

Conocimientos y actitudes de estudiantes de medicina ante el aborto inducido despenalizado

Knowledge and attitudes of medical students on decriminalized induced abortion

Eliana M. Quintero-Roa¹ y Miguel E. Ochoa Vera²

1 Universidad Autónoma de Bucaramanga. Floridablanca, Colombia. equintero@unab.edu.co

2 Observatorio de Salud Pública de Santander. Bucaramanga, Colombia. miguelenriqueochoa@gmail.com

Recibido 5 Septiembre 2013/Enviado para Modificación 24 Octubre 2014/Aceptado 3 Julio 2015

RESUMEN

Objetivo Establecer si la exposición académica a la Interrupción Legal y Voluntaria del Embarazo (ILVE) influye en los conocimientos y actitudes que ante este evento tienen los estudiantes de medicina.

Método En la ciudad de Bucaramanga, en el segundo semestre del 2011, se aplicaron a la cohorte de estudiantes de medicina, que estaban matriculados en universidades acreditadas institucionalmente, en el curso de gineco-obstetricia, encuestas anónimas y entrevistas grupales, al inicio y al final del periodo académico.

Resultados Las causales embarazos que cursan con riesgo para la vida materna, con fetos afectados por malformaciones incompatibles con la vida, o productos de violación, tienen reconocimiento y aceptación entre los estudiantes, las otras causales descritas por la ley colombiana, no. El 46 % de quienes cursaron el semestre, variaron su actitud ante la ILVE así: Tres de cada cuatro pasaron de rechazar cualquier indicación de aborto a aceptar solo los ítems despenalizados, y uno de cada cuatro pasó de aceptar los parámetros despenalizados a rechazar cualquiera de estos ítems. Respecto de la atención de pacientes que soliciten una ILVE, los estudiantes consideran que los médicos generales no poseen la formación idónea para brindarles la atención que estas requieren.

Conclusiones Mejorar y crear espacios pedagógicos donde se adquieran competencias para enfrentar y manejar la ILVE puede disminuir la posibilidad de que los médicos enfoquen inadecuadamente las pacientes que consultan por esta causa

Palabras Clave: Aborto, estudiantes de medicina, actitud (*fuentes: DeCS, BIREME*).

ABSTRACT

Objective To explore if the academic exposure to legal abortion affects the knowledge and attitudes of medical students.

Method To asses this relationship, both qualitative and quantitative approaches were performed. We analyzed a medical student cohort enrolled in gynecology and obstetrics at two accredited universities in Bucaramanga, Colombia during the second half of 2011. Students were invited to participate in two anonymous surveys. One survey was conducted in the first three weeks of the semester, and the second was done in the last three weeks. A quantitative approach was taken by a group interview of two random groups of participants. One group was composed of medical students of gynecology and obstetrics (fourth year of medicine), and the other group was composed of medical students in their last year (internal medical students).

Results The items pregnancy with risk to the mother's life, or affected by a non-viable fetal malformation, or result of rape were recognized and accepted. 46 % of the participants changed their attitude about legal abortion at the end of the semester. Three out of every four participants changed their attitude to accept the decriminalized conditions, while one out of every four people had the opposite change of opinion. Medical student's don't believe that general practitioners are trained to advice patients in these cases.

Conclusions Educating and training general practitioners in issues related to legal abortion may decrease the risk of inadequate medical assessment in cases of legal abortion.

Key Words: Abortion, students, medical, attitude (*source: MeSH, NLM*).

La sentencia C-355/06 promulgada por la Corte Constitucional de Colombia despenalizó el aborto en los siguientes casos: i. Cuando la continuación del embarazo constituya peligro para la vida o la salud de la mujer, certificada por un médico; ii. Cuando exista grave malformación del feto que haga inviable su vida, certificada por un médico, y; iii. Cuando el embarazo sea el resultado de una conducta, debidamente denunciada, constitutiva de acceso carnal o acto sexual sin consentimiento, abusivo o de inseminación artificial o transferencia de óvulo fecundado no consentidas, o de incesto (1).

