, pero no existe evidencia significativa de asociación con la objeción de conciencia a la fecundación in vitro.

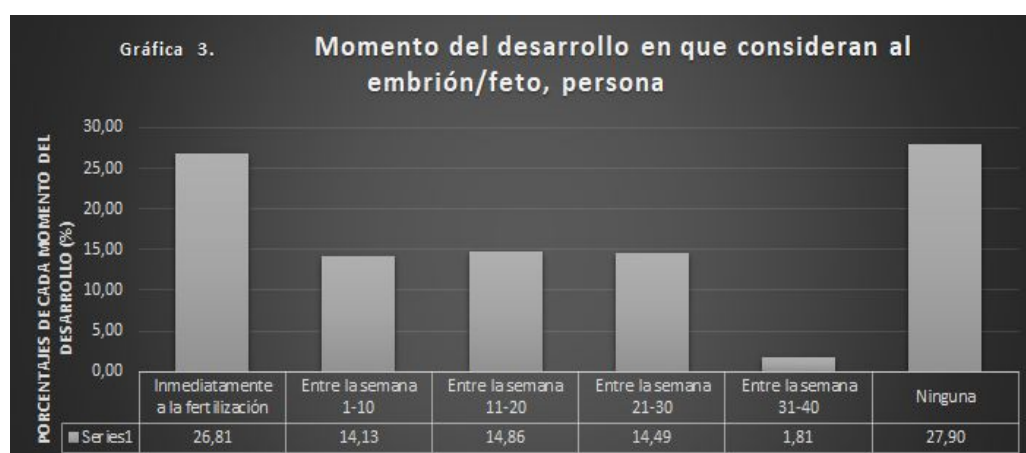


El mayor número de objeciones de conciencia al aborto se da en los participantes con religión judía y mormona, con el 100% de los ginecólogos/as participantes del estudio con estas religiones que realizan objeción de conciencia. Le siguen en frecuencia la religión cristiana con el 47.3% de los encuestados objetores de conciencia al aborto, el catolicismo (44.55%), y los agnósticos (con el 43.7% de ginecólogos/as objetores). Dentro de los participantes que menor objeción de conciencia realizan se

encuentran los que no se identifican con ninguna religión, donde sólo el 17.3% objetan conciencia y los ateos, de los cuales ninguno de ellos objeta conciencia al aborto (0%).

TABLA 4. Tabla de contingencia de la religión y la objeción de conciencia al aborto.				
Religión			Objeción de conciencia al aborto.	
			NO	SI
	Agnóstico/a	% dentro del total de agnósticos	56,3%	43,7%
	Ateo/a	% dentro del total de ateos	100,0%	0,0%
	Católico/a	% dentro del total de católicos	55,5%	44,5%
	Cristiano/a	% dentro del total de cristianos	52,7%	47,3%
	Judío/a	% dentro del total de judíos	0,0%	100,0%
	Mormón/a	% dentro del total de mormon	0,0%	100,0%
	Ninguna	% dentro del total de ninguna	82,7%	17,3%
	Otra	% dentro del total de "otra"	50,0%	50,0%
	Protestante	% dentro del total de protestantes	100,0%	0,0%
Frecuencia absoluta total			185	91
				276

Sobre a qué edad gestacional consideran que un embrión/feto es persona, se brindaron como opciones a seleccionar: inmediatamente a la fertilización, entre las semanas 1-10, 11-20, 21-30, 31-40 y ninguna. Los resultados se muestran polarizados entre aquellos participantes que no consideran que el embrión/feto sea persona en ninguna de estas y aquellos que consideran al embrión/feto persona inmediatamente a la fertilización (29.7% y 26.8%, respectivamente). Los resultados completos se encuentran resumidos en la **gráfica 3**.



Existe evidencia de asociación significativa entre la edad gestacional a la que consideran al embrión/feto persona (valor $p = 0,000$ - **tabla 5**, véase **tabla 5 χ^2 en anexos**) y la objeción de conciencia al aborto, pero no existe evidencia significativa de asociación con objeción de conciencia a la fecundación in vitro. El porcentaje de participantes objetores va disminuyendo a medida que aumenta la edad gestacional a la que consideran un embrión/feto persona, indicado en la **tabla 5**. De los participantes que consideran a los embriones/fetos persona inmediatamente a la fertilización, 58.1% objetan conciencia al aborto. Este es del 9.1% para los que no consideran al embrión/feto persona a ninguna edad gestacional. Dentro de los que lo consideran persona entre la semana 1-10,

69.3% objetan conciencia al aborto y ningún ginecólogo/a que lo considere persona entre la semana 35-40 objeta conciencia.

TABLA 5. Tabla de contingencia del momento del desarrollo en que considera al embrión/feto, persona y la objeción de conciencia al aborto.				
			Objeción de conciencia al aborto	
			NO	SI
Momento del desarrollo que considera que un embrión/feto es persona	Entre la semana 1-10	% dentro del total de semana 1-10	30,7%	69,3%
	Entre la semana 11-20	% dentro del total de semana 11-20	78,0%	22,0%
	Entre la semana 21-30	% dentro del total de semana 21-30	87,5%	12,5%
	Entre la semana 31-40	% dentro del total de semana 31-40	100,0%	0,0%
	Inmediatamente a la fertilización	% dentro del total de inmediatamente a la fertilización	41,9%	58,1%
	Ninguna	% dentro del total de ninguna	90,9%	9,1%
Frecuencia absoluta total			185	91
				276

Si tenemos en cuenta el tiempo que llevan los participantes en ejercicio, se encontró evidencia significativa de asociación con la objeción de conciencia al aborto (valor $p = 0,016$. véase en **tabla 6** X^2 en anexos). No sucede lo mismo con la objeción de conciencia a la fecundación *in vitro*. La tendencia, como puede observarse en la **tabla 6**, es el aumento del porcentaje de participantes que objetan conciencia al aborto mientras más años en ejercicio llevan. Para los profesionales recién recibidos (0-4 años en ejercicio), 25% realizan objeción de conciencia al aborto. Esto asciende a 49.2% para aquellos que llevan entre 25-30 años en ejercicio. Se destaca que los ginecólogos/as participantes de la encuesta que menor porcentaje de objeción de conciencia presentan son aquellos que llevan entre 5-9 años de ejercicio (sólo el 19% de ellos son objetores). Si bien esta variable no formaba parte de los objetivos iniciales, nos resultó interesante su resultado luego del análisis.

TABLA 6. Tabla de contingencia del tiempo en ejercicio y la objeción de conciencia al aborto.				
			Objeción de conciencia al aborto	
			NO	SI
Tiempo ejerciendo la ginecología	0-4 años	% dentro del total de 0-4 años	75,0%	25,0%
	10-14 años	% dentro del total de 10-14 años	70,5%	29,5%
	15-19 años	% dentro del total de 15-19 años	69,0%	31,0%
	20-24 años	% dentro del total de 20-24 años	60,5%	39,5%
	25-30 años	% dentro del total de 25-30 años	50,8%	49,2%
	5-9 años	% dentro del total de 5-9 años	81,0%	19,0%
Frecuencia absoluta total			185	91
				276

Se comprueba la existencia de asociación significativa entre la opinión sobre la despenalización del aborto y la objeción de conciencia a esta práctica (valor $p = 0.000$, véase en **tabla 7** X^2 en anexos). Se destaca que del total de participantes, el 93.8% de quienes no están de acuerdo con la despenalización son objetores de conciencia, mientras que un 75% de quienes están de acuerdo con la despenalización no objetan conciencia. (**tabla 7**) Esto deja un 25% de los participantes objetores de conciencia estando de acuerdo con la despenalización de la interrupción voluntaria del embarazo, y sólo un 6.3% que no realiza objeción de conciencia estando en contra la despenalización.

