

ESTUDIOS MULTICENTRICOS- BECAS CARRILLO-OÑATIVIA 2015

INFORME FINAL

Informe final presentado ante la Comisión Nacional Salud Investiga.

Ministerio de Salud de la Nación. Mayo de 2016

“Conocimientos, valoraciones y prácticas de estudiantes de medicina en relación a la asistencia en el campo de la salud sexual y reproductiva en Argentina”.

Nombre/s y Apellido del Coordinador/a: Dr. Fabián E. Portnoy

(Escuela de Salud Pública. Facultad de Medicina. UBA)

Nombre/s y Apellido de los becarios: Dra. María Eugenia Baieli (U. N. del Comahue)

Lic. Sebastián Caffera (Escuela de SP. UBA)

Lic. Silvina Dupraz (Escuela de SP. UBA)

Dra. Viviana Mazur (U.N. de La Matanza)

Dr. Fabián Portnoy (Escuela de SP. UBA)

Dr. Adrián Zelayeta (U.N La Plata)

Nombre/s y Apellido de colaboradores: Lic. Sebastián Sustas (Escuela de SP. UBA)

INFORME FINAL

Correspondencia. Dr. Fabián Portnoy.

Correo electrónico: fportnoy@intramed.net

El presente trabajo de investigación fue realizado con el apoyo del programa de becas “Ramón Carrillo-Arturo Oñativia”, categoría ESTUDIO MULTICENTRICO, otorgada por el Ministerio de Salud de la Nación, a través de la Comisión Nacional Salud Investiga.

No hubo conflictos de intereses durante la realización del estudio

Indice

Resumen	<i>Página 3</i>
Abstract	<i>Página 4</i>
Introducción	<i>Página 5</i>
Fundamento teórico-conceptual	<i>Página 8</i>
Estado del arte	<i>Página 11</i>
Objetivos del estudio	<i>Página 17</i>
Materiales y método	<i>Página 18</i>
Resultados	<i>Página 21</i>
Discusión	<i>Página 44</i>
Relevancia para la Salud Pública	<i>Página 50</i>
Comunicación de los resultados	<i>Página 51</i>
Agradecimientos	<i>Página 52</i>
Referencias bibliográficas	<i>Página 53</i>

Resúmen.

En los últimos años ha habido, en nuestro país, avances importantes en el marco jurídico en temas relacionados con la salud y los derechos sexuales y reproductivos. Se han implementado nuevas leyes, normativas y protocolos que han ampliado el marco de acceso a algunas prestaciones y reconocimientos, se han incrementado las ofertas de opciones anticonceptivas (tales como la Contracepción Quirúrgica (CQ), la Anticoncepción de Emergencia (AHE), los implantes anticonceptivos), se han ampliado las interpretaciones de la ley sobre aborto no punible (ANP), entre otras.

Sin embargo, da la impresión que estos cambios no han impactado enfáticamente en las prácticas de muchos médicos y equipos sanitarios.

Sabiendo que esta situación puede deberse a múltiples factores, centramos nuestro **objetivo** en indagar, describir y analizar los conocimientos, las opiniones, las valoraciones y las prácticas de estudiantes avanzados de la carrera de Medicina de cuatro universidades del país (UBA, UNLP, UNLaM y Comahue) en relación a la asistencia en el campo de la salud sexual y reproductiva.

Dados el carácter exploratorio-descriptivo del estudio y sus objetivos específicos, se ha trabajado con un **diseño** basado en la complementación de dos técnicas de relevamiento de información: el cuestionario semiestructurado y los grupos focales, que fueron aplicados a estudiantes de medicina de los últimos años de 4 facultades.

Los **resultados** del trabajo muestran que las valoraciones y conocimientos de los estudiantes presentan diferencias y que éstas están muy asociadas a la facultad en la que están estudiando y que, en términos generales, poseen una formación deficitaria en temas del campo de la salud sexual y reproductiva. La información recabada muestra la necesidad de introducir cambios curriculares, pedagógicos y metodológicos que refuercen la formación de los estudiantes, (y de los docentes) sobre diversas facetas del campo de la salud y los derechos sexuales y reproductivos.

Palabras clave: estudiantes de medicina, conocimientos, actitudes y prácticas, salud reproductiva.

ABSTRACT

During last years, Argentina has seen significant advances in the legal framework in areas related to health and sexual and reproductive rights. Among others, new laws, rules and protocols have been implemented, which have enlarged the access framework to some benefits and acknowledgements; the offers of birth-control options have been increased (such as the Surgical Contraception (SC), the Emergency Contraception (EC), and Contraceptive Implants (CI)); interpretations on legal abortion (LA) law have been broaden. However, it seems that these changes have not emphatically affected many doctors and sanitary teams' practices.

Knowing that this situation may be due to multiple factors, we center our objective in investigating, describing and analyzing the knowledge, assessments and practices of advanced students of Medicine of four national universities¹, regarding the assistance in the field of the sexual and reproductive health.

Given the exploratory-descriptive nature of the study and its specific objectives, we have worked with a design based on the complementation of two techniques of information gathering that have been applied to advanced medicine students in four medical schools: the semi-structured questionnaire and the focus groups.

The results of the research show that students' assessments and knowledge, present differences and these differences are highly correlated with the school in which they are studying and that, in general terms, they possess a poor training in topics of the field of sexual and reproductive health. The gathered information shows the necessity of introducing curricular, pedagogic and methodological changes that reinforce students' training (and that of teachers) on various facets of the field of health and sexual and reproductive rights.

KEY WORDS: Medical students, Knowledge, Attitudes and Practice, Reproductive Health

¹ UBA-University of Buenos Aires, UNLP-National University of La Plata, UNLaM-National University of La Matanza and UNC-National University of Comahue.

Introducción.

En los últimos años ha habido, en nuestro país, avances importantes en el marco jurídico en temas relacionados con la salud y los derechos sexuales y reproductivos. Se han implementado nuevas leyes, normativas y protocolos que han ampliado el marco de acceso a algunas prestaciones y reconocimientos, se han incrementado las ofertas de opciones anticonceptivas (tales como la Contracepción Quirúrgica (CQ), la Anticoncepción de Emergencia (AE), los implantes anticonceptivos), se han ampliado las interpretaciones de la ley sobre aborto no punible (ANP), entre otras.

Sin embargo, daría la impresión que estos cambios no han impactado enfáticamente en las prácticas de muchos médicos y equipos sanitarios.

Algunos estudios (CONDERS, 2010) (Pecheny M, 2012), muestran claramente que persisten trabas por parte de los profesionales de la salud para cumplir con la legislación vigente y garantizar el acceso de la población a recursos anticonceptivos tales como la anticoncepción de emergencia y la contracepción quirúrgica.

Estos estudios revelan que la anticoncepción quirúrgica continúa siendo en la actualidad el método en que se visibilizan con mayor claridad los prejuicios, preconceptos, desconocimientos y estereotipos de género todavía prevalentes en el sistema médico. Así, pareciese que los derechos de las personas “entran en conflicto con convicciones personales de prestadores o funcionarios; aunque también es posible detectar falta de conocimiento científicamente basado, y actualizado.” (CONDERS, 2010)

En relación al aborto, algunos especialistas en el tema han estimado que, en la Argentina, se producirían anualmente entre 335.000 y 500.000 abortos (Pantelides E, 2009) y las complicaciones derivadas de esos abortos se ubican entre las primeras causas de mortalidad materna en el país y de los egresos hospitalarios por causas obstétricas.

Por ejemplo, para el período 2007-2011, el aborto fue la primera causa individual de muerte materna (23%), tal como lo ha sido en las últimas 3 décadas. En el mismo quinquenio, más de la mitad de las provincias argentinas (17 de 24) tuvieron las complicaciones relacionadas con el aborto como la primera causa individual de Muerte Materna. (Romero M, 2011)

Al igual que en la mayoría de América Latina (excepto Puerto Rico, Cuba y Guyana), en Argentina el aborto está legalmente restringido. El artículo 86 establece dos excepciones en las que el aborto no es punible: si el aborto “se ha hecho con el fin de evitar un peligro para la vida o la salud de la madre y si este peligro no puede ser evitado por otros medios”; y “si el embarazo

proviene de una violación o de un atentado al pudor cometido sobre una mujer idiota o demente.” (Código Penal, Libro Segundo, Título I, Capítulo I).

A pesar de la clara definición de los casos que no son punibles, raras veces las mujeres en esas situaciones pueden acceder a su derecho a un aborto legal y seguro. En consecuencia, salvo en contadas excepciones, la prohibición del aborto es total, incluyendo los que están permitidos por la ley (Chiarotti S, 2006).

Una de las hipótesis que orienta esta investigación es que, además de las consideraciones anteriormente señaladas, persisten ciertas dificultades que obstaculizan la accesibilidad de las usuarias de los servicios de salud a estos insumos. Estos obstáculos, que son de diversa índole, actuarían reproduciendo inequidades sociales y de género con las consecuencias descriptas.

A sabiendas de que la situación descrita puede deberse a múltiples factores (desconocimiento del marco legal, deficientes condiciones materiales o físicas para implementar u operativizar dichos cambios, desvaloración acerca del impacto en salud que tendría la puesta en práctica de estos derechos, no acuerdo con los cambios, entre otros), en nuestro estudio centramos la atención en los conocimientos científicos y del marco legal, y en los posicionamientos ante estos temas de estudiantes avanzados de la carrera de Medicina de cuatro universidades del país (UBA, UNLP, UNLaM y Comahue).

Entendemos a la formación de pregrado como un momento privilegiado para debatir concepciones, a sabiendas de que éstas impactarán en los conocimientos, actitudes, posicionamientos y destrezas de los futuros médicos.

Dado que se trata de un área de indagación sobre la que, en nuestro país, se dispone de escasos conocimientos acumulados y que se trata de un tema ciertamente sensible, resulta imprescindible conocer las valoraciones y percepciones de los estudiantes avanzados de medicina y describir sus opiniones y conocimientos vinculados con la recomendación y el asesoramiento en estas áreas: anticoncepción de emergencia, contracepción quirúrgica y aborto no punible.

En definitiva, el estudio pretende aportar información útil para comprender y dimensionar si el desarrollo de las competencias profesionales modifica las opiniones y actitudes sobre estos temas y el peso de las concepciones, valoraciones y conocimientos a la hora de tomar decisiones prácticas en el trabajo sanitario.

Analizar y sistematizar los conocimientos, opiniones y valoraciones de los estudiantes acerca de los marcos legales, los aspectos epidemiológicos, biomédicos y académicos podría constituir, a su vez, un aporte a la hora de diseñar estrategias para facilitar el acceso de la población a estos

insumos y prestaciones y contribuir a mejorar la calidad de la atención y de los servicios, los indicadores de salud específicos y el cumplimiento de derechos reproductivos.

Fundamento teórico-conceptual.

La presente propuesta de investigación parte de la certeza de que las decisiones que toman los profesionales médicos, a la hora de definir algunas intervenciones, son el resultado de un proceso en el que no sólo entran en juego el conocimiento científico. Dicho proceso incorpora, además, la experiencia vivida, los grupos de pertenencia, las creencias y las valoraciones del propio sujeto, entre otras cuestiones.

La historia de las ciencias de la salud nos muestra un sinnúmero de situaciones que dan cuenta de la convivencia de lógicas diferentes, muchas veces opuestas, en los profesionales de la salud. En este sentido es interesante resaltar que la evidencia per se, o el conocimiento obtenido a partir del método científico, no son condición suficiente para modificar puntos de vista que suponen asumir acciones concretas.

Esa historia nos ha dejado un sinnúmero de anécdotas que muestran la resistencia que, entre los profesionales médicos, tuvieron algunas experiencias. Ejemplo de ello es la de Ignaz Semmelweis en su esfuerzo por demostrar la asociación entre el lavado de manos y la transmisión de la fiebre puerperal (Semmelweis I, 1843). O la de Doll y Hill con su trabajo que demuestra la asociación entre el tabaquismo y el cáncer de pulmón (Dool R, 1950). Estos autores debieron soportar, durante años, denostaciones en relación a sus hallazgos. En este sentido es dable destacar que la resistencia a la que hacemos referencia se basaba principalmente en concepciones no científicas o en falsas evidencias y dan cuenta de la dificultad que genera entre los profesionales, la adopción de nuevas perspectivas cuando éstas interpelan las creencias y las prácticas.

En la práctica áulica es habitual que muchos estudiantes avanzados de medicina sostengan concepciones sobre el embarazo y maternidad en la adolescencia o la anticoncepción que no son coincidentes con el saber científico y experimental, pero que conviven con éstos sin contradicción aparente y ofrecen enorme resistencia a ser modificados.

Es un hecho común que los marcos teóricos reconocidos y valorados por la comunidad científica, así como sus métodos de indagación, no sean considerados a la hora de tomar decisiones o sufran un sinnúmero de modificaciones que los vacían de sentido. Es por lo menos paradójico que se acuerde teóricamente con un determinado conocimiento o marco conceptual, pero que no se lo ponga en juego a la hora de resolver las problemáticas que nos plantea la práctica profesional.

Por ejemplo, el saber profesional adjudica a lo “social” una parte importante de la génesis de muchos de los problemas con que se enfrenta, pero no le reconoce incumbencia en la práctica de atención. Así, al recortar radicalmente su propio objeto de trabajo, excluyendo en la práctica otras

dimensiones de la realidad que no sea lo biológico, se resienten y reducen las posibilidades de generar mejores resultados en salud. (Portnoy F, 2014)

Gramsci sostiene que en los sujetos coexisten dos concepciones del mundo, una afirmada con palabras y otra en los hechos. Esto no debe explicarse por la mala fe, sino que tiene su origen en el hecho de que los grupos sociales, cuando se mueven de modo orgánico, “han adoptado, por razones de sumisión y subordinación intelectual, una concepción ajena, prestada por otro grupo, que es la que afirma con sus palabras”. (Paoli A, 1989)

En este sentido se nos presenta una contradicción entre el hacer, su justificación y las intenciones. De modo aparentemente armónico estas concepciones sobreviven en un mismo individuo configurando su sentido común. Somos entonces poseedores de un “sentido común” que es depositario de pesadas y confusas herencias filosóficas y teológicas, es “la filosofía de los no filósofos ... es la concepción del mundo absorbida acriticamente por los diversos ambientes sociales y culturales en que se desarrolla la actividad del hombre medio”. (Gramsci A, 1958)

El “sentido común” se desarrolla y define en interacción con el ordenamiento de la vida social. De él se tomarán referencias y ordenamientos que justifiquen o reprobren los actos de la vida pública y privada. Desde el punto de vista de su elaboración, la “coherencia” del sentido común es un conjunto de respuestas conceptuales y de acción que se han ido formando para adaptarse a esas circunstancias. Las adopciones que se sucedieron en el pasado de un pueblo y se han ido sedimentando en su actuar y pensar, constituyen los recursos culturales de los que ese pueblo puede echar mano.