A nivel mundial, las investigaciones hechas respecto de las actitudes del personal sanitario en proceso de formación, ante el aborto despenalizado (2-5), no son muchas y muestran resultados contradictorios (6-9). No existen posturas uniformes según las variables género o edad (10-14), la única variable que parece tener un comportamiento unidireccional de no aceptación de esta práctica, es la autodefinición de la persona como “creyente o practicante religioso” (15-17). Colombia en las últimas décadas ha tenido un desarrollo social y normativo, que ha ocasionado, que los estudiantes de medicina hayan experimentado la transición de vivir en una sociedad que penalizaba toda posibilidad de finalizar una gestación, a una sociedad

que ha despenalizado esta práctica en situaciones puntuales. Carecemos de información que nos oriente respecto de si la exposición académica a la Interrupción Legal y Voluntaria del Embarazo (ILVE) genera en las personas en formación algún cambio actitudinal respecto de esta, y hacia dónde se dirige, si es que existe. Para aclarar estas cuestiones fue que propusimos y desarrollamos el presente trabajo de investigación.

MÉTODOS

Se hicieron dos acercamientos metodológicos: El primero fue cuantitativo y se diseñó para definir el nivel de conocimientos que tienen los estudiantes respecto de la normativa asociada a la ILVE, y establecer si la exposición académica a pacientes con esta situación, favorece algún cambio de actitud. El segundo fue cualitativo y tuvo la intención de establecer la manera como visualizan los estudiantes las normas, su aplicación y la influencia que tendrán en su desarrollo profesional.

La parte cuantitativa del proyecto se desarrolló así: a la cohorte de estudiantes del pregrado en medicina que cursaba la cátedra de Ginecología y Obstetricia (correspondiente al cuarto año) entre Enero y Junio del 2011, en las Universidades Industrial de Santander (UIS) –de carácter público- y Autónoma de Bucaramanga (UNAB) –de carácter privado-, localizadas en Bucaramanga, Colombia, se le invitó a participar en una encuesta auto-administrada y anónima, donde se exploraron aspectos demográficos, sociales, actitudinales y conceptuales hacia el aborto inducido y la normativa de ILVE que aplica en el país. Dicha encuesta fue aplicada en dos momentos: el primero, que denominamos “de entrada”, se desarrolló en las primeras 3 semanas del semestre lectivo, y el segundo, que llamamos “de salida”, en las últimas 3 semanas del curso. La parte cualitativa, se hizo mediante el desarrollo de dos entrevistas grupales: la primera hecha con estudiantes que estaban iniciando el curso regular de ginecología y obstetricia –cuarto año-, y la segunda con estudiantes de internado –sexto año- que ya habían finalizado su rotación clínica en ginecología y obstetricia. Las personas seleccionadas fueron elegidas al azar, de manera equitativa entre las dos universidades participantes. En el primer grupo, de 8 invitados, 5 personas (3 mujeres y 2 hombres) aceptaron participar, y en el grupo 2 igualmente de 8 invitados, 5 personas (4 mujeres y 1 hombre) aceptaron participar. Antes de iniciar la actividad, se les explicó en qué consistía el estudio y cuál sería su participación, se les aclararon las dudas e inquietudes que expresaron, se les garantizó la confidencialidad, se les solicitó autorización para realizar

una grabación de audio que fue destruida después de ser transcrita y se les solicitó firmar el consentimiento informado.

La información cuantitativa se analizó a partir de la tabulación de las encuestas digitadas por duplicado y validadas con el paquete estadístico STATA 10.1. Allí mismo, se realizó un análisis descriptivo exploratorio de las respuestas por medio de medidas de tendencia central y dispersión para las variables cuantitativas y proporciones con intervalos de confianza del 95 % para las variables cualitativas. Se realizó un análisis bivariado, calculando Prevalencias Relativas como medida de asociación. Para las comparaciones entre grupos, se usaron pruebas de chi cuadrado y de Fischer para las variables cualitativas y pruebas paramétricas y no paramétricas para las variables numéricas. Se calcularon intervalos de confianza del 95 % y valores de p , con un nivel de significancia $\alpha=0.05$.

El análisis cualitativo se llevó a cabo por medio de la valoración del contenido de las transcripciones de las entrevistas grupales. Se definieron como categorías de análisis: la opinión que tienen los participantes respecto de la despenalización parcial del aborto, el análisis valorativo que dan a cada causal de despenalización, como enfocan el deber de informar sobre la ILVE, la disposición que tendrían para realizar una ILVE y los cambios que sugirieron debería realizarse a la normativa actual.