TABLA 7 Tabla de contingencia de opinión sobre despenalización del aborto y objeción de conciencia al aborto				
			Objeción de conciencia al aborto	
			NO	SI
A favor de la despenalización	NO	% dentro del total de NO despenalización	6,3%	93,8%
	SI	% dentro del total de SI despenalización	75,0%	25,0%
Frecuencia absoluta total			185	91
				276

Con respecto a la objeción de conciencia de los ginecólogos/as participantes ante otros procedimientos, los resultados son los siguientes: 46,4% de los participantes objetan conciencia a la investigación en embriones, 46,7% a la clonación terapéutica, 29.7% a la clonación reproductiva, 0.7% para la vasectomía/ligadura de trompas, 1.8% para el uso de anticoncepción oral de emergencia, 0.4% para la prescripción de anovulatorios y también 0.4% a la prescripción o colocación de DIU.

DISCUSIÓN

Con los resultados de la presente investigación, queda comprobado que existe una diferencia entre la objeción de conciencia frente al aborto y la fecundación *in vitro*.

Sólo el 2.89% de los participantes manifiestan objeción de conciencia a ambos procedimientos que pueden eliminar embriones, mientras que 83 de ellos (30.07%) objeta conciencia únicamente al aborto. Se puede interpretar que éste casi 3% de los ginecólogos/as son los únicos que consideran que no existen diferencias en el grado de consideración moral de un embrión/feto según haya sido generado *in vitro* o *in vivo*, puesto que se oponen al descarte de los mismos ante cualquier procedimiento y buscan su protección y cuidado. En vistas de que el 30.07% objeta conciencia únicamente al aborto, se puede inferir que existe una diferencia en la valoración moral del embrión según su forma de concepción.

Se puede observar cómo una importante parte de los participantes adjudica menor relevancia moral al embrión *in vitro*, pudiendo tener que ver con esto la normalización y aceptación social de las prácticas de fecundación *in vitro* responsables de estos resultados. Estos procedimientos parecen tener una valoración positiva por parte de la sociedad y de la población general, donde se lo ve en una luz positiva como una oportunidad de generar una vida - de traer nuevos niños al mundo y como facilitador para la formación de nuevas familias - ignorando oportunamente que la realidad de muchos embriones es ser descartados (ya sea por exceso de embriones generados, por fracaso de estos procedimientos o por exceder el límite de tiempo que pueden ser preservados, etc). Al no ser un tema cargado de polémica no se ha generado tanta discusión como sí ha sucedido con el aborto, lo cual puede ser el determinante de la homogeneidad de los resultados vinculados a este procedimiento.

De la misma manera pero de forma opuesta es considerada la interrupción voluntaria del embarazo, donde luego de 8 años de aprobada la ley y de ser adquirido como derecho de la mujer en Uruguay sigue siendo cuestionada -por un número no despreciable de individuos- y vista como un procedimiento que puramente elimina vidas. Esto contribuye a que el nivel de aceptación sea notoriamente menor que aquel de la fecundación *in vitro*, y hace que en muchos casos se evite la práctica del aborto, o al menos evitar “ser el responsable” del hecho, en el caso de los ginecólogos/as.

Un factor que puede estar influyendo en esta percepción negativa de la interrupción voluntaria del embarazo es que se trata de un tema muy discutido socialmente por razones políticas y religiosas, de forma que se asume la existencia de diferencias entre estos embriones sólo por su forma de concepción; al embrión *in vivo* se le busca protección y cuidado, mientras que un embrión *in vitro* es visto apenas como un número, una posibilidad de embarazo.

Del total de los profesionales que participaron de este estudio, un 66.3% refiere no objetar conciencia a ninguno de los dos procedimientos, comprendiendo al embrión con las mismas consideraciones morales independientemente de su forma de concepción; *in vitro* e *in vivo*, permitiendo así que la paciente que acude a su consulta sea amparada y apoyada de la misma forma así desee realizar un procedimiento de fecundación *in vitro* o practicarse una interrupción voluntaria del embarazo, protegiendo su derecho de decidir sobre su propio cuerpo.

Destacamos para todas las variables estudiadas la ausencia de evidencia significativa en lo que corresponde a la objeción de conciencia a las prácticas de fecundación *in vitro*, así como también el escaso número de objetores para estas técnicas, correspondiendo a un total de 10 profesionales objetores (3.62 %).

Una de las variables que más información revela es aquella que informa sobre la edad gestacional o el momento del desarrollo a la que el profesional considera que el embrión/feto es persona. Esto se asocia significativamente a la objeción de conciencia al aborto pero no así a la objeción de conciencia a fecundación *in vitro*. Los datos permiten interpretar que los ginecólogos/as que consideran que el embrión/feto es persona inmediatamente a la fertilización en su mayoría objetan conciencia, en contraposición con aquellos profesionales que consideran que el embrión/feto es persona luego de su nacimiento, que en su mayoría no objetaran conciencia.

Es importante destacar que de los ginecólogos/as que consideran que un embrión es persona inmediatamente a la fertilización, 7 de ellos objetan conciencia a fecundación *in vitro* (de un total de 10 de los objetores de conciencia a este procedimiento). Esto permite suponer que lo que consideran a la hora de objetar o no conciencia no tendría relación con la forma en la que son concebidos estos embriones y sí al producto de esa concepción.

En relación al género se obtuvo evidencia para afirmar que la mayoría de las mujeres deciden no objetar conciencia a las técnicas de IVE (147 de un total de 200 ginecólogas), mientras que para los varones se observa que la mitad de ellos objetan conciencia. No es un dato menor que más del 70 % de las mujeres no realice objeción de conciencia. Una explicación a esta conducta puede ser la fuerza que ha tomado en los últimos años el empoderamiento femenino y el feminismo, buscando la igualdad

de derechos entre hombres y mujeres, siendo este posiblemente el responsable fundamental de estos resultados. Las ginecólogas naturalmente están más cerca de este movimiento que los varones, y seguramente tenga más significado para ellas y lo comprendan en un nivel mayor que ellos, adquiriendo más valor para ellas que la mujer tenga decisión sobre su cuerpo y pueda elegir si desea o no continuar o no con un embarazo. Asumimos que muchas de esas ginecólogas no objetoras entienden la importancia de este procedimiento, sabiendo que su paciente es la mujer presente en la consulta y no el fruto de su concepción. Estas consideraciones pueden no estar presentes de la misma manera en los varones a la hora de definir su postura con respecto a la realización de abortos, explicando así los resultados obtenidos por su parte con respecto a la objeción de conciencia (50% entre los participantes varones de la encuesta).