Al decir de Paoli, “Todos los hombres son filósofos: incluso en la más mínima manifestación de una actividad intelectual está contenida de una determinada concepción del mundo. Por la conformación de un sentido común, se pertenece a su agrupamiento. No es fácil romper con todas las identidades que a uno lo han conformado”. (Paoli A, 1989)

La experiencia ordinaria cotidiana atraviesa nuestras divisiones entre posible-imposible, real-irreal, interior-exterior, aquí-allí, ahora-entonces, sujeto-objeto, ilusión-realidad, en todo momento. Demasiado a menudo hemos de admitir que aquello que no puede ser, ha de ser, únicamente porque es. Todos nosotros nos encontramos en un mundo que encierra en su interior nuestra estimación del mismo, lo que indica, lo que significa y lo que consideramos es su procedencia. Interpretamos y construimos lo que somos a la luz de la luz o la oscuridad en que nos hallamos, y de la que nunca podremos escapar. (Laing R, 2002)

El análisis propuesto por Pozo nos muestra que la investigación realizada por la psicología cognitiva en estas últimas décadas ha mostrado de modo convincente que esa supremacía de lo teórico sobre la práctico, de lo explícito o formal sobre lo implícito o intuitivo, aunque pudiera ser

deseable en algunos ámbitos, está muy alejada del funcionamiento cognitivo habitual, natural de la mente humana, donde más bien tiende a suceder lo contrario: los procesos y las representaciones implícitas suelen tener primacía o prioridad funcional con respecto a los procesos y representaciones, es decir, suelen funcionar de manera más eficaz, rápida y con menor costo cognitivo, por lo que no resulta fácil que se abandonen al adquirir conocimientos explícitos o formales incongruentes con ellos. Lograr la primacía o el control del conocimiento explícito sobre las creencias implícitas –actuar de acuerdo con nuestras ideas, en lugar de acabar pensando en función de nuestras acciones- es más una conquista cognitiva y cultural, un logro de la instrucción que el modo defectivo o natural de funcionar de la mente humana, por lo que no podemos darlo por supuesto, sino que es preciso diseñar deliberada o intencionalmente escenarios y situaciones sociales que lo favorezcan. Ésta sería una de las funciones de la educación formal. (Pozo J, 2006)

El reconocimiento de que los estudiantes de medicina son poseedores de un sentido común y de teorías implícitas y su consiguiente análisis, puede brindarnos la posibilidad de identificar las representaciones que obstaculizan la puesta en práctica de los conocimientos científicos actuales y la garantía del ejercicio de los derechos reproductivos. En este ejercicio se abre la posibilidad del cambio.

Para nuestro estudio, partimos de entender a la investigación en salud como una herramienta fundamental en la medida en que permite conocer de un modo sistemático las diferentes lógicas que están operando en el sistema, quiénes las producen, desde qué lugares y cómo interactúan. No nos referimos aquí a la investigación que parte de considerar sujetos de investigación por un lado (los investigadores) y objetos a ser investigados por otro (los estudiantes universitarios), sino a la investigación que considera que la pesquisa en salud es la investigación de sujetos sobre sujetos, un encuentro en el que el investigador reflexiona con otros sujetos sobre las prácticas y saberes de estos últimos. Los sujetos de la investigación son actores inteligentes, que no sólo brindan información sino que tienen capacidad de reflexionar sobre la información que brindan y de modificar sus prácticas como resultado de este proceso. (Weller S, 2004).

En este contexto, intentaremos abordar algunos temas del campo de la salud sexual y reproductiva que aparecen, al menos, como polémicos y originarios de múltiples debates.

Es interesante reseñar que los temas escogidos (aborto no punible, anticoncepción de emergencia y quirúrgica) cuentan con legislaciones y recomendaciones oficiales que garantizan derechos y accesibilidad a la prestación de servicios y bienes.

Estado del arte.

No son muchos los estudios publicados acerca de las opiniones y valoraciones de estudiantes de medicina sobre temas de salud reproductiva.

En relación al aborto, algunos equipos de investigación han indagado acerca de las posturas de los médicos en formación.

En la Universidad de São Paulo, Brasil, se aplicó una encuesta que incluyó estudiantes de las carreras de medicina y de derecho, para conocer la opinión de grupos ligados a la problemática del aborto en razón de su formación universitaria (Meira A, 1989) Los resultados mostraron que sólo 12 de los 291 estudiantes encuestados se oponían al aborto en cualquier circunstancia, y que el resto se dividió prácticamente a la mitad entre quienes lo admitían sin restricción alguna y quienes lo aprobaban sólo en algunas circunstancias. Otro hallazgo fue que no se encontraron diferencias de opinión estadísticamente significativas por sexo ni entre los estudiantes de las dos carreras. En el caso particular de los 155 estudiantes de medicina, casi la mitad (47,7%) opinó que el aborto podría realizarse sin restricciones; entre éstos, la mayoría (66,7%) indicó que la decisión correspondía a la pareja, el 25% señaló que competía sólo a la mujer, y el 8,3% que sólo a los médicos. Del total de los 155 estudiantes de medicina, sólo 4 se opusieron al aborto bajo cualquier indicación.

Otra investigación fue realizada en la Escuela de Medicina de la Universidad Johns Hopkins (USA). Uno de sus propósitos era explorar la actitud de los estudiantes de medicina en relación a las circunstancias bajo las cuales practicarían el aborto o remitirían pacientes para ello (Dans, 1992). De acuerdo con los resultados, en una muestra de 301 estudiantes de cuarto año de la carrera, sólo 7 manifestaron que nunca harían un aborto ni referirían el caso bajo ninguna circunstancia. De los restantes, casi la mitad (47%) indicó que no haría un aborto, pero que referiría a las pacientes con otros practicantes en ciertas situaciones. La otra mitad señaló que haría el aborto y que también referiría los casos en algunas circunstancias. Con excepción de los 7 estudiantes que manifestaron oponerse al aborto en cualquier circunstancia, la totalidad de los incluidos en el estudio admitió la interrupción del embarazo por riesgo para la vida de la mujer, el 94% en casos de violación y el 88% cuando existen alteraciones fetales severas. El 73% lo aprobaron cuando el embarazo amenaza la salud mental de la mujer, y un 61% por falla de métodos anticonceptivos; poco menos de la mitad (46%) admitió la solicitud de la mujer, independientemente de la razón, como indicación para el aborto.

En esta dirección, existen diversos estudios que ponen el foco en el accionar de los trabajadores de la salud a partir de indagar acerca de sus conocimientos y percepciones en relación con un determinado problema de salud. En la mayoría de estos estudios, el problema sanitario abordado

refleja una serie de conflictos y polémicas no saldadas, aún en el ámbito científico. Temas tales como el aborto, la anticoncepción de emergencia y la eutanasia han sido estudiados desde esta perspectiva.

La mayoría de estos estudios hacen referencia a problemas en el nivel de conocimientos específicos de los trabajadores de salud, a actitudes moralizantes o valorativas de muchos profesionales en relación a las prácticas sexuales y las actitudes preventivas que adoptan o no sus pacientes. (Szulik D, 2002) (Paiva V, 2003)

Muchas veces los profesionales refieren cierta incomodidad al indagar acerca de estas cuestiones e identifican problemas en la propia formación curricular en estas áreas. (Weller, 2004)

Estas cuestiones, que aparecen como generadoras de angustia y preocupación entre los profesionales, se traducen en imposiciones o retaceos de la información que brindan a las mujeres o en la omisión de la oferta de ciertas prácticas preventivas validadas.

En nuestro país, un estudio con tocoginecólogos de 25 hospitales de CABA y Conurbano bonaerense (Ramos S, 2001) concluye en que es necesario implementar acciones de sensibilización y capacitación destinadas a ampliar la perspectiva de los profesionales para comprender de manera más integral las necesidades de las mujeres. Por una parte, parece necesario ampliar sus perspectivas respecto de la noción de salud, incluyendo no solo la física, sino también la psíquica y social. Resultó llamativo observar que aun cuando acuerdan con que la despenalización del aborto contribuiría a disminuir las muertes maternas, no acuerdan con la despenalización en caso de situación social y económica adversa. Dado que la mortalidad materna debida a complicaciones de aborto afecta exclusivamente a las mujeres más pobres de nuestra sociedad, estos dos argumentos parecen contradecirse.

Distintas investigaciones (Nathanson C, 1977; Francome C, 1992) han mostrado que en las actitudes de los médicos frente al aborto influyen factores diversos, como los de carácter ético, religioso, político, jurídico y médico-científico. Se ha encontrado también que estas actitudes tienen relación con elementos como el género, la edad o el tipo de práctica que los profesionales realizan. Los hallazgos de diferentes autores indican que aún en los contextos donde las leyes permiten el aborto, bajo condiciones amplias (razones médicas, motivos socioeconómicos o a solicitud de la mujer), coexisten sectores de médicos con posiciones diversas. Se ha observado, por ejemplo, que la interrupción del embarazo por razones médicas (riesgo para la salud o la vida de la mujer, malformaciones fetales) durante el primer trimestre es ampliamente aceptada por los médicos; sin embargo, sus opiniones difieren en el caso del aborto después de este lapso, o cuando las indicaciones rebasan el ámbito de las razones terapéuticas y obedecen a otro tipo de circunstancias,

como la edad de la mujer, sus condiciones socioeconómicas, las fallas de métodos anticonceptivos, el embarazo producto de violación o la decisión personal de abortar.

Por otro lado, la actitud de los médicos es un aspecto central en la aplicación de las leyes sobre el aborto. Las experiencias de distintos países han mostrado que la prestación institucional de servicios de aborto es un asunto políticamente delicado, que polariza las opiniones y genera importantes controversias. En muchos casos, el proporcionar o negar tales servicios depende en gran medida del criterio de los profesionales de la salud: " con frecuencia ellos controlan el acceso al aborto y la efectiva instrumentación de la decisión de la mujer, (...) para algunos médicos y enfermeras, el aborto representa un conflicto ético o moral entre su compromiso personal con lo que perciben como salvar vidas y la solicitud de la mujer para terminar su embarazo no deseado" (David, 1992).

Sobre el comportamiento de los profesionales de la salud ante las mujeres con complicaciones de aborto, un trabajo recientemente publicado indica que "el aborto pone en funcionamiento una serie de reacciones profundamente enraizadas en la subjetividad de los agentes de salud, fundadas en modelos ideológicos referidos a la maternidad y la sexualidad, a la vez que reactualiza prejuicios de clase y refuerza relaciones de poder propias de la atención médica en nuestra sociedad. En este sentido, la intervención técnica está ligada a una función de control social, de modo que la función punitiva no ha sido ni es ajena a la práctica médica" (González A, 1995). La formación universitaria tampoco propicia en los médicos una comprensión cabal de los aspectos jurídicos del aborto. Un estudio realizado en el Hospital de la Mujer, de la Secretaria de Salud de la capital mexicana mostró que más del 90% de los 48 profesionales médicos entrevistados sabían que la interrupción del embarazo no es punible cuando éste es resultado de una violación, pero una tercera parte ignoraba que tampoco lo es cuando existe peligro para la vida de la mujer (Elú M, 1993).

Las consideraciones éticas y religiosas, así como el temor de los médicos al estigma de "aborteros", tienen sin duda gran influencia en el hecho de que muchos de los profesionales y las instituciones públicas de salud se rehúsen a practicar abortos incluso bajo las circunstancias amparadas por la ley. Sin embargo, es necesario apuntar que, en nuestro contexto, tiene también especial importancia la comprensión inadecuada de las leyes. Al parecer, el escaso conocimiento de la legislación y/o las interpretaciones restrictivas inducen a que los médicos en general asuman que el aborto es ilegal en casi cualquier circunstancia. Así, " ... aunque está claro para jueces y abogados que la ley no demanda que una mujer, cuya vida corre peligro si el embarazo continúa, se exponga a morir, este hecho no es siempre tan diáfano para los profesionales de la salud" (Cook, 1991).

Vale la pena reseñar que, en nuestro país, y a partir de varios fallos y en particular a partir de la resolución de la Corte Suprema de Justicia de la Nación del año 2012, se ha trabajado por la interpretación amplia de la ley y en particular del artículo 86 del código penal, favoreciendo el

acceso desde la perspectiva del derecho de las mujeres a la práctica del aborto no punible ya sea por causal salud como cuando la causal es violación.

Como ya fue referido, en la Argentina los embarazos no deseados y los abortos constituyen un problema para la salud pública y para el ejercicio de los derechos sexuales y reproductivos de mujeres y varones. Uno de los instrumentos que puede contribuir a prevenir dicho problema es la anticoncepción hormonal de emergencia, aquella que impide la fecundación con posterioridad al coito, en un plazo no mayor a cinco días. La población en edad reproductiva no parece haber incorporado aún este instrumento en el conjunto de métodos anticonceptivos disponibles, ni tampoco el sistema de salud ha brindado la información y la atención necesarias. (Pecheny, 2010)

En relación a investigaciones que tomaron en cuenta las opiniones y prácticas de los médicos en relación a la Anticoncepción de Emergencia, un estudio (Galvao L, 2000) demostró que, a pesar de que los ginecólogos brasileños mostraban una actitud favorable a su utilización, tenían escasos conocimientos acerca de la correcta prescripción, y muchos mitos en relación a su utilización. Esto puso en evidencia la falla de los métodos tradicionales de difusión entre los profesionales para cambiar las actitudes y asegurar conductas de calidad. A modo de ejemplo, en este estudio los profesionales temían que las mujeres hagan mal uso de la AE o la usen en lugar de un método regular.

En ese sentido, una investigación llevada a cabo en Escocia (Glasier A, 1998) reveló que las mujeres que recibieron AE para tener a mano en caso de necesidad, no eran más proclives a utilizarlos en forma repetida que aquellas que recurrían a los servicios de salud a obtener AE cuando la necesitaban.

En una investigación que involucró a 175 médicos generales colombianos, llamó la atención como solo la mitad de los profesionales participantes informó estar dispuesto a utilizarla personalmente o con su pareja, hecho que puede indicar la existencia de un pobre conocimiento en relación a la efectividad del método o temores infundados que pueden ser los mismos que están presentes en la comunidad en general. (Monterrosa Castro A, 2002)

Un estudio cualitativo realizado en Brasil, que involucró efectores de salud, reveló que a pesar del bajo nivel de prescripciones de AE por parte de los médicos, existe un alto consenso en que la AE esté accesible para la población a través de los programas de salud reproductiva, enfatizando la necesidad de provisión supervisada por profesionales de salud. (Hardy E, 2001)

En definitiva, los resultados de los diferentes estudios relevados coinciden en que, por diferentes motivos, es aún baja la prescripción de AE en muchos de los países latinoamericanos.

