

Experiencias y opiniones de los profesionales de la salud frente a la despenalización del aborto

Experiences and opinions of health care professionals on decriminalization of abortion

Mg. Celmira Laza Vásquez,¹ Enf. Ruth Alexandra Castiblanco Montañez¹

Fundación Universitaria de Ciencias de la Salud (FUCS). Bogotá, Colombia.

RESUMEN

La Sentencia C-355 del 2006 despenalizó el aborto en Colombia bajo tres situaciones específicas: cuando la gestación constituye peligro para la vida o la salud de la mujer, ante malformaciones del feto y cuando el embarazo es producto de acceso carnal o acto sexual sin consentimiento. Así, la interrupción voluntaria del embarazo irrumpió en la sociedad colombiana en medio de una gran controversia y debate que no fue ajena a los profesionales de la salud. Es propósito de este artículo analizar algunas experiencias vividas por profesionales de la salud frente a este fenómeno en diferentes partes del mundo. Para obtener información se revisó la literatura científica sobre el tema publicada entre 2005-2012. Los estudios revisados se encontraban enmarcados en contextos socioculturales impregnados de fuertes valores y creencias religiosas, así como patrones patriarcales que no favorecen la interrupción voluntaria del embarazo. Sin embargo, se observó cómo los altos índices de mortalidad materna se comportaron como un impulsador de las leyes para la legalización del aborto y promovieron asimismo el apoyo y una actitud positiva por parte de los profesionales de salud al ser considerada una medida necesaria para reducir la mortalidad materna, complicaciones, sufrimientos y riesgos en la salud de la mujer. De esta forma, es importante como los profesionales de la salud cercanos al fenómeno del aborto, lo apoyan y lo consideran como un problema relevante para la salud pública.

Palabras clave: aborto legal, interrupción voluntaria del embarazo, experiencias, profesionales de la salud, investigación cualitativa.

ABSTRACT

Rule of Court C-355/2006 decriminalized abortion in Colombia under three specific circumstances: pregnancy exposes woman's health or life to danger, detection of fetal malformations, or pregnancy results from rape or sexual intercourse without consent. Thus, voluntary stoppage of pregnancy emerged amidst great controversy and debate within the Colombian society, all of which was not ignored by healthcare professionals. Therefore, this article analyzed some of the health professionals' experiences about this phenomenon worldwide, by making a search of related scientific literature during 2005-2012. Reviewed studies were framed into sociocultural contexts strongly permeated by religious values and beliefs, within patriarchal patterns unfavorable to voluntary stoppage of pregnancy. However, there was noted how high mortality rates have contributed to promote laws favoring abortion decriminalization, with the positive attitude and support of healthcare professionals as being considered a necessary measure to reduce risks, sufferings, complications and morbimortality for female health. Therefore, it is significant to know that healthcare professionals, who are closely-related to the phenomenon of abortion, support it and considered it as a significant public health problem.

Keywords: legal abortion, voluntary stoppage of pregnancy, experiences, healthcare professionals, qualitative research.

INTRODUCCIÓN

La interrupción voluntaria del embarazo (IVE) se encuentra contemplada por las leyes en varios países y se sustenta en diversos esfuerzos desarrollados por la comunidad mundial para eliminar las desigualdades de género y forma parte de uno de los Objetivos del Milenio.¹

En Colombia, la IVE está definida como:

La terminación de una gestación por personal idóneo, usando técnicas asépticas y criterios de calidad que garanticen la seguridad del procedimiento, en instituciones habilitadas conforme al Sistema Obligatorio de Garantía de Calidad de la Atención de Salud del Sistema General de Seguridad Social en Salud, que cuenta con la voluntad de la mujer, cuando no se incurre en delito de aborto correspondiendo a las situaciones despenalizadas en la Sentencia C-355 del 2006.²

Esta sentencia se enmarcó en términos de los derechos de las mujeres a la salud y la vida³ posterior a un gran debate suscitado en la sociedad colombiana, conservadora, tradicional y enmarcada en fuertes valores religiosos; bajo esta, se amparan tres situaciones específicas para la IVE: cuando la gestación constituye peligro para la vida o la salud de la mujer, ante graves malformaciones del feto y cuando el embarazo es producto de acceso carnal o acto sexual sin consentimiento.⁴