Estos movimientos pueden explicar también el comportamiento de la decisión de objetar o no conciencia en los diferentes rangos etarios. En los últimos años en Uruguay no sólo el movimiento feminista ha tomado fuerza, sino también movimientos que buscan asegurar los derechos de las minorías habiendo logrado luego de casi tres décadas de debate legislativo, en 2012 el Parlamento la aprobación de la ley de Interrupción Voluntaria del Embarazo (IVE, Ley N° 18987). Una demanda feminista que impuso su voz en el espacio público a través de la construcción de alianzas con actores políticos y los movimientos sociales por la justicia social y la defensa de los derechos humanos. Esta ley regula la práctica del aborto bajo un sistema de plazos y condiciones estrictos en pro de que se cumplan los derechos de las mujeres. Dichos cambios sociales han determinado que las nuevas generaciones de estudiantes de medicina, residentes en ginecología y ginecólogos/as recién formados estén más abiertos a este tipo de procedimientos y explicando por qué el menor porcentaje de objeción de conciencia se encuentra entre los ginecólogos/as encuestados de estas edades. De acuerdo a los datos recabados, así como generaciones más jóvenes de profesionales optan por respetar los derechos de la mujer sobre su propio cuerpo y no realizar objeción de conciencia al aborto, a medida que aumenta la edad del ginecólogo/a y sus años en ejercicio también lo hace el porcentaje de objetores de conciencia, predominando esta en los profesionales de 60-69 años. Este comportamiento puede explicarse de la misma manera que el comportamiento de aquellos ginecólogos/as de menor edad. Estos profesionales se formaron en una época con diferentes visiones a las actuales. Esto seguramente sea de los factores que contribuyen al predominio de la objeción de conciencia entre los ginecólogos/as participantes del estudio de mayor edad. De un tiempo a esta parte el debate social y político sobre aborto y derechos sexuales y reproductivos en Uruguay se ha potenciado y expandido, trascendiendo los espacios habituales de discusión y ampliando el número y características de los actores involucrados.

Al hablar de la religión, de acuerdo a los resultados obtenidos puede afirmarse que influye a la hora de objetar conciencia al aborto. Dentro de las religiones donde el 100% de los participantes objetan conciencia a la interrupción voluntaria del embarazo -mormones y judíos- existen diferencias entre ellos. A pesar de que ambas religiones conciben la vida como un don de Dios, los mormones están en contra de la interrupción del embarazo en cualquier circunstancia sin importar la causa del mismo (aunque la continuación del embarazo implique un riesgo de vida para la madre) lo cual explica y es esperable que el 100% realice objeción de conciencia. En tanto en la religión judía también era esperable dicho resultado, dado que la consulta fue si realizan objeción de conciencia a la interrupción voluntaria. Podría haberse encontrado resultados diferentes de haber consultado por objeción de conciencia al aborto en otras circunstancias, ya que esta religión sí permite su interrupción en caso de riesgo de vida de la madre.

Con respecto a la religión cristiana y católica (47.3% y 44.5% de objeción) tampoco sorprende estos altos niveles de objeción de conciencia teniendo en cuenta que son de las religiones más estrictas con respecto al aborto (cualquiera sea el motivo del mismo). Sí llama la atención que el porcentaje de participantes objetores de estas religiones no llegue al 50%, cuando para las religiones judía y mormona es del 100% siendo que comparten la misma visión anti-aborto. Esto puede darse por las nuevas interpretaciones del catolicismo en donde los adeptos a esta religión continúan estando en contra de procedimientos que interrumpan una gestación, sin embargo algunos/as han comprendido que no es factible continuar decidiendo por cuerpos ajenos. Entienden que sus creencias religiosas son suyas y que no debe afectar el acceso al derecho de interrupción voluntaria del embarazo. En el otro extremo, no sorprende que los menores porcentajes de objeción de conciencia se presenten en aquellos participantes no creyentes y sin religión alguna. Esto puede explicarse dado que no siguen más que sus convicciones morales, sin ser influenciados por los discursos de las diferentes religiones que prohíben estas prácticas.

Con respecto al departamento de nacimiento de los ginecólogos/as uruguayos, observamos asociación significativa del mismo a la hora de objetar o no conciencia a la interrupción voluntaria del embarazo. Dentro de los factores que pueden influir en esto se encuentran las diferentes formas de crianza de los ginecólogos/as en los diferentes sectores del país. También la ideología política podría jugar un rol importante en este aspecto, donde aquellos provenientes de departamentos con ideología más conservadora podrían mostrar mayores porcentajes de objeción de conciencia. No es despreciable el factor religión en este punto, ya que está confirmada la existencia de asociación entre esta y la objeción de conciencia al aborto, y esta podría influir también según el departamento de procedencia, pudiendo haber diferencias entre las religiones y en la cantidad de adeptos a estas en los distintos

departamentos. A su vez, podría plantearse la influencia de países vecinos sobre los ginecólogos/as a la hora de realizar objeción de conciencia, especialmente aquellos procedentes de zonas limítrofes.

En cuanto a la interrupción voluntaria del embarazo, es importante destacar que del total de participantes que están de acuerdo con su despenalización (88.4% del total), el 75% de ellos no realiza objeción de conciencia, dejando a un 25% (61 profesionales) que sí lo hacen. Esto puede explicarse de acuerdo al análisis realizado por los doctores Coppola y Briozzo ¹⁹ por tratarse de ginecólogos/as con lealtad al deber (actualmente denominado *compromiso profesional de conciencia*), que entienden de los beneficios de estos procedimientos tanto a nivel individual del paciente como poblacional, y a pesar de no realizarlos no se oponen a la ley asegurando así que el derecho y voluntad de las usuarias sean respetados. Siguiendo a Coppola y Briozzo, también serían ginecólogas/os con compromiso profesional de conciencia el 75% de los ginecólogos/as participantes que están de acuerdo con la despenalización y no objetan conciencia a su realización.

Con respecto a los participantes que se encuentran en contra a su despenalización (22.6% del total), la gran mayoría de ellos objeta conciencia. Sin embargo, el 25% de ellos igual realizan estos procedimientos. Esto puede corresponder a que, a pesar de no estar de acuerdo con su despenalización, entienden que son derechos adquiridos de las mujeres y como profesionales de la salud es su deber garantizarlos, independientemente de sus creencias.

Aquellos que están en contra de la despenalización y ejercen objeción de conciencia podría tratarse de ginecólogos/as pseudo-objetores, dado que utilizarían el recurso de objeción de conciencia para impedir el acceso a estos servicios ejerciendo una objeción de conciencia falsa, basada en razones políticas o de conveniencia, a diferencia de los ginecólogos/as con compromiso profesional de conciencia, donde a pesar de objetar conciencia garantizan el cumplimiento de este derecho.

En cuanto a los resultados de investigaciones anteriores realizadas por la organización Mujer y Salud Uruguay, no puede realizarse comparación de datos con respecto al porcentaje de ginecólogos/as objetores de conciencia por departamento, dado que no se obtuvieron resultados significativos de asociación entre departamento de ejercicio y objeción de conciencia al aborto.