Vale la pena señalar que la AE está aprobada por la OMS, la Federación Internacional de Planificación de la Familia (IPPF) y las agencias reguladoras de la mayoría de los países,

incluyendo la ANMAT y la FDA y está contemplada entre los insumos que distribuye a las provincias el Programa de Salud Reproductiva y Procreación Responsable del Ministerio de Salud de la Nación.

Otra cuestión clave es la omisión o el desconocimiento del marco de derechos y obligaciones de los profesionales de la salud, situación que afecta directamente la resolución de los problemas que padece la población usuaria del sistema, situación relevada en un estudio con médicos de la Ciudad de Buenos Aires. (Portnoy F. 2005)

Desde el año 2006, la Argentina cuenta con la Ley 26.130 sobre anticoncepción quirúrgica (AQ) Su aprobación fue crucial para facilitar el acceso a este método pero, en términos generales, subsisten obstáculos para que mujeres y varones puedan acceder a este recurso. En primer lugar, algunos datos muestran que aún es escaso el conocimiento de la población general acerca de esta opción anticonceptiva. (Pantelides E, 2007)

Un estudio reciente realizado en nuestro país (Pecheny M, 2012) ha mostrado las dificultades existentes para garantizar efectivamente la prestación de este servicio. Los resultados muestran barreras específicas a la ligadura y a la vasectomía en relación con la incompleta o distorsionada aplicación de la ley nacional, el privilegio de determinados perfiles de mujeres (por ejemplo, multíparas, y/o con riesgo alto para la salud frente a un nuevo embarazo), la falta de orientación y consejería a potenciales usuarias y usuarios, la falta de integración de los servicios de urología con servicios y programas de salud sexual y reproductiva, la persistencia de valores.

El estudio documenta los factores que obstaculizan o facilitan el acceso a la AQ. Estos no dependen solamente de criterios técnico-médicos, de costos, asistenciales o informativos, sino que, como la mayor parte de las cuestiones ligadas a la sexualidad, el cuerpo y la reproducción, la AQ involucra concepciones políticas, éticas, culturales, legales, sociales, religiosas, y culturas profesionales. Esos condicionantes operan en el ámbito de la consulta, los servicios y las políticas públicas, favoreciendo u obstaculizando su indicación y/o demanda de género rígidos que incluyen mitos relativos a la femineidad y a la virilidad, entre otras.

Definiciones teóricas

Partimos de entender las **prácticas**, como la habilidad o experiencia que se adquiere con la realización continuada de una actividad y/o destreza. Las prácticas, y las reflexiones que ellas generan, dan lugar a los **conocimientos**, que se definen como el conjunto organizado de datos e información destinados a resolver un determinado problema.

Nos detenemos en el análisis de las **actitudes** ya que presumimos que más allá de las prácticas y conocimientos adquiridos por el personal del sistema de salud, son las actitudes las que influirán en la determinación de los nudos críticos antes planteados. La definición aportada por Kimball Young, quien la define como la “tendencia o predisposición aprendida, más o menos generalizada y de tono afectivo, a responder de un modo bastante persistente y característico, por lo común positiva o negativamente (a favor o en contra), con referencia a una situación, idea, valor, objeto o clase de objetos materiales, o a una persona o grupo de personas”, seguramente permitirán aportar valiosos elementos para la predicción de conductas. Las actitudes están determinadas por las percepciones y creencias hacia un objeto (componente cognoscitivo), por el sentimiento en favor o en contra de dicho objeto (componente afectivo) y por la tendencia a reaccionar hacia los objetos de una determinada manera (componente conductual). (Young K, 1967.)

Objetivos del estudio.

Objetivo general.

- Indagar, describir y analizar los conocimientos, las opiniones, las valoraciones y las prácticas de los estudiantes de medicina en relación a la asistencia en el campo de la salud sexual y reproductiva.

Objetivos específicos

- Explorar los conocimientos, valoraciones y prácticas que poseen los estudiantes de medicina en relación a la asistencia en el campo de la salud sexual y reproductiva, abordando específicamente Anticoncepción de Emergencia (AE), aborto no punible (ANP) y contracepción quirúrgica (CQ).
- Determinar el grado de relevancia que otorgan a estos temas como quehacer científico, social y profesional y como problemas de salud pública.
- Determinar el grado de conocimiento que poseen sobre las normas jurídicas referidas a AE, ANP y CQ.
- Caracterizar a la población estudiada según variables sociodemográficas e institucionales y analizar la asociación entre esas variables y los conocimientos, valoraciones y prácticas de los entrevistados.

Materiales y métodos

Dados el carácter exploratorio-descriptivo del estudio y sus objetivos específicos, se ha trabajado con un diseño basado en la complementación de dos técnicas de relevamiento de información: el cuestionario semiestructurado y los grupos focales que fueron aplicados a estudiantes de medicina de los últimos años de 4 facultades de medicina.

Las unidades de análisis han sido los estudiantes de medicina participantes del estudio

Las encuestas semiestructuradas y los grupos focales han sido aplicados respetando los siguientes criterios de inclusión: 1) ser estudiante regular de la carrera de medicina y 2) haber cursado y aprobado las asignaturas referidas al campo específico de estudio (ginecología, salud de la mujer, salud reproductiva, medicina legal).

Hubo especial interés en garantizar la voluntariedad y el anonimato de los participantes, lo que fue explicitado en el momento del contacto para invitar a realizar la encuesta y los grupos y durante la realización de los mismos.

Previo a la realización de las encuestas y grupos focales se presentó un consentimiento informado, que fue aceptado por la totalidad de los participantes, en el que se garantizaba la confidencialidad de la información relevada.

La selección de dicho diseño permitió realizar una aproximación cuali-cuantitativa, buscando conocer las ideas, valoraciones y expectativas que estudiantes de medicina tienen en relación a algunos temas específicos del campo de la salud sexual y reproductiva.

La planificación y desarrollo del trabajo comprendió 12 meses, tiempo de duración de la beca.

Como fue comentado, en principio se utilizó una **entrevista semiestructurada**, con 33 campos de indagación, que contempló la exploración de tres dominios:

- **Conocimientos:** indagar acerca de conceptos biomédicos, programáticos y legales en relación a AHE, contracepción quirúrgica y aborto no punible: Indicaciones, contraindicaciones, métodos, mecanismo de acción, eficacia, efectos adversos, preparados, dosis, posologías, situación legal, existencia como insumo del Programa de Salud Reproductiva y Procreación Responsable.
- **Actitudes:** indagar acerca de condicionantes de la prescripción y recomendación del uso

- **Prácticas:** conocer si efectivamente estos temas se encuentran incorporados y de qué forma a las prácticas cotidianas de esta población, resolución de situaciones clínicas hipotéticas y reales, información suministrada ante consultas.

Para la obtención del tamaño de muestra se tuvo en cuenta como única variable discriminante la pertenencia a los diferentes establecimientos educativos que participaron del estudio: Universidad de Buenos Aires (UBA), Universidad Nacional de La Plata (UNLP), Universidad Nacional de la Matanza (UNLaM), y Universidad Nacional del Comahue (Comahue).

El tamaño de muestra teórico obtenido producto del diseño muestral del proyecto fue de 447 estudiantes. Los criterios que se tomaron para la obtención de la muestra fue una distribución no proporcional a las poblaciones de estudiantes de medicinas de dichas universidades, con el propósito de disminuir los errores muestrales en las universidades con menor cantidad de alumnos.

La elección de los establecimientos obedeció a criterios de cercanía, facilidad de ingreso y programas de estudio con estructuras curriculares diferentes

La participación e inserción laboral de los investigadores en las diferentes facultades seleccionadas permitió establecer contacto con los posibles entrevistados. Al momento de invitarlos a participar del estudio, todos los investigadores cumplían roles docentes en las diferentes facultades lo que facilitó el contacto con los estudiantes y el ofrecimiento a participar del estudio.

Se realizaron en total 447 encuestas. Para la confección de la encuesta, se contó con los aportes de los investigadores y de un especialista en diseño de estudios exploratorios con vasta experiencia en investigaciones del campo de la salud sexual y reproductiva. La validez y confiabilidad del instrumento se verificó en terreno (prueba piloto) antes del desarrollo del proyecto. La versión preliminar de la encuesta fue aplicada a un grupo de estudiantes de una de las facultades donde se desarrolló el estudio. Tras la prueba piloto, se modificó la estructura teniendo en cuenta los comentarios y observaciones acontecidos.

Dado que este estudio adhirió a los instrumentos nacionales e internacionales que regulan los aspectos éticos vinculados a las investigaciones no clínicas en salud y en ciencias sociales, se le dio la importancia correspondiente a la lectura del consentimiento informado. El proyecto fue revisado y aprobado por el Comité de Ética del Hospital Garrahan de la CABA.

Dada la flexibilidad que adquiere la metodología cualitativa, y el carácter exploratorio del estudio, también se ha utilizado la técnica de los grupos focales.

Los grupos focales con estudiantes tuvieron como objeto profundizar los resultados de las encuestas, una vez identificados algunos nudos críticos en la información provista por el instrumento estandarizado utilizado, que merecieron un abordaje cualitativo.

Los dominios de exploración fueron: las prácticas, conocimientos y actitudes. Partimos de entender las prácticas, como la habilidad o experiencia que se adquiere con la realización continuada de una actividad y/o destreza. Las prácticas, y las reflexiones que ellas generan, dan lugar a los conocimientos, que se definen como el conjunto organizado de datos e información destinados a resolver un determinado problema.

Nos detenemos en el análisis de las actitudes ya que presumimos que más allá de las prácticas y conocimientos adquiridos por los estudiantes, son las actitudes las que influirán en la determinación de los nudos críticos antes planteados. La definición aportada por Kimball Young, quien la define como la “tendencia o predisposición aprendida, más o menos generalizada y de tono afectivo, a responder de un modo bastante persistente y característico, por lo común positiva o negativamente (a favor o en contra), con referencia a una situación, idea, valor, objeto o clase de objetos materiales, o a una persona o grupo de personas”, seguramente permitirán aportar valiosos elementos para la predicción de conductas. Las actitudes están determinadas por las percepciones y creencias hacia un objeto (componente cognoscitivo), por el sentimiento en favor o en contra de dicho objeto (componente afectivo) y por la tendencia a reaccionar hacia los objetos de una determinada manera (Componente conductual). (Young K, 1967)

Si entendemos que la temática a abordar trae aparejada que los temas de sexualidad jueguen un rol protagónico, podemos asegurar que uno de los “objetos” principales que determinarán las actitudes del personal de salud estará vinculado con sus propias percepciones, creencias, prejuicios e historia personal sobre estos temas.

Entonces, en cada uno de estos dominios de exploración hemos recabado informaciones específicas:

Conocimientos: indagación acerca de conceptos biomédicos, programáticos y legales en relación a AHE, ANP y CQ: Indicaciones, contraindicaciones, métodos, mecanismo de acción, eficacia, efectos adversos, preparados, dosis, posologías, situación legal, existencia como insumo programático.

Actitudes: indagación acerca de condicionantes de la indicación y recomendación del AHE, CQ y ANP.

Prácticas: indagación acerca de las prácticas personales en relación a AHE, CQ y ANP así como las recomendaciones al respecto realizadas a entornos cercanos (amigos, familiares, parejas, consultas de guardia, etc.).

Resultados.

La encuesta.

Hemos organizado la presentación de resultados de manera tal que expresen el material obtenido en la aplicación de cada una de las técnicas utilizadas: encuesta semiestructurada y grupos focales.

Entonces, en principio presentaremos una descripción y análisis de los datos producto del relevamiento por encuestas en población de estudiantes de las facultades de medicina de las universidades que participaron del estudio: Universidad de Buenos Aires (UBA), Universidad Nacional de La Plata (UNLP), Universidad Nacional de la Matanza (UNLaM), y Universidad Nacional del Comahue (Comahue).

Descripción de la muestra.

Como ya fue explicado, para la obtención del tamaño de muestra se tuvo en cuenta como única variable discriminante la pertenencia a los diferentes establecimientos educativos que participaron del estudio: Universidad de Buenos Aires (UBA), Universidad Nacional de La Plata (UNLP), Universidad Nacional de la Matanza (UNLaM), y Universidad Nacional del Comahue (Comahue). El tamaño de muestra teórico obtenido producto del diseño muestral del proyecto fue de 448 estudiantes. Los criterios que se tomaron para la obtención de la muestra fue una distribución no proporcional a las poblaciones de estudiantes de medicinas de dichas universidades, con el propósito de disminuir los errores muestrales en las universidades con menor cantidad de alumnos. En la tabla 1 se puede observar la conformación final de la muestra por universidad de pertenencia.

Tabla 1: Conformación de la muestra final de alumnos de medicina según universidad de pertenencia

Universidad	Alumnos ~	n proporcional	n corregido	n final
UBA	590	300	210	264
Comahue	60	31	60	48
UNLaM	50	27	50	38
UNLP	150	81	128	97
totales	810	447	447	447

Para la estrategia de análisis de datos se seleccionaron como variables independientes el género de los alumnos, la edad declarada al momento de la encuesta y la universidad de pertenencia. La última de las variables de cruce fue la que presentó una mayor variabilidad de información, dando cuenta así de diferencias significativas. Los resultados de los datos que aquí se presentan harán referencia sólo a los cruces de cada una de las variables respecto de la universidad de pertenencia. Sin embargo, en la sección de anexos se presentan los cruces según el género y la edad de los casos.

Cobertura de salud

Respecto de la cobertura de salud (P4), alrededor de la mitad de los estudiantes de la UBA manifiesta tener una cobertura de salud prepaga o privada, porcentaje que se reduce a menos del 10% para los estudiantes de la UNLP. Cerca de $\frac{3}{4}$ partes de estos últimos indican tener obra social como cobertura, seguidos por los estudiantes del Comahue con un 58.3%.

Relevancias temáticas para la salud pública en el país

Se aplicó una batería de preguntas con escalas de tipo Likert para dar cuenta de la opinión de los estudiantes de medicina respecto de la importancia o relevancia que deberían tener diferentes problemáticas de salud pública. Dichas escalas indicaban un máximo nivel de relevancia con el valor 1, y un mínimo con el valor 5.

En la **Tabla 2**, presentamos un resumen de los promedios de respuesta otorgados por los estudiantes. Al mostrar un único indicador por temática –los promedios–, es posible visualizar de forma más sencilla las diferencias entre las respuestas de los estudiantes según su universidad de

pertenencia. Cuanto más cercano a 1 sea el promedio mayor relevancia, cuando más cercano a 5, menor relevancia de dichas temáticas en términos de salud pública.