Como trasfondo de la trascendental decisión, en el país se estimaba que una tercera parte de las mujeres que abortaron ilegalmente desarrollaron complicaciones que necesitaron tratamiento en una institución de salud. La tasa de abortos en Colombia aumentó aproximadamente el 8 % en las últimas décadas (de 36 en 1989 a 39 en el

2008 abortos por cada 1 000 mujeres en edad reproductiva).³ Así, el aborto inducido y el embarazo no planeado se constituyeron en problemas de salud pública íntimamente relacionados, pues el primero es fruto de embarazos no planeados e involucra un conjunto de factores individuales, sociodemográficos y culturales correlacionados con ambos fenómenos.⁴ Además, los abortos clandestinos realizados por proveedores no capacitados han conllevado a consecuencias y daños en las mujeres y sus familias e imponen una carga alta e innecesaria al sistema de salud.³

Al irrumpir la IVE en una sociedad como la colombiana, se hace importante conocer la mirada que esta y todos sus actores construyen sobre ella, teniendo en cuenta que debe asumirse como un fenómeno social. Los profesionales de la salud, junto con las mujeres que acceden y se someten a este procedimiento, construyen y elaboran vivencias, conceptos y juicios que resultan de su percepción individual, colectiva y social de la IVE y que modifican comportamientos y opiniones según su experiencia particular y del fenómeno mismo. En esta lógica, al estudiar e interpretar fenómenos humanos y el contexto en que suceden, es necesario tener en cuenta a los actores involucrados en el mismo, para que a través de su mirada se logre comprender sus experiencias y como estas influyen en la esencia y su actuar frente al mundo. Como lo expresó *Heidegger*,⁵ al introducir el concepto de *Dasein* (el modo humano de ser en el mundo), que enfatiza que los individuos no pueden abstraerse de los diversos contextos que influyen en sus decisiones y dan significado a las experiencias vividas.

Por lo anterior, este artículo tiene el propósito de analizar las experiencias vividas por profesionales de la salud frente a la IVE en diferentes partes del mundo y para ello se realizó una revisión de la literatura científica sobre el tema entre los años 2005-2012.

EXPERIENCIAS DE LOS PROFESIONALES: ENTRE LA PERMISIVIDAD Y RESTRICCIÓN DE LAS LEYES DEL ABORTO

En algunos países de África y Asia se realizan estudios acerca de las experiencias de los profesionales frente a la IVE. Se refleja una amplia flexibilidad y un mayor número de causas aceptadas para la misma en comparación con América Latina. Además, se resalta el cambio en los roles asumidos por los profesionales directamente involucrados en este proceso; y cómo las creencias religiosas y límites morales generan obstáculos en la prestación del servicio a la mujer, por falta de personal que ejerza esta práctica. Los resultados se relatan a continuación.

La despenalización del aborto en Sudáfrica, mediante la Ley de Libre elección de interrupción del embarazo,⁶ mostró una permisibilidad en la causas por las cuales las mujeres pueden solicitar la IVE, siendo quizás una de las leyes más flexibles del continente.⁷

Un estudio cualitativo entre los surafricanos, exploró las actitudes hacia la IVE de los ginecólogos, enfermeras, matronas y consejeros de veinte entidades, entre unidades de atención primaria, hospitales y organizaciones no gubernamentales (ONGs) donde atienden a mujeres que solicitan el procedimiento. Las categorías emergentes fueron: 1) la no disposición a la práctica del aborto, 2) barreras de los servicios de salud y 3) conocimiento y comprensión de la ley e impacto en los profesionales que estaban involucrados en el procedimiento. La categoría primera, se relaciona con la interpretación de la objeción de conciencia como un derecho de los prestadores de salud, pero que a la vez obstaculiza la atención y servicio con razones morales basadas en experiencias previas con el procedimiento, lo que ocasiona que algunos se limitan solamente a participar en el proceso de preparación de la mujer y por último,

con las creencias religiosas que influyen al relacionar el aborto con el concepto de asesinato y el riesgo de castigo que se manipula en estas creencias.⁸