CONCLUSIONES

Las variables género, edad, departamento de procedencia, religión, edad gestacional a la que consideran al feto/embrión persona y el tiempo que llevan en ejercicio tienen asociación estadística significativa con la variable dependiente objeción de conciencia a la interrupción voluntaria del embarazo. No sucede lo mismo con la segunda variable dependiente: objeción de conciencia a la

fecundación in vitro, para la cual no existe evidencia de que ninguna de las variables en estudio ejerza influencia significativa.

Respecto a la edad, evidenciamos que la frecuencia de objeción de conciencia a la interrupción voluntaria del embarazo aumenta conforme aumenta la edad.

En cuanto al género, pertenecer al grupo femenino se corresponde mayoritariamente con la no objeción de conciencia frente al aborto.

En relación al departamento de nacimiento de los ginecólogos/as uruguayos, comprobamos que existe una relación estadística significativa a la hora de objetar o no de conciencia la interrupción voluntaria del embarazo. Destacando los datos de que 100% de los participantes de Artigas y Rio Negro objetan conciencia y 100% de los participantes de Colonia, Flores y San José no realizan objeción de conciencia a la interrupción voluntaria del embarazo.

Respecto a la variable religión, esta muestra tener asociación estadística significativa frente a la objeción de conciencia sobre el aborto, siendo en las religiones Mormón y Judía donde se observa el mayor porcentaje de objeción (100%).

Para el grupo declarados Agnósticos ese número desciende a 43.7% de objetores y se vuelve de 0% para los participantes Ateos.

En cuanto a variable edad gestacional también detectamos evidencia que comprueba que el momento del desarrollo en el que el profesional considera que ese embrión/feto es persona, tiene asociación estadística significativa a la hora de objetar conciencia a la interrupción voluntaria del embarazo, destacando mayor porcentaje de objetores al aborto en quienes consideran que el embrión adquiere calidad de persona inmediatamente a la fertilización, y mayor porcentaje de no objetores a este procedimiento quienes consideren que solo adquiere esta calidad luego del nacimiento.

Respecto al tiempo en que llevan ejerciendo la profesión encontramos que existe asociación estadística significativa respecto a la objeción de conciencia al aborto, concordando con los resultados obtenidos para la edad del profesional, predominando el porcentaje de objetores en los participantes con 25-30 años de ejercicio con un 49.2 %. En contraposición con el 25% de los objetores con 0-4 años de trabajo como profesional.

Sobre la variable nacionalidad no vemos relación alguna sobre la objeción de conciencia para ninguno de los procedimientos planteados en la recolección de datos, así como tampoco evidenciamos significación en los resultados obtenidos para las variables de sector de trabajo y departamento de trabajo.

Destacamos para todas las variables estudiadas la ausencia de evidencia significativa en lo que corresponde a la objeción de conciencia a las prácticas de fecundación *in vitro*, así como también el escaso número de objetores para estas técnicas, correspondiendo a un total de 10 profesionales objetores (3.62 %).

El hecho de que ninguna de las variables independientes planteadas influya en la objeción de conciencia a la fecundación *in vitro* también traduce una consideración moral distinta del embrión, como se mencionó anteriormente. Atribuimos este hecho a la ausencia de un debate público profundo sobre el tema (como sí lo hay para la interrupción voluntaria del embarazo), donde este es aceptado por su buena reputación de generar vida.

Podemos suponer entonces que para la gran mayoría de estos profesionales el valor moral atribuido a los embriones depende de la forma en como es concebido y no la vida en sí misma -el embrión propiamente dicho-.

RECURSOS: Encuesta virtual anónima que garantiza la privacidad de los datos de los participantes a través de la plataforma de Google Drive. Contamos también con asesoría por parte de un docente de la cátedra de métodos.

PRESUPUESTO: La realización de este trabajo no conllevó gastos económicos.

AGRADECIMIENTOS

En primer lugar agradecer a nuestras orientadoras Prof. Adj. Dra. Marianela Barcia y Ayud. Dra. Analía Ríos, siempre dispuestas a evacuar nuestras dudas y brindarnos aportes en todo momento. Dentro de la UdelaR el agradecimiento al dpto. de bioestadística, que estuvo presente a la hora del análisis metodológico y colaboró con el proceso de la investigación. A continuación al Dr. Eric Quevedo, ginecólogo de la ciudad de Rivera y presidente de la Sociedad de Ginecotología del Interior del Uruguay, que desde el comienzo nos brindó todo su apoyo, nos animó a continuar y colaboró en la distribución de la encuesta. A las clínicas ginecotológicas del CHPR y HC que colaboraron con la difusión de la encuesta, a los sectores privados de Montevideo e interior del país, y por supuesto a cada profesional que dispuso de su tiempo para responder a la encuesta y colaborar con esta investigación.

BIBLIOGRAFÍA

1. IMPO Centro de Información Oficial. Ley N° 18987 [Internet]. 2012 [cited 2020 May 21]. Available from: <https://www.impo.com.uy/bases/leyes/18987-2012>
2. Fondo Nacional de Recursos. TRATAMIENTO DE LA INFERTILIDAD HUMANA MEDIANTE TÉCNICAS DE REPRODUCCIÓN ASISTIDA DE ALTA COMPLEJIDAD [Internet]. Montevideo; 2015 Mar [cited 2020 May 21]. Available from: www.fnr.gub.uy
3. Observatorio Nacional. Estado de situación y desafíos en aborto y SSR en el dpto de Salto [Internet]. 2014 [cited 2020 May 18]. Available from: <http://www.mysu.org.uy/wp-content/uploads/2015/08/2014a-Informe-Salto.pdf>
4. Mujer y salud en Uruguay. Salud Sexual y Reproductiva y servicios de Aborto en Uruguay [Internet]. Rio Negro, Soriano y Paysandú; [cited 2020 May 27]. Available from: www.mysu.org.uy.
5. Observatorio Nacional, Mujer y salud en Uruguay. Estado de situación de los servicios de SSR en Florida, Maldonado y Rivera [Internet]. 2016 [cited 2020 May 21]. p. 1–136. Available from: https://issuu.com/mujerysaludenuruguay/docs/informe_on_2016_fl-ml-rv__1
6. Mujer y salud en Uruguay. MYSU: abuso de la objeción de conciencia supone una barrera de acceso a la interrupción voluntaria del embarazo | MYSU - Mujer y salud en Uruguay [Internet]. 2017 [cited 2020 May 18]. Available from: <http://www.mysu.org.uy/multimedia/mysu-en-medio/mysu-abuso-de-la-objecion-de-conciencia-supone-una-barrera-de-acceso-a-la-interrupcion-voluntaria-del-embarazo/>
7. International women's health coalition. Unconscionable WHEN PROVIDERS DENY ABORTION CARE [Internet]. 2018 [cited 2020 May 27]. Available from: www.IWHC.org.
8. Comisión Sectorial de Población y Desarrollo-OPP. Documento subcomisión Objeción de Conciencia. 2018 Dec. [Internet]. 2017 [cited 2020 May 24]. Available from: [Internet]. 2018 [cited 2020 May 21]. Available from: <http://www.mysu.org.uy/wp-content/uploads/2020/01/Documento-sub-comisi%C3%B3n-IVE-Objeci%C3%B3n-de-Conciencia-final.pdf>