Este proyecto fue aprobado por el comité de Ética de la Investigación de la UNAB conforme a los parámetros que rigen en el país para la investigación en seres humanos expresados en la resolución 8430 de 1993.

RESULTADOS

La edad promedio de los participantes fue de 22 años. De 82 potenciales participantes, 75 lo hicieron en la encuesta de entrada y 58 en la de salida. Amerita mencionar que a pesar de este hecho, no hubo diferencias estadísticamente significativas en las variables demográficas evaluadas. La Tabla 1 muestra el porcentaje de estudiantes expuestos a personas que hubieran tenido abortos inducidos o ILVE. Es importante aclarar que este ítem en la encuesta de salida, se refiere solo a quienes fueron expuestos a estos eventos en razón de su actividad académica.

Los hallazgos del reconocimiento de la normativa que aplica para la ILVE y la Objeción de Conciencia (OC), y los cambios que hubo en estos

parámetros, después de haber cursado el semestre académico se muestran en la Tabla 2.

Tabla 1. Población participante

Variable	Encuesta de Entrada			Encuesta de Salida			p
	n:75	(%)	CI [95 %]	n:58	(%)	CI [95 %]	
Sexo							
Femenino	49/75	(65,3)	(54,3- 76,4)	43/58	(74,1)	(62,5-75,8)	0,28
Masculino	26/75	(34,7)	(23,6- 45,7)	15/58	(25,9)	(14,3- 37,5)	
Estado civil							
Soltero	75/75	(100)	-	58/58	(100)	-	-
Número de Hijos							
0	71/75	(95,9)	(91.30-100)	56/58	(96,5)	(91.6-96,5)	0,62
1	3/75	(4,1)	(0-8,7)	2/58	(3,5)	(0-8,4)	
Universidad							
Privada	42/75	(44)	(44)	31/58	(46,6)	(33,3-59,8)	0,86
Publica	33/75	(56)	(56)	27/58	(53,4)	(40,2-66,7)	
Conoce alguien quehaya tenido un aborto inducido	39/75	(52)		36/58	(62,1)		0,29
Conoce alguien que haya tenido una ILVE*	13/75	(17,3)		10/58	(17,2)		0,58

*Interrupción Legal y Voluntaria del Embarazo

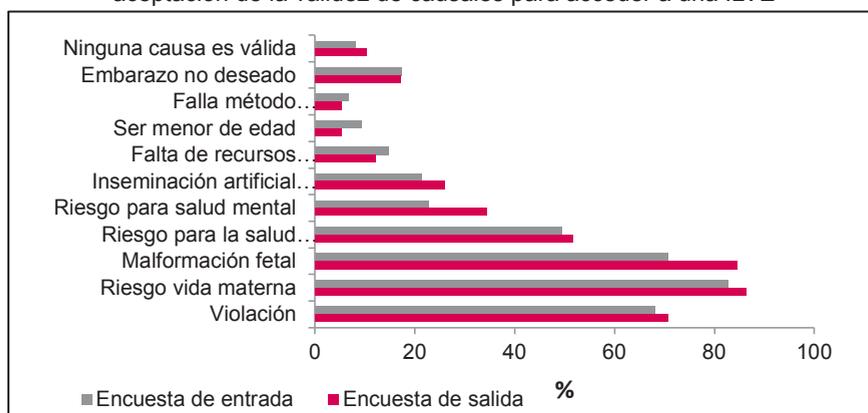
Se realizó un contraste entre las encuestas de entrada y de salida, para establecer el estado de aceptación personal de la validez (tanto de causales despenalizadas como de otras que no), para realizar una ILVE, en el hipotético caso de que alguna de estas afectara al participante o a un familiar cercano. Aunque ninguna de las diferencias tuvo significancia estadística, fue muy llamativo apreciar el cambio hacia una mayor aceptación en las encuestas de salida (Figura 1).