Los resultados reflejan que a mayor conocimiento de la ley aumentaba la disposición a realizar el procedimiento, dada la alta mortalidad por abortos inseguros y los que se oponían fueron pocos claros con sus razones. Acerca de la segunda categoría, relacionada con las barreras de los servicios de salud, casi todos los participantes están preocupados por las dificultades de acceso a las que se ven enfrentadas las mujeres al solicitar el servicio, situación que afecta la atención y la calidad en todos los sentidos. Igualmente, otra preocupación es la limitación en la información que se brinda en el asesoramiento antes y después del aborto con la inclusión del apoyo psicológico y las prácticas anticonceptivas. La tercera categoría se refiere el cambio de rol de las enfermeras y parteras, quienes antes de la Ley no realizaban el aborto, por tanto, vieron en esto un reto y lo tomaron como una oportunidad para aprender y como un campo de acción más.⁸

Por su parte, en Nepal, Asia meridional, durante el 2002 se amplían las situaciones bajo las cuales la mujer podía acceder al aborto, y las funciones del personal de salud en clínicas de planificación familiar y ginecológica.

Puri y colaboradores,⁹ examinan las experiencias, percepciones y el papel de los profesionales de la salud sobre la legalización del aborto y los cambios observados en sus prácticas en cuatro hospitales del interior y afueras de Kathmandú, capital y ciudad más grande de Nepal. Utilizan un enfoque cualitativo y entrevistan a ginecólogos, enfermeras, personal asistente de salud, administradores y un consejero de salud que estaban involucrados con el proceso de la IVE. Los resultados dan cuenta de las percepciones reflejadas en los participantes que surgen al comparar las condiciones en que las mujeres debían someterse al aborto antes y después de su legalización; expresan que la legalización mejoró la salud materna al reducir la morbilidad y mortalidad por la disminución de complicaciones derivadas de una atención en entidades de salud no competentes e inseguras. También refieren la necesidad de hacer concientiar a las mujeres acerca del peligro que corren si acuden a entidades no autorizadas para el procedimiento, al exponerse a múltiples riesgos de infección, perforación uterina, entre otras.⁹

Complementado los resultados anteriores, también en Kathmandú, durante el 2012 se adelanta otra investigación cualitativa en un hospital y cinco clínicas con el propósito de indagar las experiencias, opiniones y actitudes del personal de salud acerca del aborto. En el análisis describen cinco categorías y la principal es, 1) orgullosos pero aún no satisfechos. Expresa la percepción de la prestación de un servicio benéfico para la salud de las mujeres y sentimientos de orgullo por ofrecer el servicio con calidad. Los profesionales están convencidos de tener el mejor conocimiento y formación para realizar un aborto seguro; describen como gratificantes los comentarios positivos recibidos de sus pacientes por su atención. Otra categoría es, 2) el marco legal benéfico. Tiene en cuenta la disminución de complicaciones por abortos inseguros y como esos sufrimientos se pueden evitar con la aplicación de la ley. La tercera categoría es, 3) un deseo de llegar a todas las mujeres. Los participantes hacen énfasis en que, a pesar de que con la ley era más fácil acceder al servicio del aborto, hay muchas mujeres que no pueden llegar a ellos por residir en zonas rurales y contar con recursos económicos limitados. Muchas mujeres no saben dónde solicitar el procedimiento ni como detectar un embarazo tempranamente, lo que hace tardía su demanda.¹⁰ De igual manera, en la categoría 4), sobresale la frustración ante el mal uso del servicio. Enfoca las afirmaciones acerca de que el servicio del aborto seguro se asume como un método de planificación familiar, expresan además sentimientos de frustración e impotencia cuando tienen que tratar complicaciones por abortos hechos en lugares no calificados y sus preocupaciones por las farmacias que venden medicamentos abortivos de forma libre. En la última

categoría, 5) el dilema del aborto selectivo por sexo. Se rechaza el aborto selectivo, pero al escuchar las razones de las mujeres, sintieron empatía con ellas debido a las tradiciones y doctrinas religiosas que las hacían desear un hijo varón. Esto convierte en dilema el aborto selectivo por sexo y deja en juego los valores morales de los profesionales y en conflicto consigo mismos ya que esta causa no estaba contemplada en la Ley y genera que muchas mujeres busquen alternativas no seguras de aborto.¹⁰