Tabla 2: Tabla resumen de relevancias temáticas según pertenencia universitaria (en promedios).

	Base/	Universidad			
	Promedios	UBA	UNLaM	Comahue	La Plata
	447	264	38	48	97
Embarazo en la adolescencia	1,19	1,13	1,47	1,35	1,16
ITS	1,24	1,21	1,39	1,17	1,29
Abuso sexual	1,28	1,24	1,53	1,33	1,26
Aborto	1,32	1,3	1,39	1,44	1,27
Cuidados prenatales	1,35	1,33	1,47	1,52	1,27
VIH/Sida	1,36	1,25	1,87	1,47	1,4
Cáncer genitomamario	1,37	1,42	1,51	1,24	1,25
AHE	1,92	1,85	2,11	1,98	2,02
Vacuna HPV	1,92	1,87	2,54	2	1,75
Infertilidad	2,26	2,25	2,54	2,31	2,18
Reproducción asistida	2,33	2,34	2,45	2,44	2,2
Eutanasia	2,35	2,36	2,81	2,4	2,13
Contracepción quirúrgica	2,5	2,57	2,95	2,34	2,24
Clonación	3,67	3,6	4	3,85	3,65

Para los estudiantes de medicina de las diferentes universidades participantes del estudio, las temáticas más relevantes en términos de salud pública pueden agruparse en cinco subgrupos. El primero de ellos compuesto por el embarazo en la adolescencia (1.19), seguida de las ITS (1.24), el abuso sexual (1.28); el segundo grupo por el aborto (1.32), los cuidados prenatales (1.35), el VIH/Sida (1.36), y el cáncer genitomamario (1.37); un tercer grupo con un grado de relevancia levemente menor aparecen las temáticas de AHE (1.92) y la vacuna de HPV (1.92); un cuarto grupo con menor relevancia relativa donde se encuentra las temáticas de infertilidad (2.26), reproducción asistida (2.33), eutanasia (2.35) y contracepción quirúrgica (2.5). Finalmente, con valores que indican poca relevancia (3.67) se ubica la temática de la clonación conformando está sola temática el quinto grupo.

Al tomar las universidades de pertenencia como variable de cruce, observamos algunas diferencias importantes respecto a las opiniones en torno a las relevancias temáticas otorgadas por los estudiantes. Los estudiantes de la UNLaM, matizan la relevancia de todos los grupos temáticos, mientras que los estudiantes de las UBA suelen tener respuestas que acentúan la relevancia de las

temáticas agrupadas en el primer y segundo grupo. Los estudiantes de la UNLP tienen respuestas que acentúan la relevancia de determinadas temáticas respecto de los promedios totales de la muestra, particularmente en las temáticas de embarazo en la adolescencia, abuso sexual, aborto, cuidados prenatales, cáncer genitomamario y vacuna de HPV. Por su parte, los estudiantes del Comahue matizan la relevancia de las temáticas del primer y segundo grupo, salvo las temáticas de ITS y cáncer genitomamario.

Métodos anticonceptivos

Se indagó la opinión de los estudiantes de medicina acerca de cuál creían debería ser el rol del sistema público de salud en torno a informar y suministrar diferentes métodos anticonceptivos: desde informar y proveer, pasando por informar y no proveer, o no informar pero sí proveer, hasta ni informar ni proveer (**P6**). Más del 96% de los estudiantes señaló que el rol del sector público en salud debería ser el de informar y proveer pastillas anticonceptivas y preservativos. Este porcentaje disminuye a cerca del 84% cuando se refiere al DIU y la AHE, al 81% cuando se refiere a la ligadura tubaria, a cerca del 74% cuando se refiere a la vasectomía, al 67% cuando se refiere a anticonceptivos hormonales inyectables y al 62% cuando se refiere a los implantes. La disminución porcentual se debió siempre a expensas de la categoría de informar pero no proveer. La categoría ni informar ni proveer se mantuvo en porcentajes cercanos al 0%, salvo en los casos de los métodos anticonceptivos irreversibles donde este porcentaje alcanza a superar levemente el 1%.

Al observar la distribución de respuestas según las universidades de pertenencia de los estudiantes encontramos algunas diferencias importantes. Tanto los estudiantes de la UNLaM como del Comahue indican porcentajes mayores al total muestral que el sistema público debería informar y proveer DIU (92% y 96% respectivamente). Misma tendencia es posible de observar para la AHE (92% y 90% respectivamente). Para los estudiantes de estas mismas universidades, también los métodos anticonceptivos irreversibles debieran ser informados y suministrados en mayor medida: en el caso de la ligadura tubaria en un 90% y un 94% respectivamente, y en el caso de la vasectomía en un 92% en ambas poblaciones universitarias de estudiantes.

Por su parte, un gran porcentaje de estudiantes de la UBA (44%) indican que los implantes subdérmicos debieran sólo ser informados pero no suministrados. Finalmente, las tendencias de respuestas de los estudiantes de la UNLP suelen seguir la distribución de respuestas del total de la muestra.

También se indagó en torno al conocimiento de provisión gratuita de los diferentes anticonceptivos por parte del sistema público de salud (**P7**). La ley 25.673 que crea el Programa Nacional de Salud Sexual y Procreación Responsable (PNSSyPR) sancionada en el 2002, y la ley 26.130 que establece el derecho a la realización de las prácticas denominadas “ligadura de trompas” y “vasectomía”, establecen el derecho y la gratuidad a gran parte de los anticonceptivos mencionados en la serie de preguntas P6.² El conocimiento de la provisión gratuita alcanzó a cerca de la totalidad de los estudiantes para solo dos de los anticonceptivos mencionados: preservativos (99.6%), píldoras (96.4%). Estos porcentajes comienzan a descender con otros métodos anticonceptivos: DIU (76.5%), AHE (70.7%), anticoncepción quirúrgica (68.7%), inyectables (58.8%), e implantes subdérmicos (43.4%).

Al observar la distribución de conocimiento según la universidad de pertenencia encontramos también diferencias importantes. Por un lado los estudiantes de las facultades de UNLaM y Comahue presentan mayores porcentajes de conocimiento en torno al suministro gratuito de los métodos anticonceptivos, seguidos por los de la UNLP o por los de la UBA. Las respuestas que indican un suministro gratuito alcanzan para el caso del DIU un 95%, 98%, 82% y 68% respectivamente, para el caso de la AHE los porcentajes 97%, 85%, 57%, y 69% respectivamente.

Finalmente, se indagó acerca de la utilización de los diferentes métodos anticonceptivos en la vida sexual de cada uno de los encuestados. Tomando como referencia temporal al último año, se indagó por el método empleado de forma más frecuente (**P8**), y luego a la utilización de otros métodos utilizados con anterioridad (**P9**).

En ambas preguntas, es posible observar diferencias según el género de los encuestados, mostrando un patrón común bien documentado por diversas investigaciones en la temática, el mayor empleo del preservativo por parte de los hombres y la mayor utilización de las pastillas anticonceptivas por las mujeres.

Respecto de los métodos anticonceptivos más frecuentes empleados en el último año, el más utilizado fue el preservativo (79.6%) y las pastillas (66%). En tercer lugar de participación porcentual aparece la AHE (7.4%), y luego diversos métodos anticonceptivos “no modernos”, o con un mayor grado de incertidumbre respecto de su efectividad como el *coitus interruptus*, y el método del “calendario” (Ogino-Knauss). Este patrón de respuesta también es similar al indagar sobre los métodos empleados con anterioridad, aumentando, –como es de esperar al indagar la utilización de alguna vez en la vida–, los porcentajes de mención.

² Los métodos anticonceptivos subdérmicos o subcutáneos no aparecen expresamente en dichas leyes, pero fueron

Anticoncepción hormonal de emergencia (AHE)

En concordancia con los objetivos del estudio, el cuestionario incluyó un módulo específico dedicado a la anticoncepción hormonal de emergencia (AHE), con el propósito de indagar en torno al conocimiento específico de los componentes activos de dicho método, el empleo y los modos de empleo y dosificación, y la opinión en torno a su uso.

Ya hemos comentado acerca de las múltiples dificultades que las personas tienen, muchas veces, para acceder a un método anticonceptivo. También dimos una idea acerca de la magnitud del aborto en nuestro país como problema de salud pública

Se abre así un campo donde la aplicación de la Anticoncepción Hormonal de Emergencia (AHE), entendida como los métodos hormonales que pueden ser usados para prevenir un embarazo luego de una relación sexual sin protección anticonceptiva, contribuiría a la prevención de muchos de los embarazos no deseados y demás problemas planteados, así como al cumplimiento constitucional de la preservación de los derechos humanos en general, y de las mujeres en particular.

Los métodos anticonceptivos de emergencia (AE) ocupan una posición especialmente importante en la variedad de opciones actualmente disponibles.

Tiene una finalidad precisa: son los únicos métodos que las mujeres pueden usar para prevenir un embarazo después de haber tenido una relación sexual sin protección anticonceptiva o ante la falla de un método.

Constituyen, además, una parte esencial del tratamiento para las mujeres que son víctimas de violencia sexual. Son efectivos, seguros y simples de utilizar para la mayoría de las mujeres que pudieran necesitarlos.

Su uso es excepcional y no reemplaza a los métodos regulares. Su principal ventaja es la de ofrecer una "segunda oportunidad" en la última línea posible de prevención luego de la exposición al riesgo de un embarazo no deseado.

No existen, en relación a la AE, restricciones legales y, como otros métodos anticonceptivos, es una práctica preventiva enmarcada en la estrategia de Atención Primaria de Salud. (Portnoy F. 2005)

En relación a nuestro estudio, casi la totalidad de los estudiantes de medicina conocen la AHE (99.3%), porcentajes que no encuentran diferencias significativas según la universidad de pertenencia (**P10**). Al indagar en torno al uso personal de la AHE en alguna ocasión, el 55.5% indica haberla utilizado en alguna oportunidad. Este porcentaje aumenta en el caso de los estudiantes del Comahue (64.6%) y la UNLP (62.9), y disminuye para los estudiantes de la UNLaM

(28.9%). Mientras que los estudiantes de las UBA se encuentran en valores similares al total muestral (**P11**).

Al indagar si alguna vez asesoraron a alguien sobre la AHE (**P12**), el 66.7% respondió afirmativamente, cifra que aumenta en el caso de los estudiantes de la UNLP (80.4%), y desciende en los estudiantes de la UNLaM (57.9%). Del total de los estudiantes que participaron del estudio, el 56.8% señaló conocer el nombre comercial y/o la droga específica de la AHE (**P13**), cifra que aumenta en los estudiantes de la UNLaM (65.8%) y la UNLP (63.9).

En la actualidad son muchas las investigaciones que abordan diferentes aspectos referidos a la AHE, sin embargo todas coinciden en su carácter no abortivo.

Sin especificar los componentes activos de la AHE, se indagó en los estudiantes cuales consideraban que eran los mecanismos de acción de la AHE (**P15**). Un 54.4% señaló que impide la implantación, un 50.1% que altera el moco cervical impidiendo la migración espermática, un 36.5% que dificulta la unión óvulo/espermatozoide, un 22.4% que retrasa la ovulación, y un 4% que provoca aborto. Por ser una pregunta de respuestas múltiples, es posible observar similitudes en los porcentajes de determinadas categorías y también ciertas diferencias, pero teniendo en cuenta estas diferencias, las categorías con mayor mención encuentran ciertas regularidades. Por su parte, la categoría que refiere a la acción abortiva sólo encuentra menciones en estudiantes de la UBA (4.2%) y la UNLP (7.2%).

Otro aspecto abordado en la encuesta es le referido a la frecuencia de utilización de la AHE. En tal sentido se preguntó acerca de cuantas veces se puede emplear la AHE en el lapso de un año (**P16**). Las categorías “Hasta tres veces al año” y “Las que sean necesarias para evitar un embarazo” presentan los mayores porcentajes de respuestas, 38% y 39.4% respectivamente. Sólo los estudiantes de las universidades de la UNLaM y Comahue mencionaron porcentajes por arriba de los porcentajes muestrales: 50% y 47.9% respectivamente.

Asimismo, indagamos en la población de estudiantes en qué tipo de situaciones recomendarían la utilización del AHE (**P17**). En la Tabla 3 presentamos un resumen de los porcentajes en que sí recomendarían la AHE para cada una de las situaciones planteadas.

Tabla 3: Situaciones en la que recomendaría el uso de la AHE según pertenencia universitaria (en %).

Situación donde recomendar uso de AHE	Base	Universidad			
		UBA	UNLaM	Comahue	UNLP
	447	264	38	48	97
Abuso sexual/violación	96,0%	96,6%	97,4%	100,0%	91,8%
Ante rotura de preservativo en una relación sexual	94,2%	94,3%	94,7%	93,8%	93,8%
Relación sexual no prevista	56,4%	51,9%	73,7%	66,7%	56,7%
No uso de método anticonceptivo	54,6%	51,5%	73,7%	56,3%	54,6%
Olvido de píldoras anticonceptivas	40,9%	38,6%	55,3%	39,6%	42,3%

La situación de abuso sexual o violación se presenta como aquella con mayor porcentaje de recomendación de empleo de la AHE (96%). En segundo lugar, situaciones accidentales de rotura de preservativo ante una relación sexual (94.2%). En estas dos situaciones asociadas a coerciones o violencia sexual en primer lugar, o cierto azar no favorable que se convierte en riesgo en el segundo caso, no se encuentran diferencias significativas según las universidades de pertenencia de los estudiantes. Sin embargo, cuando la recomendación del empleo de la AHE aparece asociada a factores que involucran ciertas instancias de las acciones de autonomía individual, los porcentajes de recomendación descienden de forma notoria: una relación sexual no prevista encuentra un 56.4% de recomendación de empleo de AHE, el no uso de método anticonceptivo un 54.6%, y el olvido del empleo de píldoras anticonceptivas un 40.9%. Estos porcentajes a nivel del total de la muestra encuentran variaciones según las universidades de pertenencia de los estudiantes. Así, mientras los estudiantes de la UBA y la UNLP tienen un patrón de respuesta levemente inferior al porcentaje del total, los estudiantes de la UNLaM presentan porcentajes significativamente más elevados que el resto de los estudiantes. Por ejemplo, ante una relación sexual no prevista o el no uso de método anticonceptivo, el 73.7% mencionan que recomendarían el uso de la AHE.