9. Observatorio Nacional en género y salud sexual y reproductiva. Servicios legales de aborto en Uruguay. Logros y desafíos de su funcionamiento [Internet]. 2017 [cited 2020 May 24]. Available from: https://issuu.com/mujerysaludenuruguay/docs/folleto_obs_6-4-2018
10. García T. Conocimientos sobre objeción de conciencia en residentes de la especialidad de medicina interna del Hospital General San José de Dios y cirugía general del Hospital General de Enfermedades del Seguro Social [Internet]. 2012 [cited 2020 May 21]. Available from: <http://glifos.unis.edu.gt/digital/tesis/2012/44758.pdf>
11. Punto Medio. La conciencia bioética [Internet]. 2019 [cited 2020 May 21]. Available from: <https://www.puntomedio.mx/la-conciencia-bioetica/>
12. Cópola F. Interrupción voluntaria del embarazo y objeción de conciencia en Uruguay [Internet]. Revista Médica del Uruguay. 2013 [cited 2020 May 21]. Available from: http://www.scielo.edu.uy/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1688-03902013000100008&lng=es
13. Juvenal J. Reflexiones sobre la objeción de conciencia e ideario en el Uruguay a partir de las leyes 18.987 y 18.473 [Internet]. Rev. derecho Público. 2013 [cited 2020 May 21]. Available from: <http://ww1.revistaderechopublico.com/revistas/43/archivos/Juvenal.pdf?sub1=20201025-0653-599f-9ef4-63327253ad38>
14. Mautone M, Almada H. Objeción de conciencia en el ámbito de la salud [Internet]. 2013 [cited 2020 May 21]. Available from: http://www.scielo.edu.uy/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1688-03902013000100007
15. Mujer y Salud en Uruguay. Ley N° 18.987 de Interrupción Voluntaria del Embarazo [Internet]. 2012 [cited 2020 May 27]. Available from: <http://www.mysu.org.uy/que-hacemos/observatorio/normativas/ley-decreto-y-ordenanza/normativa-sanitaria-14/>
16. IMPO Centro de Información Oficial. Decreto N° 375/012 [Internet]. 2012 [cited 2020 May 21]. Available from: <https://www.impo.com.uy/bases/decretos/375-2012>
17. Cotidiano Mujer. Objeción de conciencia: Un debate sobre la libertad y los derechos [Internet]. 2014 [cited 2020 June 1]. p. 1–101. Available from: https://www.cotidianomujer.org.uy/sitio/pdf/pub_objecciondeconciencia14.pdf

18. Coppola F, Briozzo L, Nozar F, Fiol V, Greif D. Conscientious objection as a barrier for implementing voluntary termination of pregnancy in Uruguay: Gynecologists' attitudes and behavior. *Int J Gynecol Obstet* [Internet]. 2016 Aug 1 [cited 2020 May 21];134(S1):S16–9. Available from: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/28748590/>
19. Chavkin W, Leitman L, York N. La objeción de conciencia y la negativa a brindar atención de salud reproductiva: un informe que examina la prevalencia, las consecuencias de salud y las respuestas normativas . Nueva York; 2013. [Internet]. 2013 [cited 2020 June 1]. Available from: https://globaldoctorsforchoice.org/wp-content/uploads/GDC_White-paper-on-CO-in-reproductive-health_SPA.pdf
20. Mujer y Salud en Uruguay. Ley N° 19.167 Reproducción Humana Asistida [Internet]. 2013 [cited 2020 May 21]. Available from: <http://www.mysu.org.uy/que-hacemos/observatorio/normativas/ley-decreto-y-ordenanza/ley-19167-reproduccion-humana-asistida/>
21. Fondo Nacional de Recursos. Consultas sobre Reproducción Asistida [Internet]. 2015 [cited 2020 Oct 24]. Available from: http://www.fnr.gub.uy/PF_ReproduccionAsistida
22. IMPO Centro Oficial de Información. Decreto N° 84/015 [Internet]. 2015 [cited 2020 May 25]. Available from: <https://www.impo.com.uy/bases/decretos/84-2015>
23. IMPO Centro de Información Oficial. Decreto N° 311/014 REGLAMENTACION DE LA LEY 19.167, TECNICAS DE REPRODUCCION HUMANA ASISTIDA [Internet]. 2014 [cited 2020 May 21]. Available from: <https://www.impo.com.uy/bases/decretos/311-2014>
24. Ginefiv. Embriones en fresco, embriones congelados: ¿cuáles son mejores? [Internet]. 2015 [cited 2020 May 21]. Available from: <https://www.ginefiv.com/blog/embriones-en-fresco-embriones-congelados-cules-son-mejores>
25. IMPO Centro de Información Oficial. Decreto N° 84/015 Reglamentación de la Ley 19.167 relativa a las técnicas de reproducción humana asistida [Internet]. 2015 [cited 2020 May 21]. Available from: <https://www.impo.com.uy/bases/decretos/84-2015/18>
26. Olivo Yépez Á, Linares Márquez P, Isabel A, Guerrero S, María A, Guzmán A. ESTATUTO ONTOLÓGICO DEL EMBRIÓN HUMANO COMO PERSONA. UNA PERSPECTIVA DESDE LA INVESTIGACIÓN BIOLÓGICA EN AMÉRICA LATINA. Vol. 22, Acta

- Bioethica. 2016. [Internet]. 2016 [cited 2020 May 18]. Available from: https://scielo.conicyt.cl/scielo.php?script=sci_abstract&pid=S1726-569X2016000200006&lng=es&nrm=iso
27. Oviedo Y. La dignidad humana y el estatus moral del embrión. Vigencia de la filosofía kantiana para la bioética [Internet]. Vol. N° 10. Bogotá: Anamnesis Rev de Bioética ; 2015 [cited 2020 May 21]. Available from: https://www.academia.edu/20798377/La_dignidad_humana_y_el_estatus_moral_del_embri%C3%B3n_Vigencia_de_la_filosof%C3%ADa_kantiana_para_la_bio%C3%A9tica
 28. Barry PR. ÉTICA Y BIOLOGÍA. EPISTEMOLOGÍA NEGATIVA Y EL ESTATUTO MORAL DEL EMBRIÓN HUMANO. Santiago de Chile; 2013. [Internet]. 2013[cited 2020 May 18]. Available from: http://www.ificc.cl/sites/default/files/Etica%20y%20Biologia%202013%20-%20Pablo%20Razeto_0.pdf
 29. Adriasola G. El fallo de la Corte Interamericana de Derechos Humanos en el caso Artavia Murillo y otros vs. Costa Rica. Removiendo conceptos sobre el estatus jurídico del embrión. Rev Méd Urug vol29 no3 [Internet]. 2013 [cited 2020 June 1]; Available from: http://www.scielo.edu.uy/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1688-03902013000300007&lng=es

ANEXOS

TABLAS DE CONTINGENCIA χ^2 .