Tabla 2. Cambios en el reconocimiento de parámetros conceptuales de ILVE y Objeción de Conciencia

Causales despenalizadas	Encuesta de entrada n (%)	Encuesta de salida n (%)	RP (IC 95 %)	p
Violación	70/75 (93,3)	57/58 (98,3)	1,05(0,98-1,1)	0,18
Riesgo para la vida materna	68/75 (90,7)	53/58 (91,4)	1,01(0,91-1,1)	0,57
Malformación fetal inviable	68/75 (90,7)	55/58 (94,8)	1,05(0,95-1,1)	0,28
Riesgo para la salud física	28/75 (37,3)	25/58 (43,1)	1,16(0,76 -1,7)	0,5
Riesgo para la salud mental	6/75 (8)	12/58 (20,7)	2,59(1,03-5,6)	0,03
Inseminación artificial no consentida o incesto	7/75 (9,3)	9/58 (15,5)	1,66(0,66-4,2)	0,28
Sabe que es objeción de conciencia	30/75 (40)	28/58 (48,3)	1,21(0,82-1,7)	0,34
Sabe interponer una objeción de conciencia	7/75 (9,3)	13/58 (22,4)	2,4(1,02-5,6)	0,04
Sabe cuándo no aplica la objeción de conciencia	7/74 (9,5)	10/58 (17,2)	1,8(0,74-4,5)	0,19
Sabe quiénes pueden objetar conciencia	18/74 (24,3)	19/58(32,8)	1,35(0,78-2,3)	0,28

El 46 % de la población acepto haber cambiado su actitud ante la ILVE después de cursar el semestre. Quienes cambiaron, dirigieron esta modificación en el 78,3 % de los casos, de rechazar cualquier indicación de aborto a aceptar la validez de los parámetros que aplican en los casos despenalizados, y en el 21,7 % de las ocasiones, de aceptar los casos despenalizados a rechazar cualquier indicación de aborto inducido. Podemos entonces decir, que es 3,5 veces más probable que una persona acepte la ILVE estando previamente en contra de ella, a que alguien que la aceptaba cambie a rechazarla. En la Tabla 3 se presentan los resultados del análisis planteado sobre las encuestas de salida, y los posibles eventos que se asocian con este cambio.

Figura 1. Comparación entre las encuestas de entrada y de salida, de la aceptación de la validez de causales para acceder a una ILVE



Finalmente, en el subgrupo poblacional de quienes fueron expuestos a una ILVE, se analizó como influyó este hecho en la actitud ante el mismo, en el reconocimiento de ítems despenalizados poco reconocidos, y sobre la OC (Tabla 4).

Los resultados del acercamiento cualitativo muestran lo siguiente:

1. Opinión sobre la despenalización parcial del aborto: Ambos grupos consideraron la ILVE como un avance importante en los derechos de la mujer y de la sociedad. Se hizo hincapié en el efecto benéfico que tiene disminuir el sufrimiento de las personas. Frases como “es más fácil superar lo que pudo ser y no fue, que lo que ya está ahí” y “realizar intervenciones tempranas evita problemas y sufrimientos mayores” son ilustrativas de

estas ideas. Fue muy clara la postura de todos los participantes respecto de definir enfáticamente que la ILVE no es un método de planificación familiar. El grupo de los internos, se enfocó en las implicaciones legales que para el ejercicio de la profesión implica la actual normativa: “es un arma de doble filo porque uno como médico, aparte de ser médico es un ser humano, entonces mi moral me puede indicar que no debo hacerlo pero, a mí como médico la ley me da una obligación, una obligación que puede en un momento dado atentar contra mi moral”.

Tabla 3. Valoración entre quienes cambiaron de actitud ante la ILVE dependiendo del tipo de exposición que tuvieron

Factores asociados	Cursaron el semestre n:26 (%)	Conocieron personas con abortos inducidos n: 28 (%)	Expuestos a pacientes con ILVE n:9 (%)
El contacto que hubo con pacientes que tuvieron abortos	5/26 (19,2)	6/28 (21,4)	2/9 (22,2)
La revisión académica del tema	2/26 (7,7)	4/28 (12,3)	1/9 (11,1)
La actitud ante el tema que observó en sus profesores	1/26 (3,8)	0	1/9 (11,1)
El intercambio de opiniones que hubo con sus compañeros respecto del tema del aborto	8/26 (30,8)	4/28 (12,3)	0
No hubo influencia de factores académicos	10/26 (38,5)	14/28 (50)	5/9 (55,6)

* n: Número de personas que cambiaron de actitud, de un total de 58 entrevistados en las encuestas de salida.