Finalmente, se cierra el módulo de preguntas en torno a la AHE a partir de indagar en torno a la identificación de poblaciones específicas a las cuales se les recomendaría tener disponibilidad de AHE (**P18**). Cerca de la mitad de los estudiantes menciona que recomendaría tener disponibilidad de AHE para los usuarios/as habituales de preservativos (49.2%) y para las no usuarias de métodos anticonceptivos (48.1%). El porcentaje desciende de forma notoria para las usuarias de píldoras anticonceptivas (20.6%).

Contracepción quirúrgica

Desde el año 2006, la ley 26.130 establece el derecho a la realización de las prácticas denominadas “ligadura de trompas de Falopio” y “ligadura de conductos deferentes o vasectomía” en los servicios del sistema de salud de Argentina. Al comenzar el módulo de indagación en torno a las contracciones quirúrgicas lo primero que fue relevado es el grado de conocimiento de dichas prácticas anticonceptivas y el grado de legalidad de las mismas. Para el caso de la ligadura de trompas, el porcentaje de conocimiento de dicha práctica como legal alcanzó a cerca del 97% (**P19**), mientras que para la vasectomía dicha categoría se situó unos puntos porcentuales por debajo, con cerca del 92% (**P20**). Al indagar sobre las condiciones de acceso a las prácticas de contracepción quirúrgica, dos categorías concentraron el mayor porcentaje de respuestas: el 81.2% mencionó la categoría “la sola petición de la/el paciente y su consentimiento”, y el 60.4% ser mayor de edad, los cuales son los requisitos establecidos por la anteriormente menciona ley (**P21**).

Vale la pena destacar que, en este tema, no existieron diferencias significativas entre las respuestas dadas por los encuestados de las diferentes facultades

Aborto

En Argentina, el aborto sigue siendo considerado “un delito contra la vida” por el Código Penal argentino (Título 1, Capítulo 1). Sin embargo, determinados causales son considerados no punibles: a) en casos de peligro para la vida de la mujer; b) en los casos de peligro para la salud de la mujer; c) cuando el embarazo sea producto de una violación; y d) cuando el embarazo sea producto del atentado al pudor sobre mujer idiota o demente.

Teniendo en cuenta este contexto, en primer lugar indagamos en torno al conocimiento de las situaciones en las cuales es permitido el aborto en nuestro país en término legales (**P22**). La situación de “riesgo para la vida de la mujer” alcanzó un 95.3% de mención, en segundo lugar “embarazo producto de una violación” con 77.2%, en tercer lugar “riesgo para la salud de la mujer” con un 34.9%, y “malformación congénita” con un 22.4%. El resto de las situaciones planteadas, y de hecho no contempladas legalmente como instancias no punibles, tuvieron una mención marginal.

En el año 2012 la Corte Suprema de Justicia precisó el alcance de los abortos no punibles eximiéndolos de la intervención judicial en casos de violación, permitiendo así ayudar a derribar algunas de las barreras de acceso al aborto permitido por la ley.

Teniendo este hito en mente, indagamos en torno a cuales eran las condiciones de acceso para la realización de un aborto no penado en nuestro país (**P23**). El “consentimiento informado de la

mujer” fue la categoría con mayor participación porcentual (52.6), seguida de “autorización del juez” (41.2%), y “declaración jurada de la mujer” (33.6%). Al observar la distribución de respuestas según la pertenencia universitaria se encuentran diferencias importantes. Los estudiantes de la UNLaM mencionan en un porcentaje mucho menor en el caso de la “autorización del juez” (23.7%), como así también aumentan el porcentaje de mención para la categoría “declaración jurada de la mujer” (47.4%). Esta tendencia de (des)conocimiento se presenta de forma inversa particularmente en los estudiantes de la UBA, y en parte en los estudiantes de la UNLP. Mientras que en aquellos del Comahue los porcentajes se encuentran cercanos al total muestral.

Indagamos en torno al conocimiento del misoprostol, componente empleado para la interrupción del embarazo con medicamentos (**P24**). Al respecto, existe suficiente evidencia de que el aumento en su utilización se ha visto acompañado por una significativa reducción de la morbilidad y mortalidad asociadas al aborto. (Faúndes *et al.*, 1996; Viggiano *et al.*, 1996)

Casi la totalidad de los estudiantes manifestaron conocer dicho componente, aunque tomando las universidades de pertenencia fue posible observar diferencias de hasta 10 puntos porcentuales (90.7% para UNLP y 100% para UNLaM).

Con el propósito de vincular aspectos de opinión y creencias con la práctica profesional médica, planteamos una situación hipotética en la cual los estudiantes, en su rol de médicos ya graduados, reciben una consulta de una mujer con un embarazo de pocas semanas que tiene decidido interrumpirlo (**P26**). Antes esta situación, se plantean una serie de respuestas. “Le explico que no puedo hacer nada para ayudarla por qué no es legal” es la opción con mayor porcentaje de respuestas (46.1%). Sin embargo esto se debe a expensas de la contribución de los alumnos de la UBA, de los cuales 57.2% de ellos responde de dicha manera. Cerca del promedio porcentual muestral se ubican los estudiantes de la UNLP, mientras que sólo un 20.8% de los estudiantes del Comahue, y apenas el 2.6% de la UNLaM responden de dicha opción.

“Le explico cómo interrumpirlo con pastillas” alcanza un 23.7% de mención a nivel global, cifra similar de mención que los alumnos de UNLP. Sin embargo, los estudiantes del Comahue responden en mayor medida en dicha categoría (39.6%), y aún más acentuado, los estudiantes de la UNLaM (65.8%). Por su parte, los alumnos de la UBA, presentan un porcentaje menor de respuestas, con apenas un 14.8%.

La categoría “no puedo ayudarla por qué no acuerdo con el aborto” encuentra mayor grado de mención en los estudiantes de la UBA (11.7%), seguidos de la UNLP (7.2%), seguidos luego por la UNLaM (5.3%) y Comahue (2.1%).

Con el objetivo de implicar a los encuestados de forma personal, se plantea la misma situación antes descrita, pero en este caso refiriendo que aquella mujer que realiza la consulta es una amiga

cercana o familiar (**P27**). Aunque se mantienen los mismos patrones que en la situación anterior, el grado de menor ajenidad se ve reflejado en cierto relajamiento de las respuestas, en particular en los alumnos de las universidades de la UBA y UNLP. En ambos casos, los porcentajes de la categoría “le explico que no puedo hacer nada para ayudarla por qué no es legal” se observan disminuidos a expensas del aumento relativo de “le explico cómo interrumpirlo con pastillas”. Asimismo, llama la atención que en los alumnos de la UBA la categoría “no puedo ayudarla por qué no acuerdo con el aborto” aumenta –aunque levemente– su porcentaje de mención al referir a una situación de mayor implicancia de tipo afectiva personal.

Posteriormente realizamos una indagación expresamente directa de las concepciones en torno a la despenalización del aborto a partir de preguntar los grados de acuerdo frente a situaciones específicas, las cuales incluían situaciones contempladas por el código penal como no punibles, como aquellas otras penadas por la ley que contemplan aspectos asociados a la autonomía de los individuos como causales que motiven la interrupción (**P28**). En la Tabla 4 presentamos los grados de acuerdo de cada una de las situaciones planteadas según la universidad de pertenencia de los estudiantes.

Tabla 4: Situaciones en la que acuerda con la interrupción del embarazo según pertenencia universitaria (en %).

Situaciones	Base	Universidad			
		UBA	UNLaM	Comahue	La Plata
	447	264	38	48	97
Si la vida de una mujer corre peligro debido al embarazo o el parto	93,5%	93,6%	92,1%	95,8%	92,8%
Si una mujer idiota o demente quedó embarazada debido a una violación	93,3%	93,2%	94,7%	93,8%	92,8%
Si el feto tiene una malformación incompatible con la vida extrauterina	91,9%	90,2%	94,7%	91,7%	95,9%
Si una niña menor de quince años quedó embarazada debido a una violación	88,1%	86,7%	86,8%	91,7%	90,7%
Si una mujer quedó embarazada debido a una violación	87,9%	85,6%	92,1%	93,8%	89,7%
Si la salud mental de una mujer se ve afectada por el parto y/o la crianza del niño/a	47,7%	40,5%	68,4%	72,9%	46,4%
Si una mujer no desea ese hijo/a	38,7%	32,6%	60,5%	62,5%	35,1%
Si una mujer quedó embarazada porque falló el método anticonceptivo	34,7%	27,7%	63,2%	56,3%	32,0%
Si una mujer piensa que un hijo/a le ocasionará inconvenientes para el desarrollo de su vida laboral/profesional	25,5%	19,3%	50,0%	45,8%	22,7%
Si una mujer ha sido abandonada por su pareja	20,1%	15,9%	36,8%	41,7%	14,4%

Un primer grupo que aparece con grados elevados de acuerdo, lo constituyen aquellas causales contempladas por el código penal que refieren a la priorización de la vida de la mujer, violencias y coerciones sexuales (en menores y/o adultos), y en caso de malformación del feto. Los porcentajes de acuerdo disminuyen drásticamente cuando se alude a la salud mental, al deseo de tenencia del hijo, a la falla del método anticonceptivo, a situaciones que aluden a aspectos de tipo socioeconómico y de tipo afectivo. Aunque el patrón descrito se mantiene en términos generales, hay diferencias significativas según la pertenencia universitaria. Mientras los alumnos de la UBA y la UNLP muestran respuestas más restrictivas a medida que las situaciones se alejan de las causales contempladas por la ley, los alumnos de la UNLaM y Comahue aumentan su participación porcentual en aquellas situaciones que involucran aspectos relativos al orden de la salud psico-social, y situaciones que aluden grados diferenciales de autonomía de las mujeres respecto de la decisión de continuar o no el embarazo. Esta tendencia encuentra sostén en las últimas instancias de indagación del módulo de aborto, en la cual hacemos expresa referencia a los grados de acuerdo con situaciones que le ley debería contemplar para la interrupción voluntaria del embarazo (P29).

La cercanía con la temática se corporiza en aquellos estudiantes que atravesaron por una instancia de interrupción voluntaria del embarazo (P30). Sólo unos pocos mencionaron haberla vivenciado. Al indagar sobre las situaciones de brindar información o asesoramiento sobre la temática al círculo íntimo de los entrevistados, se mantiene una relativa cercanía (**P31**). El 26.2% de los estudiantes de medicina mencionó haber realizado dicho asesoramiento, cifra que aumenta notoriamente en el caso de los alumnos del Comahue (47.9%).

Preguntas de consistencia

Al final del cuestionario aplicamos dos instancias de preguntas de consistencia. La primera de ellas vinculada la influencia de la religión en las respuestas (**P32**), y la segunda en torno a la comodidad frente a las temáticas indagadas (**P33**). En el primer caso, la influencia religiosa se presenta con menor grado de importancia en los estudiantes de las universidades de UNLaM y la UNLP. Respecto de la comodidad temática, parece no haber grandes incomodidades (83.9% de comodidad y 10.1% de indiferencia).

Conclusiones del trabajo con las encuestas

A modo de conclusión exponemos algunas líneas de análisis que permiten poner en diálogo aspectos de tipo programático –el abordaje de diferentes temáticas en las instituciones universitarias–, y áreas que remiten a valoraciones, creencias y opiniones que se ponen en juego desde un punto de vista social, y que involucran las trayectorias individuales de los estudiantes que participaron en el estudio.

Indagar sobre cuál debería ser el rol del sistema público en relación a informar y proveer diferentes métodos anticonceptivos, no sólo permite observar la opinión sobre las especificidades de los diferentes MAC, sino también introducir un aspecto asociado al suministro e información en torno a la salud sexual y reproductiva enmarcada en una perspectiva de derecho garantizada desde el Estado. En tal sentido, las brechas observadas entre los porcentajes que refieren a informar y proveer diferentes MAC, permiten mostrar los umbrales diferenciales en que la se encuentra incorporada la perspectiva de derecho por parte de los estudiantes de las diferentes universidades. Al respecto, las respuestas de los estudiantes de las universidades de UNLaM y del Comahue, permiten pensar en una mayor incorporación de dicha perspectiva de forma ampliada, aspecto que

se condice con las legislaciones en torno a la salud sexual y reproductiva que fueron desplegadas desde comienzos del nuevo milenio en nuestro país.

Con la creación en el 2002 del PNSSyPR, la incorporación de la AHE al kit de métodos puestos a disposición de la población por dicho programa, y la legislación que establece el derecho a las contracciones quirúrgicas en el 2006, la agenda pública en torno a la salud sexual y reproductiva encuentra márgenes importantes de visibilidad. Indagar sobre el conocimiento de dicha agenda, permite mostrar instancias que sobrepasan las responsabilidades de tipo individual que pudieran recaer sobre los estudiantes, y habilita a pensar en cómo dicha agenda pública es tematizada en las diferentes instituciones universitarias.

La AHE se expone como un caso particular dentro de los MAC. Por un lado forma parte de los diferentes métodos disponibles para la población suministrados por el PNSSyPR; por otro lado, se ubica en un lugar de frontera, signado más por instancias de tipo valorativa que por sus efectivos mecanismos de acción. En concreto, más allá de las investigaciones científicas que han demostrado los mecanismos de acción, sobrevuela aún un halo que la sitúa como un método abortivo. Las diferentes situaciones en las que los estudiantes recomendarían el empleo de la AHE se constituyen en las referencias empíricas en que se corporiza el mencionado lugar de frontera. En tal sentido, la AHE encuentra mayores porcentajes de recomendación ante un abuso o violencia sexual, pero dichos porcentajes comienzan a descender drásticamente cuando su utilización aparece asociada a la no planificación de la relación sexual.

Consideramos que posicionamientos en torno a la sexualidad que encuentren sustento predominante en aspectos de tipo anatómico-fisiológico refuerzan perspectivas del tipo esencialistas, que en este caso pueden cobrar forma en cierto rechazo hacia la imposibilidad de “controlar” los instintos sexuales. Al contrario, una perspectiva de la sexualidad constructivista, que incorpore la faceta de producción social y cultural a los aspectos biológicos, permite comprender las situaciones en toda su complejidad. Particularmente, pensar en recomendar la AHE incluso en aquellas situaciones donde diferentes contextos pudieron haber llevado a la no utilización de algún método anticonceptivo.

En el módulo donde se indaga en torno al aborto se hacen explícitos algunos posicionamientos de tipo valorativo, que más allá de la legitimidad individual, implican aspectos relacionados al despliegue de derechos en torno a la salud sexual y reproductiva.