Por otro lado, al enfocar la mirada hacia el problema del aborto en América Latina y el Caribe, la revisión lleva a cuatro países que comparten varios aspectos comunes: altas tasas de mortalidad materna a causa de abortos inseguros, restricción en las causales legales aprobadas para la despenalización, inclusión de causas como la preservación de la vida de la mujer, su salud física y mental, violación o incesto, y por malformaciones fetales graves;⁷ y con fuertes medidas de control jurídico para que la mujer acceda a este procedimiento. Los elementos transversales son la legalización relativamente reciente en medio de un fuerte debate y controversia dados los patrones morales y religiosos en estas sociedades, durante los procesos que dieron vida a la despenalización en los diferentes países. En este contexto de similitudes legales y sociales, se presentan experiencias de los profesionales de la salud y de su quehacer, que se podrían contemplar desde el conflicto por la estrechez de las normas que legalizan la IVE y las complicaciones que sufren las mujeres por someterse a abortos inseguros.

Así pues, en Brasil se evalúan los conocimientos y opiniones de ginecobstetras acerca del aborto legal, mediante una primera medición durante el 2003 y una segunda en el 2005 con el fin de valorar si hay cambios en estos. *Goldman, García, Díaz y Yam,*¹¹ a través de una encuesta electrónica, accedieron al 10 % de los profesionales afiliados a la Federación Brasileña de Obstetras y Ginecólogos. El 77 % manifiesta que la Ley debía ser más liberal e incluir más situaciones en la despenalización, el 95 % expresa que el servicio del aborto debía estar financiado por el Estado y estos últimos tienen un mayor conocimiento acerca de la Ley. Además, el 60 % está de acuerdo con el aborto para los casos en que la gestación representa un riesgo alto para la vida de la mujer y el 40 %, para cuando la mujer tenga una afectación grave en su salud mental. Asimismo aumenta ligeramente el porcentaje de los médicos que aceptan el aborto por cualquier causa (del 14,4 al 16,4 %) y disminuye de 4 a 3 % los profesionales que opinan que no se debía legalizar el aborto bajo ninguna circunstancia. Esto demuestra un aumento en la reflexión acerca del tema y la importancia de informar sobre las leyes que regulan la práctica del aborto legal en el país para garantizar la calidad de atención y disminuir la discriminación a la mujer que hace uso de este servicio.¹²

Además de los médicos, en Brasil también se abordó a los estudiantes de posgrado de ciencias médicas y jurídicas, recurso humano en formación de gran importancia en la sensibilización social y gremial para este tema. Así, *Medeiros* y otros,¹³ mediante un estudio de corte transversal analizan las opiniones sobre el aborto en 125 estudiantes. El 92 % de los participantes está de acuerdo con la interrupción en el caso de embarazo por violación y el 70 %, cuando exista riesgo para la vida y la salud física de la mujer, y ante el diagnóstico de anencefalia, a pesar de que aún no estaban legalizadas estas dos últimas situaciones. Esto expresa una aceptación satisfactoria de este fenómeno en una población que aún se encuentra en formación pero que tendría influencia en la toma de decisiones legales frente a la IVE y atención a la mujer que accede a este servicio.

Por su parte en México, uno de los pocos países de la región donde son legales todas las causas del aborto, pero sin dejar de generar una fuerte controversia en su sociedad, varios trabajos se adelantan para acercarse a la mirada de los profesionales que atienden a las mujeres que se someten a una IVE.

En el 2006 se aproximan a las opiniones de los médicos y estudiantes de medicina acerca del aborto inducido y sus experiencias frente a este fenómeno, mediante un estudio cuantitativo multicentro donde participan 300 profesionales de siete ciudades. El 84 % de los participantes muestra desacuerdo con la interrupción del embarazo en casos en los que solo es solicitado por los padres de las mujeres sin razones relacionadas con enfermedades fetales, expresan que las razones socioeconómicas no son suficientemente válidas. El 76 % está de acuerdo con la interrupción solo en casos de anencefalia y el 74,7 %, por cualquier tipo de malformación en el feto.¹⁴