Tabla 4. Comparación entre expuestos y no expuestos a ILVE respecto del conocimiento de parámetros despenalizados poco reconocidos y objeción de conciencia

Variables	Encuesta de salida			
	No expuestos n:48 %	Expuestos n:10 %	RP (IC 95 %)	p
Riesgo para la salud física de la madre	18/48 (37,5)	7/10 (70)	1,86 (1,08-3,0)	0,08
Riesgo para la salud mental de la madre	8/48 (16,7)	4/10 (40)	2,4 (0,89-6,44)	0,19
Inseminación artificial no consentida o incesto	7/48 (14,6)	2/10 (20)	1,37 (0,33-5,65)	0,64
Sabe que es objeción de conciencia	20/48 (41,7)	8/10 (80)	1,92 (1,22-3,02)	0,03
Conoce el procedimiento para interponer una objeción de conciencia	7/48 (14,6)	6/10 (60)	4,11 (1,75-9,63)	0,005
Conoce los casos en los cuales no puede alegarse objeción de conciencia	6/48 (12,5)	4/10 (40)	3,2 (1,10-9,29)	0,05
Sabe quiénes pueden objetar conciencia	12/48 (25)	7/10 (70)	2,8 (1,48-5,28)	0,01
Aceptación de la validez de las variables despenalizadas	23/48 (53,5)	8/10 (88,9)	1,66 (1,15-2,38)	0,06
Disposición para realizar una IVE despenalizada	11/48 (22,9)	6/10 (60)	2,61 (1,26-5,40)	0,04

2. Análisis valorativo de las causales de despenalización: En esta categoría ambos grupos se comportaron de manera similar: La única causal que mostró aceptación total correspondió al embarazo que cursa con riesgo para la vida de la paciente. La causal *malformación fetal incompatible con la vida*, ocasionó desacuerdo entre quienes adujeron que este ítem iba en contra de sus principios religiosos. Quienes manifestaron su opinión a favor, expresaron la importancia que tiene poder finalizar de manera segura, legal y temprana procesos que de antemano se sabe no tendrán un final adecuado: “vida son órganos funcionando y todo eso, pero también es calidad de vida, si esa persona ni su familia van a tener calidad de vida, para mí, más importante que estar vivo, es tener calidad de vida”.

La causal *embarazo producto de una violación*, generó un debate amplio y la conformación de dos posturas claramente identificables de rechazo/aceptación. Quienes mostraron acuerdo, esgrimieron conceptos como: “¿un niño que es rechazado por la madre quien lo va a criar?”, y “a nosotras las mujeres nos enseñan a no dejarnos violar, pero a los hombres no los enseñan a no violarnos, ¿porqué tendríamos que seguir siendo víctimas?”. La postura de quienes expresaron su rechazo a esta causal, tuvo dentro de sus argumentaciones más representativas: “...bueno, pero si sufrió una violación ¿Por qué esperar doce o catorce semanas para darse cuenta de que no lo quiere?, existen métodos de planificación que se pueden usar muy temprano para no llegar a esto”...“el punto más clave y difícil de la cuestión de la violación, es que ese niño viene sano”, y “siempre hay que tener un margen de, cómo de que las palabras del paciente no sean tan verídicas, entonces, el criterio personal lo guía a uno a ver si aplica o no”.

Cuando se propuso la discusión del parámetro *riesgo para la salud de la madre*, la primera reacción de los entrevistados fue de asombro, por desconocimiento de que este fuera un ítem despenalizado. Posteriormente la postura general fue de rechazo hacia esta variable, por considerarla ambigua y tan amplia que permitiría su manipulación hacia cualquier situación: “si se toma el concepto de salud como bienestar biológico, psicológico y social, pues todo afecta la salud y amplía mucho las causales, terminamos haciendo abortos por cualquier cosa y hasta allá no podemos llegar”. Respecto de la salud mental solo una persona del grupo de internos expuso acuerdo en estos casos: “y si la persona está realmente afectada, si está deprimida, no es justo que tenga que continuar con un embarazo que le está dañando su salud”.