En primer lugar, se indagó en torno al conocimiento de lo que se denomina aborto no punible, el cual contempla diferentes causales, circunstancias y requisitos para su efectivización. Seguidamente, y de forma expresa con el propósito de vincular las concepciones y creencias en torno a aspecto que contemplan la sexualidad y el aborto con la práctica profesional, se indagó en

los grados de acuerdo con la despenalización del aborto en diferentes situaciones. Al respecto, los estudiantes de medicina en general mostraron grandes porcentajes de acuerdo con la interrupción del embarazo en aquellas situaciones que de hecho se encuentran contempladas por el código penal. Sin embargo cuando las alusiones incorporan aspectos de la salud mental, facetas de tipo socioeconómico, o aspectos relativos a la autonomía individual de las mujeres a decidir la continuidad o no del embarazo, los porcentajes de acuerdo descienden de forma significativa. Sin embargo, estas brechas son diferenciales según las universidades de pertenencia de los estudiantes. Las respuestas de los estudiantes UBA y la UNLP se situaron en posiciones más restrictivas en torno a la despenalización del aborto en las situaciones mencionadas, mientras que los estudiantes de la UNLaM y Comahue, aunque siguiendo cierto patrón general, mostraron respuestas significativamente más “liberales” o menos restringidas en torno a la despenalización del aborto.

Los posicionamientos en torno a la sexualidad y el género de los estudiantes de medicina contemplan aspectos que se presentan como centrales durante la práctica profesional médica, particularmente en los que refiere a la salud sexual y reproductiva. En tal sentido, las brechas observadas en las respuestas de los estudiantes de diferentes universidades exponen aspectos que desbordan valoraciones personales, y refieren a responsabilidades programáticas, que en definitiva son la condición necesaria para el despliegue del ejercicio de derechos. Es evidente que, durante los últimos años, estos derechos fueron siendo desplegados desde la agenda pública y sostenidos por diversos actores del campo sanitario, social y partidario. Asimismo, los patrones en que se corporizan las brechas de respuestas observadas según las universidades, habilitan a debatir sobre dos aspectos: a) las formas en que temáticas en torno a la sexualidad y el género son abordadas en las universidades; b) y como dichos abordajes pueden o no compartimentar temáticas que en definitiva tienen fundamentos en común.

Los grupos focales.

Los grupos focales con estudiantes tuvieron como objeto profundizar los resultados de las encuestas, una vez identificados algunos nudos críticos en la información provista por el instrumento estandarizado utilizado, que merecieron un abordaje específico.

Se realizaron 7 grupos en las diferentes facultades, en los que participaron un total de 42 alumnos/as.

Para la realización de los mismos se confeccionaron guías específicas para cada facultad, cuyos contenidos surgieron a partir del análisis en profundidad de las encuestas realizadas. En dicho análisis aparecieron cuestiones que merecieron un abordaje específico con una metodología cualitativa.

Estos espacios de encuentro tuvieron una finalidad inherente a la construcción de esta investigación: han sido *instancias* donde se analizaron de modo crítico los hallazgos, funcionando como fuente de validación y generación de nuevos datos e hipótesis.

Las entrevistas grupales fueron realizadas entre marzo y mayo de 2016, en cada una de las facultades y en horarios previamente acordados.

El análisis de lo acontecido en el trabajo con los grupos no apunta a obtener resultados cuantificables, sino describir situaciones recurrentes o “comportamientos típicos”, esto es, identificar patrones o pautas que expresen más claramente lo recabado en las encuestas.

En algunas ocasiones se hace referencia a “la mayoría” de los participantes, pero no se hace cuantificación de estos resultados pues no es ese el espíritu de las investigaciones de esta naturaleza. Las afirmaciones se basan en la lectura reiterada de los instrumentos de registro utilizados y los ejemplos que se muestran tienen valor no solo por su singularidad, sino porque expresan de modo elocuente situaciones que se han detectado durante el estudio.

Por esto mismo, y por entender que lo dicho por una persona puede expresar lo pensado o actuado por otras, es que se ha obviado toda referencia a la pertenencia institucional de los entrevistados a la hora de presentar los resultados. Esta decisión apunta también a preservar la confidencialidad de lo conversado en el marco del trabajo grupal. Al final de cada fragmento se aclara la categoría genérica de la persona y la sigla de codificación de la institución.

En la totalidad de los grupos se puso en discusión, al inicio del encuentro, si los temas abordados en las encuestas formaron parte de lo impartido en las cursadas de las diferentes materias de la carrera. Aquí aparece como evidente que las estructuras curriculares y, en particular, la metodología

de enseñanza guarda una estrecha relación con los aprendizajes y la posibilidad de problematizar críticamente temas que aparecen como controversiales.

A pesar de que los temas trabajados están incorporados en los planes de estudio de diferentes asignaturas (ginecología, obstetricia, medicina legal, farmacología, bioética, etc), las referencias acerca de si formaron parte de lo trabajado en clase son diversas.

“Son temas que aparecieron como sueltos en varias materias. En medicina legal vimos algo sobre el aborto. Y en Gineco vimos métodos anticonceptivos, pero muy por arriba, sin profundizar. Obviamente que todos conocemos los métodos.” (varón, F1)

“Por ahí un poquito en medicina legal, con respecto al aborto, de los causales, los abortos no punibles, o estas cuestiones. Y por ahí hay un seminario que es electivo, salud sexual y reproductiva que no todos lo hicimos. Yo el seminario no lo hice, pero por lo que tengo entendido, de mis compañeros, si. Como que ahí se aborda más básicamente...si es por las materias...no vimos mucho.” (mujer, F2)

“La visión de derechos la aprendimos en la carrera. Tenemos una formación muy grande en derechos sexuales y reproductivos desde el primer año. También ayuda tener las prácticas desde el principio. Estar en contacto con la gente te ayuda a cambiar la cabeza.” (mujer, F3)

”Si me parece para rescatar que en los métodos anticonceptivos en general, el que más vimos fue, anticoncepción hormonal, digamos, y lo vimos así... por arriba... Pero, por ejemplo el dispositivo intrauterino, cero te diría.” (varón, F1)

“Lo de aborto lo vimos en forma biológica en ginecología, como reconocer un aborto, cuando va a ser, cual tiene más riesgo, y las diferentes clasificaciones, que hacer en cada caso...Pero para mí nos faltó la parte psicológica de aborto, o sea, como ayudar a la persona que transcurra todo ese padecimiento, que cuando vamos al hospital y hay un caso los médicos como que se corren y llaman al servicio de salud mental, como que se ocupa otra gente. Para mí debería ser más integrado, tendría que estar la ginecóloga u obstetra y obviamente el servicio de salud mental, que está más entrenado en eso”. (varón, F4)

“El ángulo de la facultad es mas biologicista,no integra la parte psicológica, y la social.....que es un poquito lo que vemos ahora por ir a los centros de salud,....pero la parte social es lo mas flojito”. (varón, F4)

Darí la impresión de que no todas las facultades han incorporado con el mismo énfasis estos temas como parte de las materias cursadas. Aquí aparece un abanico de posibilidades que va de no haber recibido ninguna información sobre estos temas a otros casos en los que, los y las estudiantes, han recorrido un camino de estrecha cercanía con estos temas y los han problematizado en profundidad.

Algo similar ocurrió cuando abordamos en el trabajo grupal lo relativos a los temas específicos. Así, y en relación a la **Anticoncepción de Emergencia**, las referencias son variadas a la hora de evaluar la profundidad de los conocimientos.

“Bueno, pero en fármaco lo vimos como factor de riesgo cardiovascular, mujer fumadora.... angor... Pero jamás viendo el objetivo real, o sea, lo veíamos como un...como la parte mala... Mas que nada los efectos adversos, ¿me entendés?”. (varón, F1)

“Como los métodos anticonceptivos en general...muy por arriba...y yo creo que es porque es una cuestión cultural... ¿no? Uno va a una farmacia y pide una pastilla del día después...no pide ni Segurite ni nada por el estilo y así en la farmacia te la venden”. (mujer, F1)

“En el taller de habilidades clínicas siempre han privilegiado que aprendamos cosas prácticas. Y hemos aprendido todos los métodos. Hasta vimos colocar implantes en primer año”. (mujer, F3)

“Lo que pasa es que tampoco es un anticonceptivo...por eso ...nunca lo vimos dentro de anticonceptivos...no es que se usa siempre como anticonceptivos...es una pastilla de emergencia en casos especiales”. (Varón, F4)

Así aparece una amalgama de situaciones que muestran la disparidad de experiencias vivenciadas por los alumnos en su paso por las facultades.

Darí la impresión que en el trabajo áulico existe una suerte de priorización o valoración diferencial de los temas de salud abordados que otorga poco espacio a cuestiones ligadas a la “vida

privada de las personas” o puede verlas solo desde una mirada que prioriza los riesgos de ciertas prácticas sin sopesar los beneficios que se obtienen de su uso.

Algo similar ocurre cuando indagamos acerca de las actitudes y las prácticas que han tenido ante situaciones dilemáticas y/o situaciones concretas donde poner en práctica lo aprendido. Por ejemplo, al indagar acerca de si existe un límite en la frecuencia de utilización de la AHE.

“Si yo creo que si pasa...o sea es un fármaco y tiene sus efectos adversos y es una bomba de hormonas, entonces si la usamos muy seguido se descontrola todo el eje hormonal, entonces si tiene consecuencias...pueden no ser graves a veces, pero creo que no se justifica usarlo todos los meses.” (varón, F1)

“Yo tengo entendido que puedes tomarla tantas veces como la necesites, pero me parece que, nosotros particularmente como agentes de salud, lo que debemos recomendar, además de la píldora del día después y como tomarla es, bueno, no pasa nada si la toma cuantas veces la necesites pero lo ideal sería que utilices otro método anticonceptivo”.(mujer, F3)

“Me ha pasado de necesitar usarla y darme cuenta que no sabía nada: ni el nombre, ni como tomarla. Tuve que meterme en internet y averiguar ahí. Después pensaba, “estoy a punto de recibirme de médica!!” Qué horror!”. (mujer, F1)

“ Yo después me ponía a buscar en internet y ver de que la misma pastilla del día después se podía hacer con varias capsulas...comprimidos de un anticonceptivo común... no te puedes estar enterando por un foro de internet, y no tenerlo claro , porque eso en alguna materia de medicina se tendría que haber visto...tendríamos que haber tenido como las herramientas para que el día de mañana viene alguien a la guardia y te pregunta ...-quiero tomarme un...y preguntáale ...al enfermero ...no puedes decir!...sos vos el que estas poniendo la cara...eso como que quedo un poco flojo”. (varón, F1)

Son varios los relatos recogidos en los grupos en los que varios de los participantes esgrimen conductas o argumentos incorrectos acerca de algunos aspectos ligados a la indicación, posología y/o a la prescripción de AHE. Tal como sucede con cierta habitualidad en el devenir hospitalario, la AHE no aparece como un recurso de prevención de embarazos no buscados. Son varios los estudios con profesionales de la salud que muestran un sinnúmero de interpretaciones erróneas al respecto,

confusión entre las píldoras de AHE y las de aborto con medicamentos, desconocimiento acerca del mecanismo de acción, entre otros. (Portnoy, 2005).

Ligado a la idea de un método anticonceptivo que se toma después de una relación sexual y que apunta a prevenir, y no a interrumpir, un embarazo, es preciso destacar el desconocimiento en relación con el hiato temporal que existe entre la relación sexual y la posibilidad de que se concrete el embarazo. (Brown, 2009)

De manera similar a lo que ocurre con la población general, los/las profesionales de la salud están atravesados/as por convicciones y valoraciones personales sobre la AHE originadas, si no en la falta de conocimiento, en la carga simbólica que impregna su campo semántico.

Esa suerte de continuum de significados que en la población general se despliega entre AHE, aborto y delito punible, y que opera como obstáculo en el acceso a la AHE, también parece estar presente, de alguna manera, no tanto en el discurso como en las prácticas profesionales. El deslizamiento entre AHE y aborto se genera -con diferenciales según se trate de legos o iniciados- a partir de la (des)información sobre el mecanismo de acción de la primera, en la dificultad para comprender o aceptar que la fecundación no es un evento de ocurrencia inmediata después de una relación sexual no protegida, que hasta cinco días después de un coito es posible intervenir -con resultado variable- para evitar un posible embarazo, y que, en síntesis, la AHE no es abortiva. (Brown, 2009)

En otro de los temas trabajados en la encuesta, como es lo concerniente al **aborto**, observamos situaciones similares. Las opiniones expresadas en el trabajo grupal revelan la existencia de discursos y prácticas paradójales coexistentes en el mismo escenario. En general, el saber científico adjudica a lo social una parte del problema, pero no le reconoce incumbencia en la práctica de atención. Así, al recortar radicalmente su propio objeto de trabajo, excluyendo en la práctica otras dimensiones de la realidad que no sea lo biológico, se resienten y reducen las posibilidades de generar mejores resultados en salud.

“Y nosotros arrancamos con toda una definición de salud de que, desde la definición del bienestar físico total y social no tan solo la ausencia de enfermedad, que es un conjunto, que somos seres biopsicosociales y lo vemos en el primer, segundo año de la carrera, todo lo que es teórico y después en la práctica ya cuando empezás tercero, cuarto, quinto, sexto, séptimo ...olvídate! o sea, se toma en consideración solo la parte física.” (mujer, F2)

“Me parece que yo estudié con una ley la vieja, donde efectivamente se necesitaba la autorización de un juez y muchas veces la sentencia llegaba después de los 10 meses 12 meses y había ...tenía consecuencias desastrosas. Actualmente no sé cómo es ...pero cuando hicimos bioética era así y se esperaba la orden del juez y generalmente pasaba esto de que no se realizaba ningún aborto porque no ...los tiempos no daban”. (varón, F1)

“Yo creo que la carrera debe brindar todas las herramientas necesarias y no tener después una chica con un shock séptico por un aborto mal hecho. Es como que mientras discutimos y nos ...y definimos ...es una realidad de todos los días y así sigue pasando, se siguen muriendo chicas y mientras nosotros discutimos a ver que es lo legal que es lo no legal hasta donde estamos amparados por la ley hasta donde no ...entonces es una cosa medio compleja que si queremos la podemos ocultar y negar ahora en el pre grado en el grado en el pos grado y siempre pero bueno me parece que hay que hacerse un poco cargo de la parte que nos toca a cada uno y actuar de acuerdo a eso” (varón, F3)

“Eso es lo que yo veo. Por ejemplo el médicosi vos...te llega uno por ejemplo que tuvo un accidente porque salió a manejar borrachísimo vos vas y lo vas a atender y en ningún momento vas a dudar de atenderlo ...ahora te llega una chica que quedó embarazada sin planearlo porque no se cuidó le fallo el método ...lo que sea ahí..ah! no sé, hubo algo...Ah! No!...no se cuidó! ...ahora que se joda! Es como que muy moralista todo lo que se asocia a la salud reproductiva....pero en cuanto....en otras cosas que también se podría ser tan moralista como sos no lo es...no lo sos ...es como que la salud reproductiva y sobre todo las decisiones de las mujeres están demasiado juzgadas y otras cosas no.” (mujer, F2)

Darí la impresión de que la formación profesional que reciben los médicos, la posición de muchos de sus docentes acerca de la consideración legal restrictiva y la práctica del aborto como contraria al proceder profesional son elementos que influyen de manera decisiva sobre las posturas ante el problema. Desde que ingresan a las facultades de medicina, los futuros profesionales adquieren o refuerzan conceptos prejuiciosos en relación al aborto y, muchas veces, su formación universitaria no les proporciona los elementos para ubicarlo como problema social y de salud pública, ni para comprender acabadamente sus aspectos legales.