Sin embargo, para el 2011, *Contreras, Dijk, Sánchez y Sanhuesa*,¹⁵ por medio del estudio cualitativo realizado en la Ciudad de México con el mismo propósito que el anterior, y en el cual participan ginecólogos, enfermeras, trabajadores sociales y personal administrativo de 13 entidades públicas, refieren que el 53 % de los participantes muestra un claro apoyo a la Ley que despenalizó el aborto aunque experimentaron algunos conflictos morales cuando esta se aprobó; pero que después de recibir capacitación optan por apoyarla. Los que están de acuerdo con este proceso manifiestan que las mujeres tienen libertad de tomar decisiones frente a su cuerpo y a su reproducción; además que la aplicación de la Ley ayuda a reducir la mortalidad materna como resultado de la disminución de los abortos inseguros y clandestinos. Los que no están de acuerdo, todos ginecólogos, argumentan que nadie tiene poder sobre la vida del otro y que este acto va en contra del juramento hipocrático.

En Argentina realizan una investigación exploratoria con diseño mixto para reflexionar sobre el rol de los ginecólogos(as) en torno a las políticas públicas en salud reproductiva. Participan médicos(as) que se desempeñan en los servicios de ginecología y obstetricia de las 15 entidades de asistencia pública de Buenos Aires y 14 hospitales de seis partidos del Gran Buenos Aires. El 65 % de los participantes otorga el máximo grado de relevancia al tema del aborto en el país, el 48 % y 34 % considera respectivamente, prioritaria la promoción del debate público acerca de la situación del aborto y la implementación de programas para la atención a los abortos hospitalarios. Además, se revela una disposición de la mayoría (superior al 80 %) hacia una ampliación de las causales legalizadas, al referir que la Ley debería despenalizar la interrupción de la gestación en caso de riesgo de vida o de salud de la mujer, violación o incesto y en caso de malformación incompatible con la vida extrauterina. Cabe aclarar que de estas, solo la primera se encontraba amparada bajo el Código Penal Argentino. En proporción menor, solo tres de cada diez médicos (as) están de acuerdo con la despenalización bajo decisión de la mujer (38 %) y bajo condición socioeconómica precaria (32 %) y son las mujeres quienes muestran mayor acuerdo en relación con los hombres (41 % *versus* 29 %). Ocho de cada diez participantes afirman que la despenalización contribuye a disminuir la mortalidad materna, muestran mayor acuerdo también en esta afirmación las mujeres con el 87 % *versus* el 80 % en los hombres. Finalmente, el 9 % de los profesionales está en desacuerdo con la interrupción, desapruueba todas las causales, incluyendo las contempladas por la Ley.¹⁶

En el 2012, también en este país austral, *Vásquez y otros*,¹⁷ describen la opinión de los profesionales sobre el aborto. Realizan un estudio cuantitativo, mediante la aplicación de un cuestionario a 149 profesionales entre médicos, enfermeras y terapeutas que trabajan en unidades de cuidado crítico. En cuanto a las causas contempladas por la Ley, el 95 % está de acuerdo con la interrupción del embarazo en los casos de malformaciones congénitas, el 89 % en los casos de violación y el 77 %, para cuando la salud mental de la mujer está en riesgo. Además, el 81,9 % apoya el aborto en situaciones excluidas de la ley (por un embarazo no deseado y razones económicas 47,7 % y 40,9 % respectivamente). No hay diferencias estadísticamente significativas entre las opiniones de hombres y mujeres.

En Jamaica identifican las actitudes y prácticas de los médicos en relación con el aborto entre 263 ginecobstetras y médicos de familia. El 70 % de los participantes opinan que no debe existir límite en el número de abortos que se le pueden realizar a una mujer, el 46 % considera que el aborto puede realizarse cuando hubiese falla del método anticonceptivo, el 70 % cuando la causa es la violación de la mujer y el 66 % afirma que no tienen objeciones morales para realizar el procedimiento. El 75 % de los médicos considera que a mayor disponibilidad y permisibilidad del aborto podría darse un aumento de los mismos y una disminución en la utilización de métodos anticonceptivos. Además, el 81 % concuerda en que a mayor disponibilidad de abortos seguros podría reducirse la mortalidad materna.¹⁸

Además de los resultados anteriores, se presentan resultados de investigaciones realizadas en España y Estados Unidos.