3. Enfoque del deber de informar sobre ILVE despenalizada: En ambos grupos se conformaron tres posturas claramente diferenciables: la primera argumenta que el conocimiento que poseen los médicos generales al respecto

es superficial y que no les compete involucrarse con estas pacientes: “como médico general solo le doy información muy superficial, yo la remito a quien realmente sepa, a un ginecólogo, sicólogo o siquiatra y ya, si el sistema no funciona eso no es mi problema”. La segunda postura asume un papel proactivo del médico ante esta situación y argumenta como sustento ideas como: “la información debo dársela yo misma, es preferible eso a que la reciba del de la farmacia o de una amiga” y “uno cumple con su labor como médico, uno informa, lo otro es decisión de la persona”. La tercera postura indica una negativa total a informar argumentando: “yo no daría información, darle la información es respaldar su decisión, esa persona está buscando psicológicamente ese respaldo de alguien, y ese, no voy a ser yo”.

4. Disposición personal para realizar una ILVE si tuviera las competencias para hacerlo: La postura de los participantes, en ambos grupos, ante casos de embarazos que ponen en riesgo la vida de la madre o que cursan con un feto afectado de una malformación incompatible con la vida, fue de que lo harían si se tratara de un caso de urgencia o fuera imposible remitir a un especialista. Si el ítem invocado por la paciente fuera el de gestación producto de una violación, la postura unánime fue de negativa a practicarlo, aún entre quienes aceptaron que es socialmente benéfico que este parámetro esté despenalizado: “en violación no, pero respeto y estoy de acuerdo con que otro lo haga”. Ninguna persona aceptó su disposición para realizar una ILVE en casos de afectación de la salud física o mental de la madre argumentando nuevamente lo difuso del concepto.

5. Finalmente se indagó acerca de sugerencias para mejorar la normativa actual de ILVE en Colombia. Estas ideas se agruparon en los siguientes parámetros: - Creación de centros especializados en atención de la salud de la mujer donde laboren personas que no tengan objeción de conciencia para practicar un aborto. - Delimitar la causal salud mediante la creación de guías o protocolos que demarquen de manera clara cuales patologías aplican para generar una ILVE. - Limitar la edad gestacional hasta la cual se permite la ILVE en casos de violación.- Mejorar la red de apoyo y atención para poder dar manejos multidisciplinarios a las pacientes que soliciten una ILVE. - Brindar más y mejor asesoría en salud sexual y reproductiva.

DISCUSIÓN

El primer hallazgo que llamó nuestra atención, fue encontrar que un alto porcentaje de la población ya hubiera estado expuesta al contacto con personas que tuvieron abortos inducidos, antes de cursar el semestre de

Ginecología y Obstetricia. Esto indica que las vivencias personales de estos jóvenes, los exponen de manera temprana a este tipo de eventos (18).

Aunque la exposición mediática de la sentencia, ha centrado su divulgación en tres parámetros: embarazos producto de violación, que ponen en riesgo la vida de la madre o cuyos fetos vengan afectados por malformaciones incompatibles con la vida, la realidad es que, la norma considera despenalizadas otras posibilidades que no fueron identificadas como tal. Este mismo problema de desconocimiento, se presenta ante el ejercicio de la OC. Este derecho ciudadano, a pesar de haber sido mencionado en varias ocasiones durante el desarrollo de las entrevistas grupales, no tuvo niveles aceptables de reconocimiento en la valoración cuantitativa, excepción hecha de quienes fueron expuestos a procesos de ILVE. La cuestión es, que la población de estudiantes que se expuso a este evento, fue tan limitada, que no se debería sustentar la adquisición de las competencias mínimas que necesita tener un médico ante temas como la ILVE y la OC, únicamente en la exposición académica al proceso terapéutico que las acompaña.

El cambio que se presentó al comparar las encuestas de entrada vs las de salida, respecto de la validación personal ante algunas situaciones (despenalizadas y no despenalizadas) que se argumentan en casos de abortos inducidos, muestra que los juicios de valor que se hacen ante determinadas situaciones, varía según los factores asociados. No se juzga de la misma manera una situación, cuando afecta de manera personalísima a un individuo ajeno, que cuando dicha afectación recae en uno mismo o en un familiar cercano, y no analiza de la misma manera quien ha tenido contacto directo con la situación problemática concreta que quien que no lo ha hecho.