TABLA 1. Tabla de contingencia del género y la objeción de conciencia al aborto.					
			Objeción de conciencia al aborto		Total
			NO	SI	
Género	Femenino	Recuento	147	53	200
		Frecuencia esperada	134,1	65,9	200,0
		% dentro del total de femenino	73,5%	26,5%	100,0%
	Masculino	Recuento	38	38	76
		Frecuencia esperada	50,9	25,1	76,0
		% dentro del total de masculino	50,0%	50,0%	100,0%
Total		Recuento	185	91	276
Pruebas de chi-cuadrado ^a					
	Valor	gl	Sig. asintótica (bilateral)	Sig. exacta (bilateral)	Sig. exacta (unilateral)
Chi-cuadrado de Pearson	13,762	1	,000	,000	,000

TABLA 2. Tabla de contingencia de edades y objeción de conciencia al aborto						
			Objeción de conciencia al aborto		Total	
			NO	SI		
Edad	20-29 años	Recuento	8	2	10	
		Frecuencia esperada	6,7	3,3	10,0	
		% dentro del total de 20-29 años	80,0%	20,0%	100,0%	
	30-39 años	Recuento	67	18	85	
		Frecuencia esperada	57,0	28,0	85,0	
		% dentro del total de 30-39 años	78,8%	21,2%	100,0%	
	40-49 años	Recuento	58	26	84	
		Frecuencia esperada	56,3	27,7	84,0	
		% dentro del total de 40-49 años	69,1%	30,9%	100,0%	
	50-59 años	Recuento	34	22	56	
		Frecuencia esperada	37,5	18,5	56,0	
		% dentro del total de 50-59 años	60,7%	39,3%	100,0%	
	60-69 años	Recuento	18	23	41	
		Frecuencia esperada	27,5	13,5	41,0	
		% dentro del total de 60-69 años	43,9%	56,1%	100,0%	
Total		Recuento	185	91	276	
Pruebas de chi-cuadrado						
	Valor	gl	Sig. asintótica (bilateral)	Sig. de Monte Carlo (bilateral)		
				Sig.	Intervalo de confianza al 95%	
					Límite inferior	Límite superior
Chi-cuadrado de Pearson	17,199	4	,002	0	0,000	,011

TABLA 3. Tabla de contingencia del departamento de procedencia y la objeción de conciencia.						
			Objeción de conciencia al aborto		Total	
			NO	SI		
Departamento de procedencia	Artigas	Recuento	0	1	1	
		Frecuencia esperada	,7	,3	1,0	
		% dentro del total de Artigas	0,0%	100,0%	100,0%	
	Canelones	Recuento	3	3	6	
		Frecuencia esperada	4,0	2,0	6,0	
		% dentro del total de canelones	50,0%	50,0%	100,0%	
	Cerro Largo	Recuento	6	1	7	
		Frecuencia esperada	4,7	2,3	7,0	
		% dentro del total de cerro largo	85,7%	14,3%	100,0%	
	Colonia	Recuento	4	0	4	
		Frecuencia esperada	2,7	1,3	4,0	
		% dentro del total de colonia	100,0%	0,0%	100,0%	
	Durazno	Recuento	3	2	5	
		Frecuencia esperada	3,4	1,6	5,0	
		% dentro del total de durazno	60,0%	40,0%	100,0%	
	Flores	Recuento	1	0	1	
		Frecuencia esperada	,7	,3	1,0	
		% dentro del total de flores	100,0%	0,0%	100,0%	
	Florida	Recuento	7	2	9	
		Frecuencia esperada	6,0	3,0	9,0	
		% dentro del total de florida	77,8%	22,2%	100,0%	
	Lavalleja	Recuento	5	2	7	
		Frecuencia esperada	4,7	2,3	7,0	
		% dentro del total de lavalleja	71,5%	28,5%	100,0%	
	Maldonado	Recuento	4	3	7	
		Frecuencia esperada	4,7	2,3	7,0	
		% dentro del total de maldonado	57,1%	42,9%	100,0%	
	Monte video	Recuento	124	53	177	
		Frecuencia esperada	118,8	58,4	177,0	
		% dentro del total de monte video	70,1%	29,9%	100,0%	
	Paysandu	Recuento	1	6	7	
		Frecuencia esperada	4,7	2,3	7,0	
		% dentro del total de paysandu	14,3%	85,7%	100,0%	
	Rio Negro	Recuento	0	2	2	
		Frecuencia esperada	1,3	,7	2,0	
		% dentro del total de rio negro	0,0%	100,0%	100,0%	
	Rivera	Recuento	6	2	8	
		Frecuencia esperada	5,4	2,6	8,0	
		% dentro del total de rivera	75,0%	25,0%	100,0%	
	Rocha	Recuento	1	4	5	
		Frecuencia esperada	3,4	1,6	5,0	
		% dentro del total de rocha	20,0%	80,0%	100,0%	
	Salto	Recuento	1	3	4	
		Frecuencia esperada	2,7	1,3	4,0	
		% dentro del total de salto	25,0%	75,0%	100,0%	
	San José	Recuento	3	0	3	
		Frecuencia esperada	2,0	1,0	3,0	
		% dentro del total de san jose	100,0%	0,0%	100,0%	
	Soriano	Recuento	3	1	4	
		Frecuencia esperada	2,7	1,3	4,0	
		% dentro del total de soriano	75,0%	25,0%	100,0%	
	Tacuarembó	Recuento	5	2	7	
		Frecuencia esperada	4,7	2,3	7,0	
		% dentro del total tacuarembó	71,4%	28,6%	100,0%	
	Treinta yTres	Recuento	2	0	2	
		Frecuencia esperada	1,3	,7	2,0	
		% dentro del total de treinta y tres	100,0%	0,0%	100,0%	
Total		Recuento	179	87	266	
Pruebas de chi-cuadrado						
				Sig. de Monte Carlo (bilateral)		
					Intervalo de confianza al 95%	
	Valor	gl	Sig. asintótica (bilateral)	Sig.	Límite inferior	Límite superior
Chi-cuadrado de Pearson	32,24	18	,029	0,03	,017	,063

TABLA 4. Tabla de contingencia de la religión y la objeción de conciencia al aborto.						
			Objeción de conciencia al aborto.		Total	
			NO	SI		
Religión	Agnóstico/a	Recuento	9	7	16	
		Frecuencia esperada	10,7	5,3	16,0	
		% dentro del total de agnósticos	56,3%	43,7%	100,0%	
	Ateo/a	Recuento	26	0	26	
		Frecuencia esperada	17,4	8,6	26,0	
		% dentro del total de ateos	100,0%	0,0%	100,0%	
	Católico/a	Recuento	61	49	110	
		Frecuencia esperada	73,7	36,3	110,0	
		% dentro del total de católicos	55,5%	44,5%	100,0%	
	Cristiano/a	Recuento	19	17	36	
		Frecuencia esperada	24,1	11,9	36,0	
		% dentro del total de cristianos	52,7%	47,3%	100,0%	
	Judio/a	Recuento	0	1	1	
		Frecuencia esperada	,7	,3	1,0	
		% dentro del total de judíos	0,0%	100,0%	100,0%	
	Mormón/a	Recuento	0	1	1	
		Frecuencia esperada	,7	,3	1,0	
		% dentro del total de mormon	0,0%	100,0%	100,0%	
	Ninguna	Recuento	67	14	81	
		Frecuencia esperada	54,3	26,7	81,0	
		% dentro del total de ninguna	82,7%	17,3%	100,0%	
	Otra	Recuento	2	2	4	
		Frecuencia esperada	2,7	1,3	4,0	
		% dentro del total de "otra"	50,0%	50,0%	100,0%	
	Protestante	Recuento	1	0	1	
		Frecuencia esperada	,7	,3	1,0	
		% dentro del total de protestantes	100,0%	0,0%	100,0%	
Total		Recuento	185	91	276	
Pruebas de chi-cuadrado						
				Sig. de Monte Carlo (bilateral)		
	Valor	gl	Sig. asintótica (bilateral)	Sig.	Intervalo de confianza al 95%	
					Límite inferior	Límite superior
Chi-cuadrado de Pearson	37,709	8	,000	0	0,000	,011