En España, se despenaliza el aborto mediante la Ley Orgánica 9 de 1985, modificada en el 2010, que avanza en el reconocimiento de la autonomía de la mujer. Esta última posibilita a la mujer mayor de 16 años para decidir y solicitar la IVE antes de la semana 14 solo bajo su petición, y a los profesionales de la salud les reconoce el derecho a la objeción de conciencia según las propias convicciones morales; a excepción de las situaciones en las que está en peligro la vida de la mujer.¹⁹

En este contexto, se lleva a cabo un estudio cuantitativo para evaluar las tendencias de los futuros profesionales mediante un análisis de las actitudes hacia el aborto en 300 estudiantes de segundo y tercer año de medicina, enfermería y derecho de la Universidad de Santiago de Compostela. Así, se acercan a las opiniones y actitudes hacia la IVE y la Ley que despenaliza el aborto. El 66,5 % está de acuerdo con el aborto y la mayoría de los que responden de manera afirmativa, consideran el comienzo de la vida con el nacimiento. En cuanto a las causales de solicitud del aborto, los participantes están de acuerdo en el 87 %, cuando corre riesgo la vida de la madre, en el 86 % en los casos de violación y en el 77 % cuando el feto presenta malformación.¹⁹

Por su parte, Estados Unidos es uno de los países donde el aborto es legal desde 1973 en todos los estados. Este procedimiento se puede practicar en el primer trimestre ya que el feto no tiene probabilidad de supervivencia fuera del útero y se prohíbe cualquier demora del procedimiento durante ese plazo.²⁰ Sin embargo, el número total de proveedores de aborto en este país disminuye el 11 % desde 1996 al 2000 y el 2 % desde el 2000 hasta el 2005; para este último año, el 69 % de los condados metropolitanos y el 97 % de los no metropolitanos no tienen proveedores de aborto.²¹

La anterior situación conduce a los investigadores, *Freedman, Landy y Steinauer*,²² a desarrollar un estudio cualitativo para comprender las experiencias de los médicos con formación académica y práctica en el aborto. Se entrevistan a 30 ginecobstetras graduados entre 1996 y el 2001 de cuatro regiones, quienes refieren como primer tema analítico, sus razones para realizar abortos a pesar del estigma que rodea a este proceder, y lo consideran importante para reducir la morbilidad y mortalidad de mujeres que se practican un aborto en lugares no legales. Sin embargo, hay participantes que no están de acuerdo por razones religiosas. El segundo tema describe el respeto por la diversidad moral y sus límites, manifiestan que su formación les ayuda a disminuir los temores de las pacientes, aconsejarlas en relación con el procedimiento y a orientarlas posteriormente acerca de la planificación familiar. Asimismo, destacan la importancia del respeto a las mujeres que se someten al procedimiento y de no juzgar el actuar del médico que realiza el aborto, aun cuando tengan compañeros con creencias religiosas que se apartan del proceso. También, refieren la participación pasiva durante la preparación y recuperación de las mujeres, por falta de personal, incluso cuando no están moralmente de acuerdo. Por último,

reconocen la importancia de la IVE para el contexto social y para la situación de la salud pública en el país.

Los resultados descritos coinciden con los hallazgos de *Lipp*,²³ acerca de las actitudes de profesionales de la salud frente a la IVE. Se identificó que estas actitudes varían dependiendo de la nacionalidad, la experiencia con el procedimiento, las creencias religiosas y los antecedentes ginecobstétricos de la mujer. Precisamente, las actitudes se ven modificadas en relación con las causas por las que la mujer decide solicitar un aborto. Sin embargo, también se encuentran contextos sociales donde se apoya el aborto bajo cualquier circunstancia, así como algunos donde se cita la falta de personal profesional que realice el aborto por la objeción de conciencia, que ocasiona deficiencias en la atención de la mujer.

Consideramos que es necesario realizar otros estudios que exploren la experiencia de los profesionales frente a la IVE ya que sus resultados darían frutos para continuar mejorando las actitudes y la atención de la mujer que solicita la IVE y así, brindar un procedimiento seguro bajo las manos de profesionales; 23 también resaltar la importancia de la investigación cualitativa en el abordaje de este problema, sea para profundizar en el fenómeno en sí o para complementar los resultados de los estudios cuantitativos.