En concordancia con lo informado por Gleeson y cols (4) y Espey y cols (7), para nosotros, aunque cerca de la mitad de la población mencionó haber variado su postura ante el aborto inducido después de cursar el semestre, y aunque este cambio sí fue influenciado por la exposición académica al tema o por el contacto con pacientes que hubieran presentado el evento, no podemos argumentar que hayan sido estos los factores preponderantes. La realidad es que existen múltiples factores académicos y extracurriculares que influyen en los individuos para que asuman sus posturas frente a la ILVE y la OC. Tal vez, lo más llamativo de este cambio no fue su origen, sino que estuvo dirigido hacia validar las causales aceptadas como despenalizadas en la normativa vigente.

El acercamiento cualitativo, permitió mostrar que existe una dicotomía ante la ILVE, pues aunque algunas personas manifiestan estar de acuerdo con la norma, no la practicarían. El caso particular de la actitud hacia la causal violación, evidencia el recelo que origina este parámetro aún entre quienes están de acuerdo con él. Mientras que en los casos de riesgo para la vida de la madre y de malformaciones fetales incompatibles con la vida, los hallazgos son evidentes y verificables para el médico, en el caso de la violación no siempre es así. Mientras la ILVE sea un acto médico, va a estar ligada a que la persona que ejecute el acto terapéutico, haga juicios de valor al respecto. En las primeras dos situaciones, la beneficencia y el principio del doble efecto hacen que estos casos sean aceptables para la gran mayoría de las personas. En casos de violación, es comprensible que dentro del médico, se desate el conflicto que genera el interés por ayudar a la paciente que vive las consecuencias de haber sido víctima de una de las peores agresiones a la dignidad que puede sufrir un ser humano, y el hecho de que en la mayoría de estos casos, los fetos son sanos físicamente. La cuestión con quienes le exigen a la paciente pruebas físicas irrefutables del delito, es que la víctima no debe ser agredida ahora por su médico, cuando asume una errónea postura de juez, y pone en tela de juicio la denuncia y la palabra de la paciente, al exigirle que debe convencerlo a él, de que el drama que ella vive es verdadero. Es en situaciones como esta, donde adquieren un peso importante algunas de las sugerencias que hacen los participantes, cuando mencionan la necesidad de que existan centros de atención para la salud de la mujer en los cuales las pacientes sepan que pueden encontrar, no solo el personal médico capacitado para prestar un servicio en salud óptimo, carente de OC para realizar una ILVE en cualquier situación, sino también el apoyo multidisciplinario que la paciente requiere.

Las personas que objetan realizar el procedimiento, mencionando conflictos morales están plenamente validadas por la ley, siempre y cuando asuman su deber de información, y no se conviertan en factores generadores de caos y confusión. Quienes generan gran cuestionamiento, son quienes sustentan la figura de la OC en tesis equívocas (como por ejemplo el deseo de evitar conflictos administrativos o que la paciente debe probar que fue violada), quienes hunden la paciente en el caos administrativo, o quienes se niegan a informar. Es delicado que un ejercicio profesional basado en la falta de compromiso con el paciente, y en el miedo que ocasiona la carencia de conocimientos, haga carrera en nuestras universidades. Los hallazgos hacen evidente, que solo la mejoría del enfoque educativo respecto de la ILVE y la OC puede evitar que nuestros futuros profesionales caigan en

esta desafortunada práctica. Preocupa que nuestros próximos médicos vean las regulaciones legales como un limitante nocivo para la práctica de la medicina. Ante este hecho, consideramos que las únicas respuestas son una formación académica sólida que guarde el delicado equilibrio que existe entre el “ser”, el “saber” y el “hacer”, y aceptar y aprender a manejar que, tal y como lo dice Gracia: “la relación médica más simple, aquella que se establece entre un médico y un enfermo, se ha convertido en autónoma, plural, secularizada y conflictiva” (19).

Existen serias falencias conceptuales en los estudiantes de medicina respecto de la ILVE y la OC. Mejorar los espacios pedagógicos diseñados para adquirir competencias cognitivas respecto de estos temas, puede disminuir la posibilidad de que los futuros profesionales de la medicina, generen dificultades para que las pacientes puedan ejercer sus derechos jurídicamente protegidos. Los cambios actitudinales que tienen los estudiantes del pregrado de medicina ante la ILVE después de cursar el semestre de ginecología y obstetricia, son mayoritariamente de aceptación hacia los parámetros despenalizados por la ley ♣

Financiamiento: El presente proyecto fue aprobado en la Convocatoria Interna de proyectos de Investigación de la Universidad Autónoma de Bucaramanga 2011-2012, se identificó con el código E-1203 y recibió financiamiento de la Universidad Autónoma de Bucaramanga y el Observatorio de Salud Pública de Santander.