TABLA 5. Tabla de contingencia del momento del desarrollo en que considera al embrión/feto, persona y la objeción de conciencia al aborto.						
			Objeción de conciencia al aborto		Total	
			NO	SI		
Momento del desarrollo que considera que un embrión/feto es persona	Entre la semana 1-10	Recuento	12	27	39	
		Frecuencia esperada	26,1	12,9	39,0	
		% dentro del total de semana 1-10	30,7%	69,3%	100,0%	
	Entre la semana 11-20	Recuento	32	9	41	
		Frecuencia esperada	27,5	13,5	41,0	
		% dentro del total de semana 11-20	78,0%	22,0%	100,0%	
	Entre la semana 21-30	Recuento	35	5	40	
		Frecuencia esperada	26,8	13,2	40,0	
		% dentro del total de semana 21-30	87,5%	12,5%	100,0%	
	Entre la semana 31-40	Recuento	5	0	5	
		Frecuencia esperada	3,4	1,6	5,0	
		% dentro del total de semana 31-40	100,0%	0,0%	100,0%	
	Inmediatamente a la fertilización	Recuento	31	43	74	
		Frecuencia esperada	49,6	24,4	74,0	
		% dentro del total de inmediatamente a la fertilización	41,9%	58,1%	100,0%	
	Ninguna	Recuento	70	7	77	
		Frecuencia esperada	51,8	25,4	77,0	
		% dentro del total de ninguna	90,9%	9,1%	100,0%	
Total		Recuento	185	91	276	
Pruebas de chi-cuadrado						
			Sig. asintótica (bilateral)	Sig. de Monte Carlo (bilateral)		
Valor	gl	Sig.		Intervalo de confianza al 95%		
				inferior	superior	
Chi-cuadrado de	76,525	5	,000	0	0,000	,011

TABLA 6. Tabla de contingencia del tiempo en ejercicio y la objeción de conciencia al aborto.						
			Objeción de conciencia al aborto		Total	
			NO	SI		
Tiempo ejerciendo la ginecología	0-4 años	Recuento	45	15	60	
		Frecuencia esperada	40,2	19,8	60,0	
		% dentro del total de 0-4 años	75,0%	25,0%	100,0%	
	10-14 años	Recuento	31	13	44	
		Frecuencia esperada	29,5	14,5	44,0	
		% dentro del total de 10-14 años	70,5%	29,5%	100,0%	
	15-19 años	Recuento	20	9	29	
		Frecuencia esperada	19,4	9,8	29,0	
		% dentro del total de 15-19 años	69,0%	31,0%	100,0%	
	20-24 años	Recuento	23	15	38	
		Frecuencia esperada	25,5	12,5	38,0	
		% dentro del total de 20-24 años	60,5%	39,5%	100,0%	
	25-30 años	Recuento	32	31	63	
		Frecuencia esperada	42,2	20,8	63,0	
		% dentro del total de 25-30 años	50,8%	49,2%	100,0%	
	5-9 años	Recuento	34	8	42	
		Frecuencia esperada	28,2	13,8	42,0	
		% dentro del total de 5-9 años	81,0%	19,0%	100,0%	
Total		Recuento	185	91	276	
Pruebas de chi-cuadrado						
				Sig. de Monte Carlo (bilateral)		
Valor	gl	Sig. asintótica (bilateral)	Sig.		Intervalo de confianza al 95%	
				Límite inferior	Límite superior	
Chi-cuadrado de Pearson	13,933	5	,016	0,011	0,000	,023

TABLA 7 Tabla de contingencia de opinión sobre despenalización del aborto y objeción de conciencia al aborto					
			Objeción de conciencia al aborto		Total
			NO	SI	
A favor de la despenalización del aborto	NO	Recuento	2	30	32
		% dentro del total de NO despenalización	6,3%	93,8%	100,0%
	SI	Recuento	183	61	244
		% dentro del total de SI despenalización	75,0%	25,0%	100,0%
Total		Recuento	185	91	276
Pruebas de chi-cuadrado°					
	Valor	gl	Sig. asintótica (bilateral)	Sig. exacta (bilateral)	Sig. exacta
Chi-cuadrado de Pearson	60,504	1	,000	,000	,000

CONSENTIMIENTO INFORMADO

Versión 2.0 junio 2020

“Objección de conciencia y consideración del estatus moral del embrión por parte de ginecólogos y ginecólogas en ejercicio en Uruguay en el año 2020.”

Investigadores responsables:

Docentes: Prof. Adj. Dra. Marianela Barcia, Asist. Dra. Victoria Della Ventura, Ay. Dra. Analía Ríos

Estudiantes: Br. Juan Caracciolo, Br. Verónica González, Br. Paula Martínez, Br. Leonardo Sanguinete, Br. Daniela Trindade, Br. Jacqueline Vallejo.

Teléfono: 29243414 int. 3386 - e-mail: bioetica@fmed.edu.uy

A quien corresponda,

Somos estudiantes de 6to año de la Carrera Dr. En Medicina de la Facultad de Medicina, Universidad de la República. En conjunto con la Unidad Académica de Bioética de la Facultad estamos realizando una investigación titulada "Objección de conciencia y consideración del estatus moral del embrión por parte de ginecólogos y ginecólogas en ejercicio en Uruguay en el año 2020" para nuestra Monografía enmarcada en la Unidad Curricular de Metodología Científica II (MCII).

Invitamos a Ud. ginecólogo/a que ejerce la profesión en Uruguay y que recibe este documento a participar de la encuesta. Esperamos que pueda desde su perspectiva y experiencia aportarnos datos de suma importancia para esta investigación.

El estudio que haremos tiene como objetivo conocer las opiniones de profesionales con respecto a la objeción de conciencia en situaciones de interrupción voluntaria del embarazo y de reproducción humana asistida de alta complejidad, relacionado con el valor moral del embrión atribuido para cada caso, según su forma de concepción; y los motivos que puedan influenciarlo a la hora de objetar o no conciencia ante algún procedimiento que pueda eliminar estos embriones, generados in vivo e in vitro respectivamente.

Se trata de un cuestionario breve que no le llevará más de 5 minutos completar, de carácter completamente anónimo (no tenemos mecanismo para asociar las respuestas a una persona concreta) y cuenta con la aprobación del Comité de Ética de la Investigación de la Facultad de Medicina.