Cuando aparece, el proceder docente “discute” el aborto solo desde sus aspectos clínicos, sin impartir conocimientos o destrezas técnicas. Sin dudas, el tema debe ser abordado desde el inicio de la formación profesional, intrínsecamente ligado a los derechos reproductivos, los procedimientos ante casos de violencia sexual, sus aspectos subjetivos y su implicación en la mortalidad materna. El déficit en la formación profesional para trabajar con las mujeres en situación de aborto, debido al limitado abordaje del tema durante la formación, agravado a su vez por la falta de entrenamiento en el contexto de los servicios de salud, contribuye a la invisibilización de la demanda de atención y a una asistencia inadecuada. (Lopez G. 2015)

No es diferente lo que los estudiantes relatan acerca sus experiencias hospitalarias en relación a la accesibilidad de las mujeres a la **anticoncepción quirúrgica**.

“Y por otro lado las cosas legales tampoco están implantadas fuertemente. Por ejemplo la ligadura de trompas... ¿cuántas vueltas les dan a las mujeres? ... ¡cuántas vueltas les dan! ... encima – “¡pero mira que si te arrepentís, mira que si cambias de pareja, mira que sos joven, ya tenés un hijo, tenés dos, tenés siete, es como que haces dudar también a la paciente, no.... porque vos no te animas o no estas de acuerdo. Si de alguna manera yo creo que no se está respetando en este caso ...en estos casos la autonomía del paciente.” (varón, F2)

“Convengamos que no es una urgencia. Si en el hospital tiene un montón de pacientes con cáncer de próstata, es normal que no den turnos para vasectomías. Hay que priorizar”. (mujer, F1)

No son pocos los comentarios en relación a las prioridades, siempre vistas del “lado” de lo que los servicios pueden resolver. Daría la impresión que no están priorizadas las necesidades de los y las consultantes a la hora de pensar en cómo se organiza la oferta asistencial.

Las características inherentes a la utilización, por parte de la población, de los servicios de salud guardan una estrecha relación con las expectativas y valoraciones que los usuarios tengan en relación a las respuestas del sistema sanitario.

A su vez los grupos más pobres, que ya tienen una mayor carga de enfermedad, tienden a utilizar menos los servicios de salud, si la accesibilidad al sistema no les es favorable.

Los que trabajamos en servicios de salud sabemos que muchas veces el propio sistema, a través de sus diferentes actores, opera obstaculizando el acceso a la atención y a los cuidados.

Estos obstáculos, que son de diferente orden, muchas veces se asientan en la forma organizativa institucional, en la ausencia de recursos específicos y/o en las concepciones dominantes del trabajo y el saber médico.

Discusión.

Es evidente que los resultados de la investigación no permiten hacer generalizaciones aplicables a la totalidad de los estudiantes de medicina del país, pues se trata de un conjunto pequeño, circunscrito a algunas instituciones educativas. Si bien lo descrito en este trabajo es una primera aproximación a las posturas de los estudiantes de medicina frente a temas que aparecen, al menos, como controversiales, los datos obtenidos ofrecen una visión global sobre el problema e indican que estos temas polarizan sus opiniones y motiva posturas contradictorias.

El análisis presentado demuestra que las valoraciones y conocimientos de los estudiantes presentan diferencias y que éstas están muy asociadas a la facultad en la que están estudiando.

La descripción realizada y las finalidades que planteamos en nuestra investigación nos permiten afirmar que una cantidad significativa de los jóvenes que hemos encuestado y entrevistado tienen una formación deficitaria en el campo de la salud sexual y reproductiva. Y ésta deficiencia no presenta el mismo patrón si observamos los datos por facultad. Estas deficiencias podrían convertirse en obstáculos e inequidades en el acceso a la asistencia en salud sexual y reproductiva, lo que otorga una particular importancia visto desde las necesidades sanitarias de la población.

La formación a la que hacemos referencia obedece a razones de orden curricular y/o metodológico. En este sentido la propuesta podría ser deficitaria en sus contenidos o en su propuesta metodológica, y a las características propias de los estudiantes que, como afirmábamos en el marco teórico, son poseedores de teorías implícitas que pueden obstaculizar (o favorecer) la puesta en práctica de las intervenciones previstas no sólo en el marco normativo sino también en el plano científico y la garantía del ejercicio de los derechos reproductivos.

Lo que asumimos es que es responsabilidad de la universidad adaptar su propuesta curricular a las características concretas de los sujetos asegurando que sus egresados estén capacitados para actuar responsablemente y aseguren que la población tenga acceso a la atención médica de calidad y a la tecnología disponible sin distinción.

Tomando, solo como ejemplo, lo recabado en relación al tema del aborto, coincidimos con el planteo de López Gómez:

“Las prácticas profesionales consideradas como prácticas sociales específicas e históricamente situadas son un analizador de los pactos, disputas y conflictos que se registran en el campo social más amplio.

Colocar el foco de la investigación en los profesionales de la salud frente al aborto, permite evidenciar algunas de las dimensiones implicadas en el proceso de construcción del aborto como

objeto de intervención profesional y de las mujeres que abortan como sujetos de derechos, de allí su relevancia para el acceso al aborto seguro en las mujeres. Siguiendo a Bourdieu , podría considerarse que los profesionales incorporan tempranamente un *habitus* en la formación profesional, mediante la adquisición de un lenguaje verbal y paraverbal que los identifica como parte de un corpus profesional, el cual recrean y reproducen a través de sus prácticas. De allí la relevancia de estudiar los dispositivos de formación profesional para identificar las posibilidades y requerimientos para la transformación de la *currícula* y los programas de entrenamiento en salud.”. (López G, 2015)

Afirmábamos al comenzar nuestra investigación que los procesos y las representaciones implícitas suelen tener primacía o prioridad funcional con respecto a los procesos y representaciones, es decir, suelen funcionar de manera más eficaz, rápida y con menor costo cognitivo, por lo que no resulta fácil que se abandonen al adquirir conocimientos explícitos o formales incongruentes con ellos. Lograr la primacía o el control del conocimiento explícito sobre las creencias implícitas –actuar de acuerdo con nuestras ideas, en lugar de acabar pensando en función de nuestras acciones- es más una conquista cognitiva y cultural, un logro de la instrucción que el modo defectivo o natural de funcionar de la mente humana, por lo que no podemos darlo por supuesto, sino que es preciso diseñar deliberada o intencionalmente escenarios y situaciones sociales que lo favorezcan. Ésta sería una de las funciones de la educación formal. (Pozo J, 2006)

El desarrollo de esta investigación ha demostrado la necesidad de profundizar los estudios sobre el currículum universitario en la formación en salud sexual y reproductiva. Las diferencias observadas en la formación de la población estudiada, puede subsanarse sólo si se construyen trayectos formativos que otorguen saberes, habilidades y herramientas pero que al mismo tiempo interpelen y develen los mitos y creencias que pudieran obstaculizar las intervenciones adecuadas y consensuadas por la comunidad médica.

Consideramos al currículum, tal como plantea Alicia Alba, como la “síntesis de elementos culturales (conocimientos, valores, costumbres, creencias, hábitos) que conforman una propuesta política educativa pensada e impulsada por diversos grupos y sectores sociales cuyos intereses son diversos y contradictorios, en donde algunos de éstos son dominantes y otros tienden a oponerse y resistirse a tal dominación o hegemonía. Síntesis a la cual se arriba a través de diversos mecanismos de negociación, lucha e imposición social. Propuesta conformada por aspectos estructurales-formales y procesales-prácticos, así como por dimensiones generales y particulares que interactúan en el devenir de las currículas en las instituciones sociales educativas. Devenir curricular cuyo carácter es profundamente histórico y no mecánico y lineal. Estructura y devenir que se conforman y expresan a través de distintos niveles de significación” (Alba, A, 1998).

El proceso de determinación curricular se da en un contexto social amplio, en el que los diferentes actores intentan imprimirle una orientación que sea solidaria con sus intereses.

Los procesos de determinación curricular varían de acuerdo a las particularidades de la institución, en este caso la universitaria y de las carreras, fenómeno que se observa claramente en carreras como medicina, que responden mucho a la lógica de organización del sector. De este modo se presenta una tensión entre los intereses sociales, educativos y del sector médico, originada en el reconocimiento de diferentes intereses.

En el proceso constitutivo del currículum se encuentran presentes tres dimensiones (Alba, 1998). Una forma analítico-conceptual de presentarlos es la siguiente:

- Dimensión social amplia (cultural, política, social, económica, ideológica);
- dimensión institucional;
- dimensión didáctico-áulica.

A los fines de nuestra investigación nos interesan particularmente las últimas dos, en tanto se constituyen en los espacios en los que podremos accionar. Por un lado la institucional, toda vez que es la institución educativa donde se concreta la síntesis de elementos culturales (conocimientos, valores, creencias, hábitos y actitudes) que conforman una determinada propuesta académico-política. Es válido afirmar que la dimensión social amplia (cultural, política, económica, social e ideológica) se expresa y desarrolla en la institución a través de mediaciones y particularidades. La organización de tiempos y espacios, el manejo del contenido, la dinámica particular de relaciones y de trabajo, la jerarquía académica, la burocracia en la institución, la certificación, etc., son algunos de los tópicos más significativos en la dimensión institucional del currículum. Aquí cobra importancia concebir a la institución en relación a su fuerza instituida y a su capacidad Instituyente.

En otro lado la dimensión didáctico-áulica, en tanto encuentro de desarrollo y concreción cotidiana de una propuesta curricular entre alumnos y docentes. En ella son los problemas fundamentales la relación docente-alumno, la relación con el contenido, el proceso grupal, el problema de la evaluación del aprendizaje y el programa académico.

Es desde estos niveles que explicamos en buena parte las construcciones disímiles de nuestra población y desde donde podemos reconstruirlas.

Coincidimos con Sacristán (1994) cuando desarrolla la idea “de que el currículum es ocupación de prácticas diversas y que sus contenidos son objeto de decisión y moldeado de ámbitos prácticos diferentes, pues son múltiples los contextos en los que se perfila y cobra sentido real, dentro de lo que llamamos sistema curricular”. Y, en la complejidad de temas que nos ocupan, habrá que tener

en cuenta lo que “sucede” en las aulas y en las salas y consultorios donde transcurre el proceso enseñanza-aprendizaje de los alumnos de medicina.

Justificamos que para entender el currículum real, desde la perspectiva de los alumnos que aprenden y experimentan la práctica, es preciso atender a su dimensión oculta y no sólo a la manifiesta de los contenidos establecidos.

No se pueden confundir las declaraciones de intenciones o el reflejo material de las mismas, con el currículum real, pues una cosa son las expectativas curriculares, los planes, las plasmaciones en libros de textos, etc. y otra muy distinta es la concreción en las tareas académicas. Así, vemos que los planes de estudio de algunas materias de la carrera contemplan las temáticas del estudio, pero la concreción de esos saberes es, por lo menos, deficitaria

En esta dirección podemos afirmar entonces que existe un aspecto del currículum que se explicita en planes de estudio, programas y normativas. Pero al mismo tiempo consideramos que en el currículum, entendido como el complejo entramado de experiencias que obtiene el alumno incluidos los efectos del currículum oculto, el diseño tiene que contemplar no sólo la actividad de enseñanza de los profesores sino también todas las condiciones del ambiente de aprendizaje gracias a las que se producen esos efectos: relaciones sociales en el aula, usos y tipos de textos, evaluación, etc. (Sacristán, 1994).

Resaltamos este entramado de experiencias entendiendo, tal como plantea Carrizales Retamoza (1998) que “en la experiencia (forma común del pensar), así como en el comportamiento (forma normal del hacer) adquiere su expresión la ideología, en tanto conjunto más o menos sistemático de creencias que intentan explicar al hombre y el mundo, a la vez que orientar su conducta a partir de ciertos valores aceptados como correctos. Dicha ideología tiende a deformar la realidad como falsa conciencia y puede estar integrada por conceptos que no sólo son deformantes de la realidad en el sentido cognoscitivo, sino que, en la medida en que se apropian de las mentes de hombres reales, se transforman en relaciones sociales y, por ende, en comportamientos. Cuando la ideología adopta el carácter de falsa conciencia, crea mitos, utopías y dogmas del Estado, de la familia, de la comunicación, de la política, de la educación, de la salud, etc. y se convierte así en una manifestación de desconocimiento como una forma generalizada de pensar y sustituye el conocimiento de lo real por ilusiones”. (Carrizales Ratamoza, 1998)

La ideología se traduce en valores, los que a su vez funcionan como pautas que orientan el pensar y el hacer. Los valores, a su vez, se expresan en normas, las cuales delimitan tanto el pensar como el hacer. Las normas indican lo que está y lo que no está permitido hacer; intentan también señalar lo que está permitido y lo que es prohibitivo pensar. Los valores (pautas del hacer y del pensar) al expresarse en normas (delimitaciones concretas del pensar y del hacer) proporcionan un marco

conceptual valorativo a la experiencia, marco que implica un sistema lógico con el cual se percibe; ambos contribuyen con su especificidad y en unidad a la percepción e interpretación, en este sentido son productos de lo cognoscitivo.

Carrizales Ratamoza (1998) afirma que la experiencia que se desarrolla en la falsa conciencia posee lo simple como elemento de su método; ésto le permite creer en mitos, utopías y dogmas. La experiencia interpreta lo simple con certeza y seguridad; considera verídico lo simple. Por tal razón, la práctica docente, cuando se sustenta en la experiencia simple, adopta la certeza pues ésta le garantiza la seguridad.

La experiencia simple tiende a estereotipar a los individuos, construye modelos hegemónicos sencillos y precisos; los hombres son buenos o malos, positivos o negativos, sensibles o insensibles, ríen o lloran ante lo mismo.

La experiencia simple carece de decisión sobre su destino, se conforma con las evidencias y no piensa en lo distinto. Para construir este hombre la ideología alienante se orienta hacia la dominación de los comportamientos, los que a su vez actúan como control de la experiencia; pues al mismo tiempo que se generaliza la dominación del hacer se simplifica el pensar.