REFERENCIAS

1. Corte Constitucional de la República de Colombia. Sentencia C-355 de 2006. Santa Fe de Bogotá. Disponible en: <http://www.corteconstitucional.gov.co/relatoria/2006/c-355-06.htm>. Consultado en diciembre 15 del 2012.
2. Patel CJ, Kooverje T. Abortion and Contraception: Attitudes of South African University Students. *Health Care for Women Int.* 2009 Jun; 30 (6):550-568.
3. Firmin MW, Hwang C, Wood J. Beliefs versus Actions: Assessing Abortion Views and Behaviors at Two Colleges. *SocBehav Personal.* 2007; 35 (10): 1325-1334.
4. Gleeson R, Forde E, Bates E, Powell S, Eadon-Jones E, Draper H. Medical students' attitudes towards abortion: a UK study. *J MedEthics.* 2008 Nov; 34(11):783-87.
5. García Lirios C. Estudio de actitudes hacia el aborto en universitarios de Morelos, México. *Xihmai.* 2012; vol VII (13), 61-82.
6. Wonkam A, Hurst SA. Acceptance of abortion by doctors and medical students in Cameroon. *Lancet.* 2007 Jun 16; 369 (9578): 1999.
7. Espey E, Ogburn T, Dorman F. Student Attitudes About a Clinical Experience in Abortion Care During the Obstetrics and Gynecology Clerkship. *AcadMed.* 2004 Jan; 79 (1): 96 - 99.
8. González de León D, Salinas Urbina A. Los médicos en formación y el aborto: opinión de

- estudiantes de medicina en la Ciudad de México. *Cad. Saúde Pública*. 1997 Apr; 13 (2): 227-236.
9. Wheeler S, Zullig L, Reeve B, Buga G, Morroni C. Attitudes and Intentions regarding abortion provision among medical school students in South Africa. *IntPerspect Sex Reprod Health*. 2012 Sep; 38 (3):154-163.
 10. Stein NL, Bernas NS. Changing Stances on Abortion During Case-Based Reasoning Tasks: Who Changes and Under What Conditions. *Discourse Processes*. 2001; 32(2): 177-190
 11. Rosenblatt RA, Robinson KB, Larson EH. Medical students' attitudes towards abortion and other reproductive health services. *Fam Med*. 1999 March; 31(3):195-9.
 12. Shotorbani S, Zimmerman FJ, Bell JF. Attitudes and intentions of future health care providers toward abortion provision. *Perspect Sex Reprod Health*. 2004 March; 36 (2):58-63.
 13. Dans PE. Medical students and abortion: reconciling personal beliefs and professional roles at one medical school. *Acad Med*. 1992 Mar; 67(3):207-11.
 14. Stennett R, Bongiovi M. Future Physicians' attitudes on women's reproductive rights: a survey of medical students in an American university. *J Am Med Womens Assoc*. 1991 Nov;46(6):178-81
 15. Carlton CL, Nelson ES, Coleman PK. College students' attitudes toward abortion and commitment to the issue. *Soc Sci. J* 2000; 37:619-25.
 16. Aiyer NA, Ruiz G, Steinman A, Ho GY. Influence of physician attitudes on willingness to perform abortion. *Obstet Gynecol*. 1999 Apr; 93(4):576-80.
 17. Abdel-Aziz E, Arch BN, Al-Taher H. The influence of religious beliefs on general practitioners' attitudes towards termination of pregnancy—a pilot study. *J ObstetGynaecol*. 2004; 24:557-61.
 18. Prada E, Singh S, Remez Lisa, Villarreal Cristina. Embarazo no deseado y aborto inducido en Colombia: Causas y consecuencias. Disponible en: <http://www.guttmacher.org/pubs/Embarazo-no-deseado-Colombia.html>. Consultado en diciembre 15 de 2012.
 19. Gracia D. La Bioética médica. Ensayo introductorio al libro *Fundamentos de Bioética*. Madrid:Eudema; 1989.