CONSIDERACIONES FINALES

Un elemento necesario para reflexionar en relación a la IVE, es el papel de los profesionales, los cuales solo actúan como "proveedores" de servicios. Parafraseando a *Szulik, Gogna, Petracci, Ramos y Romero*,¹⁶ al revisar este rol, plantean que su actuar debe conllevar un grado de responsabilidad social más allá de la práctica asistencial que tradicionalmente ha estado invisibilizada. Esta función social no debe limitarse al ámbito de la práctica clínica y de cuidado, ni a los mensajes que comunican a las usuarias de los servicios de salud, porque de esta forma se desdibuja la dimensión público política de su actividad profesional, la que se relaciona con su función de mediadores entre las decisiones de sus pacientes sobre cuestiones reproductivas y las políticas de salud, población y familia, del Estado; y su papel en la instrumentación de las normas jurídicas.

Por esto, el quehacer de los profesionales que atienden y cuidan de manera directa a las mujeres que se someten a una IVE debe pensarse en doble sentido, la prestación de un servicio de calidad y eficiente a la mujer como parte de la aplicación adecuada de la legislación y su participación en la formulación de las políticas sanitarias sobre este tema.

Aunque paulatinamente varios países han despenalizado el aborto y aumentado la causas por las cuales las mujeres pueden acceder de forma segura a este procedimiento, la evidencia científica acerca de la experiencia de los profesionales que atienden a las mujeres que se someten a este procedimiento, es escasa. Sin embargo, varias son las conclusiones que no deben perderse de vista.

Quizás, lo más llamativo en los estudios revisados es que a pesar de que se enmarcan en contextos socioculturales impregnados de fuertes valores y creencias religiosas y patrones patriarcales que no favorecen la IVE, se revela como los altos índices de mortalidad materna se comportaron como un impulsador de las leyes para la legalización del aborto. Asimismo, esta situación promueve el apoyo y una actitud positiva por parte de los profesionales de salud al ser considerada una medida

preventiva para reducir las complicaciones, sufrimientos y riesgos en la salud de la mujer y mejorar su calidad de vida.

El apoyo no solo se demostró en las causales de la IVE amparadas por las leyes, sino que debido a las implicaciones negativas que genera el aborto inseguro, también apoyaron la necesidad de despenalizarlo en otras situaciones. Esto se relacionó con un discurso basado en el respeto de los derechos de la mujer, del ejercicio de su libertad y de la toma de decisiones frente a su cuerpo y a su salud sexual y reproductiva.

Sin embargo, un aspecto contrario ampliamente referenciado fue la objeción de conciencia de los profesionales, que a pesar de constituirse como un derecho de estos, en ocasiones se convertía en generador de barreras en el proceso de atención de la mujer.

Finalmente, es interesante observar como en la mayoría de los estudios, los profesionales de la salud que se encuentran cercanos al fenómeno del aborto, lo apoyan y lo consideran como un problema relevante para la salud pública.

AGRADECIMIENTOS

A la Fundación Universitaria de Ciencias de la Salud que aporta el financiamiento para el proyecto de investigación No. 82-516-7: "Experiencias de los profesionales de la salud frente a la interrupción voluntaria del embarazo en el Hospital de San José de Bogotá D. C.", del que este artículo forma parte.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Organización de las Naciones Unidas. Resolución aprobada por la Asamblea General 55/2. Declaración del milenio. New York: NN. UU.; 2000.
2. Organización Mundial de la Salud. Norma técnica para la atención de la interrupción voluntaria del embarazo (IVE). Bogotá: OMS; 2006.
3. Prada E, Singh S, Remez L, Villarreal C. Embarazo no deseado y aborto inducido en Colombia: causas y consecuencias. Nueva York: Guttmacher Institute; 2011. p. 1-40.
4. Corte Constitucional de Colombia. Sentencia C-355 de 2006. Bogotá. 2006.
5. Wojnar D, Swanson K. Phenomenology: An Exploration. J Holist Nursing. 2007;25(3):172-80.
6. African National Congress. Choice on Termination of Pregnancy Act, Act 92 of 1996. Cape Town;1996.
7. United Nations-Department of Economic and Social Affairs. World Abortion Policies. New York: United Nations; 2011.