La experiencia simple puede ser cualidad de la práctica docente; su modelo hegemónico se caracteriza por ser preciso y unívoco. Todos sabemos cómo es un buen profesor o un buen alumno, así pues, ni el docente ni el estudiante están exentos de lo simple; en ellos lo simple es más notable. Tengamos presente que los mitos, los dogmas y las utopías, sin perder su simplificación, se intelectualizan.

La información recabada en nuestro estudio muestra la necesidad de introducir cambios curriculares, pedagógicos y metodológicos que refuercen la formación de los estudiantes, (y de los docentes) sobre diversas facetas del amplio campo de la salud y los derechos sexuales y reproductivos.

Es conocido que la condición indispensable para que una persona u organización decida cambiar o incorporar nuevos elementos a su práctica y a sus conceptos, es la percepción de que la manera vigente de hacer o de pensar es insuficiente o insatisfactoria para dar cuenta de los desafíos de su tarea.

La vivencia y la reflexión sobre las prácticas son las que pueden producir la incomodidad y la disposición para producir alternativas de prácticas y de conceptos, para enfrentar el desafío de las transformaciones.

Las modificaciones curriculares en este terreno tendrán que apoyarse en una visión amplia y actualizada que contemple los aportes de las ciencias sociales, la incorporación de nuevos contenidos y herramientas de análisis, entre las que se encuentran la perspectiva de género y de derechos y su aplicación al amplio campo de la salud sexual y reproductiva.

Es, también, deber de los profesionales de la salud orientar a las personas acerca de sus derechos sexuales y reproductivos como parte de los derechos humanos.

Las facultades de medicina deben ofrecer condiciones básicas para la formación profesional con conocimientos, habilidades y actitudes capaces de responder a las necesidades y demandas de la sociedad.

Para que eso ocurra se torna necesario aproximar la formación médica a las reales necesidades de la población, ofreciendo todos los recursos disponibles y contando con evidencia científica actualizada.

Relevancia para la salud pública.

La información recabada en nuestro estudio muestra que una cantidad significativa de los jóvenes que hemos encuestado y entrevistado tienen una formación deficitaria en el campo de la salud sexual y reproductiva. Y ésta deficiencia no presenta el mismo patrón si observamos los datos por facultad. Estas deficiencias podrían convertirse en obstáculos e inequidades en el acceso a la asistencia en salud sexual y reproductiva, lo que otorga una particular importancia visto desde las necesidades sanitarias de la población.

Así aparece como imperiosa la necesidad de introducir cambios curriculares, pedagógicos y metodológicos que refuercen la formación de los estudiantes, (y de los docentes) sobre diversas facetas del amplio campo de la salud y los derechos sexuales y reproductivos.

Las modificaciones curriculares en este terreno tendrán que apoyarse en una visión amplia y actualizada que contemple los aportes de las ciencias sociales, la incorporación de nuevos contenidos y herramientas de análisis, entre las que se encuentran la perspectiva de género y de derechos y su aplicación al amplio campo de la salud sexual y reproductiva.

Las facultades de medicina deben ofrecer condiciones básicas para la formación profesional con conocimientos, habilidades y actitudes capaces de responder a las necesidades y demandas de la sociedad.

Para que eso ocurra se torna necesario aproximar la formación médica a las reales necesidades de la población, ofreciendo todos los recursos disponibles y contando con evidencia científica actualizada.

Comunicación de resultados de la investigación.

El objetivo de la presente investigación fue indagar, describir y analizar los conocimientos, las opiniones, las valoraciones y las prácticas de estudiantes avanzados de la carrera de Medicina de cuatro universidades del país (UBA, UNLP, UNLaM y Comahue) en relación a la asistencia en el campo de la salud sexual y reproductiva.

La información recabada muestra la necesidad de introducir cambios curriculares, pedagógicos y metodológicos que refuercen la formación de los estudiantes, (y de los docentes) sobre diversas facetas del campo de la salud y los derechos sexuales y reproductivos.

En esta dirección aparece como importante que los tomadores de decisiones ligadas al desarrollo y la capacitación de estudiantes de medicina conozcan los alcances de este estudio. En esta dirección, los decanos de las facultades de medicina, los integrantes de los consejos directivos de las mismas y los titulares de cátedras y cuerpo docente de las asignaturas correspondientes a las áreas de conocimientos referidas a Ginecología, Medicina Legal, Farmacología, Bioética aparecen como referentes clave para conozcan este material.

En este sentido, sugerimos que sea desde el propio Ministerio de Salud de la Nación/Salud Investiga la forma de vehicular hacia las facultades de medicina los resultados de la presente investigación. Por supuesto, nos ponemos a disposición para presentar este material y discutir sus alcances y resultados.

Agradecimientos.

El equipo de investigación agradece profundamente el trabajo y los aportes del Lic. Sebastián Sustas y de Mónica Portnoy.

También queremos agradecer a los y las estudiantes que participaron del estudio, por habernos brindado sus tiempos y sus diálogos.

Referencias bibliográficas.

- Alba, A: “Currículum, mito y perspectiva”. Miño y Dávila editores. 1998.
- Pozo, J, I., Scheuer, N., Mateos, M. & Pérez Echeverría, M. Nuevas formas de pensar la enseñanza y el aprendizaje (pp. 171-188). 2006 Graó: Barcelona
- Brown J., Pecheny M. (2009). La anticoncepción de emergencia como ratificación de la separación entre sexualidad y reproducción. *XXVII Congreso de la Asociación Latinoamericana de Sociología*. Asociación Latinoamericana de Sociología, Buenos Aires.
- Carrizales Retamoza: “Alienación y cambio en la práctica docente”. En Maestros, formación, práctica y transformación escolar”. Ed. Miño y Dávila. Buenos Aires. 1998
- Chiarotti, S. “El aborto en el marco de los derechos humanos. La situación en Argentina”. En Checa, S. (comp) Realidades y coyunturas del aborto. Entre el derecho y la necesidad, Paidós, Buenos Aires, 2006
- CONDERS. Monitoreo Social y exigibilidad sobre los derechos sexuales y reproductivos en Argentina. Informe Nacional 2010. Diciembre 2010.
- Cook R. J., 1991. Leyes y políticas sobre el aborto: retos y oportunidades. *Debate Feminista*, 1:89-141.
- Dans P. E., 1992. Medical students and abortion: reconciling personal beliefs and professional roles at one medical school. *Academic Medicine*, 67: 207-211
- David H. P., 1992. Abortion in Europe, 1920-91: a public health perspective. *Studies in Family Planning*, 23:1-22.
- Dool R, Hill A. 1991. El hábito de fumar y el carcinoma de pulmón. En *El desafío de la epidemiología*. Publicación científica 505. OPS
- Elu M. C., 1992. El aborto visto por personal de salud. In: *De Carne y Huesa. Estudios Sociales sobre Género y Reproducción* (Elu, M.C. y Leñero, L., ed.) pp. 163-181. México: Instituto Mexicano de Estudios Sociales.
- Faúndes, A.; Santos, L. C.; Carvalho, M. y Gras, C. 1996. “Post-abortion complications after interruption of pregnancy with misoprostol”, en *Advances in Contraception*, vol. 12, n 1.
- Francome C. & SAVAGE W. D., 1992. Gynaecologists' abortion practice. *British Journal of Obstetrics and Gynaecology*, 99: 153-157
- Galvao L. et al. 2000. Anticoncepción de emergencia: conocimiento, actitudes y prácticas de los gineco-obstetras del Brasil. *Perspectivas Internacionales en Planificación Familiar*. Número especial de 2000.

- Glaser B.G. y Strauss A.L. El método de Comparación constante de Análisis Cualitativo. En: The Discovery of Grounded Theory: strategies for qualitative research. Capítulo V. Aldine Publishing Company, New York. 1967
- Glasier A., Baird D. The effects of self-administering emergency contraception. NEJM 1998;339(1).
- Gonzalez A. I., 1995. Crimen y castigo: el aborto en la Argentina. In: Las Mujeres y la Salud (González, S., compiladora), pp. 167-197. México: Programa Interdisciplinario de Estudios de la Mujer, El Colegio de México.
- Gramsci, A: El Materialismo histórico y la filosofía de Benedetto Croce, Ed. Lautaro, Buenos Aires, 1958.
- Guber, R. El salvaje metropolitano. A la vuelta de la antropología posmoderna. Reconstrucción del conocimiento social en el trabajo de campo. Legasa, Buenos Aires. 1988
- Hardy E., Alves DG. Anticoncepcão de emergencia no Brasil: facilitadores e barreiras. Cad. de Saúde Pública. 2001;17(4):1031-1035.
- Hernandez Paola. Aborto terapéutico: conocimientos y actitudes de estudiantes universitarios de medicina y enfermería. Tesis de graduación. 2009. Disponible en:
<http://www.kerwa.ucr.ac.cr/bitstream/handle/10669/764/Tesis%20Final.pdf?sequence=1&isAllowed=y>
- Laing R.: "La voz de la experiencia". Editorial Crítica, Grupo Editorial Grijalbo. Barcelona. 2002.
- Lopez Gomez A. et al. (compilado por S. Ramos) Investigación sobre aborto en América Latina y El Caribe : una agenda renovada para informar políticas públicas e incidencia /1a ed. . - Buenos Aires : Centro de Estudios de Estado y Sociedad-CEDES ; Mexico, DF : Population Council ; Lima : Promsex, 2015.
- López Gómez A. Profesionales de la salud y aborto. Posibilidades y resistencias a la incorporación del enfoque de derechos en las prácticas de las/os profesionales de la salud. En "Investigación sobre aborto en América Latina y El Caribe : una agenda renovada para informar políticas públicas e incidencia" /1a ed. Buenos Aires : Centro de Estudios de Estado y Sociedad-CEDES ; Mexico, DF : Population Council ; Lima : Promsex, 2015.
- Meira A., Carvalho F, 1989. Liberação do aborto: opinião de estudantes de Medicina e de Direito. Revista de Saúde Pública, 23:465-472
- Monterrosa Castro A. Nivel de conocimientos sobre anticoncepción de emergencia en médicos generales de Cartagena, Colombia. Revista Colombiana de Obstetricia y ginecología. Vol 53, Número 4. 2002.
- Nathanson C, Becker M., 1977. The influence of physicians' attitudes on abortion performance. Family Planning Perspectives, 9: 158-163.

Paiva V., Filipe E., Santos N. et al. “The right to love: the desire for parenthood among men living with HIV”. *Reproductive Health Matters* 2003;11(22):91-100

Pantelides, E. A., Binstock, G. y Mario, S. (2007) *La salud reproductiva de las mujeres en la Argentina 2005: Resultados de la Encuesta nacional de nutrición y salud*, Buenos Aire, Ministerio de Salud de la Nación.

Pantelides, E., Mario, S., Fernández, S., Manzelli, H., Gianni, C. y Gaudio, M. *Estimación de la magnitud del aborto inducido. Informe preliminar presentado a la Comisión Salud Investiga*, Ministerio de Salud de la Nación, 2007

Pantelides E, Mario S: *Estimación de la magnitud del aborto inducido en la Argentina. Notas de población (CEPAL) 2009.*

Paoli, A.: “La lingüística en Gramsci”. Premiá editora. Tlahuapán (Puebla- México). 1989.

Pecheny M; Andía AM; Ariza L; Brown J; Epele M; Luciani Conde L; Mario S; Tamb urrino MC. *Anticoncepción después de... Barreras a la accesibilidad a la anticoncepción de emergencia en la Argentina*. UNFPA/Ministerio de Salud 2010. Teseo Editorial

Pecheny M, Andía AM, Capriati A y Mario S. *Ligadura y vasectomía: obstáculos para su accesibilidad*. En *Salud, Sociedad y Derechos*. Kornblit A. (compiladora).2012. Editorial Teseo.

Portnoy F. “Conocimientos, actitudes y prácticas de médicos tocoginecólogos en relación a la Anticoncepción Hormonal de Emergencia”. Informe final (Beca Oñativia-Carrillo). *Salud Investiga*. Ministerio de Salud de la Nación. 2005.

Portnoy F. “Viejos problemas, nuevos desafíos: estudio sobre los obstáculos para la prevención de la Sífilis Congénita en la Ciudad de Buenos Aires.” Tesis de la Maestría en Salud Pública. UBA. 2014

Pozo, J, I., Scheuer, N., Mateos, M. & Pérez Echeverría, M. “Nuevas formas de pensar la enseñanza y el aprendizaje”. Graó: Barcelona. 2006

Ramos S; Gogna M; Petracci M; Romero M; Szulik D. *Los médicos frente a la anticoncepción y el aborto. ¿Una transición ideológica?* CEDES. 2001

Ramos, S.; Romero, M.; Karolinski, A.; Mercer, R.; Insua, I.; del Río Fortuna, C. “Para que cada muerte materna importe”; CEDES y Ministerio de Salud y Ambiente de la Nación, 2004.

Romero M, Abalos E, Ramos S. *La situación de la mortalidad materna en Argentina y el Objetivo de Desarrollo del Milenio 5*. Hoja Informativa 8. Observatorio de Salud Sexual y Reproductiva de Argentina. 2011

Sacristán, G. y Perez Gomez, A: “Comprender y transformar la enseñanza”. Ed. Morata, 3º edición. Madrid. 1994.

Semmelweis I. *Etiología, concepto y profilaxis de la fiebre puerperal*. En *El desafío de la epidemiología*, Publicación científica 505. OPS 1991

Szulik D., Ramos S., Gogna M., Petracci M., Romero M. “La responsabilidad de los médicos ante las políticas públicas sobre anticoncepción y aborto.” Seminario VI- 2002. CEDES.

Taylor, S.J. y Bogdan, R. Introducción a los métodos cualitativos de investigación. Paidós. Bs. As. 1992

Viggiano, M., Faúndes, A., Borges, A. L., Viggiano, A. B. F., Souza, G. R. y Rabello, I.: 1996. “Disponibilidade de misoprostol e complicações de aborto provocado em Goiania”, en Jornal Brasileiro de Ginecologia, vol. 106, nº 3.

Weller S., Portnoy F., Gogna M. y col. “Éxitos médicos, desafíos humanos. Reproducción y anticoncepción en personas que viven con VIH”. Buenos Aires. Coordinación Sida. Secretaría de Salud (GCBA): 2004. Disponible en:
http://estatico.buenosaires.gov.ar/areas/salud/sida/publicaciones/recomendaciones_transmision_vertical.pdf

Young K, Flügel JC y otros. “Psicología de las actitudes”. Editorial Paidós. Buenos Aires, 1967.