Se realizará mediante una encuesta virtual con preguntas cerradas, de tipo múltiple opción creada a través de la plataforma de Google Drive, donde se les facilitará por mail o WhatsApp el link de la

misma. De esta manera, puede responder desde su lugar de conveniencia, de forma completamente anónima, siendo necesario únicamente dispositivo móvil / tablet / computador con acceso a internet.

Su participación es totalmente voluntaria, en caso de incomodarse con alguna pregunta siéntase libre de abandonar la encuesta.

Los participantes no percibirán ninguna remuneración ni compensación económica o beneficio alguno por participar de la misma. Así como tampoco se verán perjudicados de alguna manera por no hacerlo.

Reforzamos la importancia de recordar que la presente encuesta es anónima, en ningún momento se conocerán sus datos personales, esta forma de realización de encuestas creada con Google desvincula totalmente el e-mail de los destinatarios y por ende no los relaciona con las respuestas llegadas a nosotros, por lo que garantizamos la privacidad de cada participante y el anonimato. Esta plataforma nos proporciona nada más que el número de participantes que han respondido la misma y las proporciones de las opciones seleccionadas, expresado gráficamente con porcentajes correspondientes a cada opción de la pregunta.

Luego de recibida esta encuesta esperamos respuesta, de ser posible en un plazo no mayor a 14 días, pudiendo siempre consultar con quien le resulte oportuno antes de otorgar el consentimiento.

Nos gratificará mucho su colaboración y aporte. Los resultados serán publicados al finalizar el curso de MCII en diciembre de este año, los podrá encontrar en la página oficial de la cátedra de la Unidad de Bioética de Facultad de Medicina.

ENCUESTA:

1. Género:

- Femenino
- Masculino
- Otro

2. Edad:

20 - 29

30 - 39

40 - 49

50 - 59

60 - 69

3. Nacionalidad

- Desglose de los países para seleccionar.

4. Lugar de nacimiento (si es uruguayo/a)

- Artigas
- Canelones
- Cerro Largo
- Colonia
- Durazno
- Flores
- Florida
- Lavalleja
- Maldonado
- Montevideo
- Paysandú
- Río Negro
- Rivera
- Rocha

- Salto
- San José
- Soriano
- Tacuarembó
- Treinta y tres

5. Lugar/es donde trabaja (seleccione todos los que corresponda)

- Artigas
- Canelones
- Cerro Largo
- Colonia
- Durazno
- Flores
- Florida
- Lavalleja
- Maldonado
- Montevideo
- Paysandú
- Río Negro
- Rivera
- Rocha
- Salto
- San José
- Soriano
- Tacuarembó
- Treinta y tres

6. Sector/es donde trabaja:

- Público
- Privado
- Independiente / ejercicio liberal

7. Religión:

- Ninguna
- Ateo

- Agnóstico/a
- Católico/a
- Cristiano/a
- Judío/a
- Protestante
- Mormón/a
- Otra

8. ¿Cuánto tiempo lleva de estar ejerciendo su profesión?

- 0 - 4 años
- 5 - 9 años
- 10 - 14 años
- 15 - 19 años
- 20 - 24 años
- 25 - 30 años

9. ¿Está usted de acuerdo con la despenalización del aborto?

- SI
- NO

10. ¿Está usted de acuerdo con las técnicas de reproducción asistida de alta complejidad?

- SI
- NO

11. ¿Está de acuerdo con la criopreservación de embriones?

- SI
- NO

12. ¿A qué edad gestacional considera que un embrión/feto es persona?

- Inmediatamente a la fertilización
- Entre la semana 1-10
- Entre la semana 11-20
- Entre la semana 21-30
- Entre la semana 31-40
- Ninguna

13. ¿Conoce qué es Objeción de Conciencia?

- SI
- NO

14. ¿Ud. ejerce/ejercería objeción de conciencia al aborto?

- SI
- NO

15. ¿Ud. ejerce/ejercería objeción de conciencia al uso de Anticonceptivo oral de emergencia?

- SI
- NO

16. ¿Ud. ejerce/ejercería objeción de conciencia a la Fecundación in vitro?

- SI
- NO

17. ¿Ud. ejerce/ejercería objeción de conciencia en la investigación con embriones?

- SI
- NO

18. ¿Ud. ejerce/ejercería objeción de conciencia en la Clonación terapéutica?

- SI
- NO

19. ¿Ud. ejerce/ejercería objeción de conciencia en la Clonación reproductiva?

- SI
- NO

20. ¿Ud. ejerce/ejercería objeción de conciencia a la Vasectomía/Ligadura de trompas?

- SI
- NO

21. ¿Ud. ejerce/ejercería objeción de conciencia a la prescripción de anovulatorios?

- SI

- NO

22.¿Ud. ejerce/ejercería objeción de conciencia a la prescripción o colocación de DIU?

- SI
- NO

Carta dirigida al Sindicato Médico del Uruguay, Sociedad Uruguaya de Ginecología, Caja de Profesionales Universitarios y Ministerio de Salud Pública:

Montevideo, 25 de Mayo de 2020.

Sres./Sras. del _____

Los abajo firmantes, somos un grupo de seis estudiantes de sexto año de Facultad de Medicina de la Universidad de la República, que enmarcados en la unidad curricular Metodología Científica II junto con la Unidad Académica de Bioética realizaremos un estudio descriptivo, observacional y transversal que tiene como fin analizar “si la consideración moral del embrión según su forma de concepción (in vivo o in vitro) tiene influencia en la decisión a la hora de objetar o no conciencia ante un procedimiento que podría desecharlos”.

Dicho trabajo está bajo responsabilidad de la Prof. Adj. Dra. Marianela Barcia, Asist. Dra. Victoria Della Ventura y Ay. Dra. Analía Ríos, desarrollándose en el ámbito académico de la Universidad de la República del Uruguay - Facultad de Medicina.

Los resultados obtenidos de dicha investigación serán utilizados en la presentación de nuestra Monografía “Objeción de conciencia y consideración del estatus moral del embrión por parte de ginecólogos y ginecólogas en ejercicio en Uruguay en el año 2020”.

Para lograr esto nos basaremos en encuestas de tipo múltiple opción a responder por vía virtual, de forma totalmente anónima, dirigidas a ginecólogos y ginecólogas que estén ejerciendo actualmente en nuestro país, siendo estos nuestra población objetivo.

Es por este motivo que nos comunicamos con ustedes, evaluando la posibilidad que puedan ejercer de nexo y así poder obtener los correos electrónicos de estos profesionales, dejando constancia expresa de que la información de tales correos será totalmente confidencial y a los efectos de llevar a cabo nuestra encuesta y poder alcanzar el mayor número posible de ginecólogo/as.

Agradeciendo su respuesta a la brevedad posible le saludamos atentamente.

Juan Caracciolo CI: 3.524.615, Verónica González CI: 2.620.285, Paula Martínez CI: 4.599.944, Leonardo Sanguinete CI: 4.770.420, Daniela Trindade CI: 4.926.626 y Jacqueline Vallejo CI: 5.154.132