8. Harries J, Stinson K, Orner P. Health care providers' attitude towards termination of pregnancy: a qualitative study in South Africa. *BMC Public Health*. 2009;9:296-397.
9. Puri M, Lamichhane P, Harken T, Blum M, Harper C, Darney P, et al. Sometimes they used to whisper in our ears: health care workers' perceptions of the effects of abortion legalization in Nepal. *BMC Public Health*. 2012;12(1):297-315.
10. Möller A, Öfverstedt S, Siwe K. Proud, not yet satisfied: The experiences of abortion service providers in the Kathmandu Valley, Nepal. *Sexual Reproduc Health Care*. 2012;3(4):135-40.
11. Goldman LA, García SG, Díaz J, Yam EA. Brazilian obstetrician-gynecologists and abortion: a survey of knowledge, opinions and practices. *Brasil. Reproduc Health*. 2005;15(2):10-3.
12. Faúndes A, Duarte G, Osis J, Andalaft J. Variações no conhecimento e nasopiniões dos ginecologistas e obstetras brasileiros sobre o aborto legal, entre 2003 e 2005. *Rev Bras Ginecol Obstet*. 2007;29(4):192-9.
13. Medeiros R, Azevedo G, Oliveira E, Araújo F, Cavalcanti F, Araújo G, et al. Opinião de estudantes dos cursos de Direito e Medicina da Universidade Federal do Rio Grande do Norte sobre o aborto no Brasil. *Rev Bras Ginecol Obstet*. 2012;34(1):16-21.
14. Lisker R, Carnevale A, Villa A. Acceptance of induced abortion amongst medical students and physicians in Mexico. *Rev Invest Clín*. 2006;58(4):305-12.
15. Contreras X, Dijk M, Sánchez T, Sanhueza P. Experiences and Opinions of Health-Care Professionals Regarding Legal Abortion in Mexico City: A Qualitative Study. *Studies Rev Fam Plann*. 2011;42(3):183-90.
16. Szulik D, Gogna M, Petracci M, Ramos S, Romero M. Anticoncepción y aborto en Argentina: perspectivas de obstetras y ginecólogos. *Salud Pública Méx*. 2008;50(1):32-9.
17. Vasquez D, Das Neves A, Golubicki J, Di Marco I, Loudet C, Roberti J, et al. Critical care providers' opinion on unsafe abortion in Argentina. *Internat J Gynecol Obstet*. 2012;116(3):249-52.
18. Fletcher H, Gordon-Strachan G, McFarlane S, Hamilton P, Frederick JA. Survey of providers' knowledge, opinions, and practices regarding induced abortion in Jamaica. *Internat J Gynecol Obstet*. 2011;113(3):183-6.
19. Rodríguez M, Martínez I, Soto J, Concheiro L, Muñoz J. University students' attitudes towards Voluntary Interruption of Pregnancy. *Legal Medicine*. 2012;14:209-13.
20. Corte Suprema de los Estados Unidos. Sentencia 410 EE.UU 113 de 1973. Texas, 1973.

21. Jones R, Zolna M, Henshaw S, Finer L. Abortion in the United States: incidence and access to services, 2005. *Perspec Sex Reproduc Health*. 2008;40:6-16.
22. Freedman L, Landy U, Steinauer J. Obstetrician-gynecologist experiences with abortion training: physician insights from a qualitative study. *Contraception*. 2010;81(6):525-30.
23. Lipp A. A review of termination of pregnancy: prevalent health care professional attitudes and ways of influencing them. *J Clin Nurs* 2008;17:1683-1698.

Recibido: 27 de junio de 2013.

Aprobado: 14 de julio de 2013.

Celmira Laza Vásquez. División de Investigaciones. Fundación Universitaria de Ciencias-FUCS. Hospital de San José. Carrera 19 N° 8A-32. Bogotá, Colombia.
Dirección electrónica: claza1@fucsalud.edu.co, celmira.laza@gmail.com