

Sexualidad, Salud y Sociedad

REVISTA LATINOAMERICANA

ISSN 1984-6487 / n. 28 - abr. / abr. / abr. 2018 - pp.71-89 / Vásquez, S. et al. / www.sexualidadsaludysociedad.org

Mujeres que deciden interrumpir su embarazo: ¿Cómo son percibidas por un grupo de profesionales en Colombia?

Celmira Laza Vásquez

Universidad Surcolombiana.
Neiva (Huila), Colombia

> celmira.laza@usco.edu.co, celmira.laza@gmail.com

Ruth Alexandra Castiblanco Montañez

Fundación Universitaria de Ciencias de la Salud - FUCS
Bogotá, Colombia

> racastiblanco@fucsalud.edu.co

Zulma Consuelo Urrego Mendoza

Facultad de Medicina
Grupo de Investigación en Violencia y Salud
Universidad Nacional de Colombia
Bogotá, Colombia

> zulcurregom@unal.edu.co

Copyright © 2018 Sexualidad, Salud y Sociedad – Revista Latinoamericana. This is an Open Access article distributed under the terms of the Creative Commons Attribution License (<http://creativecommons.org/licenses/by/4.0/>), which permits unrestricted use, distribution, and reproduction in any medium, provided the original work is properly cited.

Resumen: Este artículo presenta los resultados de una investigación cualitativa, que intentó comprender la percepción de 15 médicos del servicio de Ginecología de una Institución Prestadora de Servicios de Salud (IPS) en Bogotá-Colombia, sobre las mujeres que, amparadas por la Sentencia C-355 de 2006, interrumpieron su gestación. El muestreo fue teórico y su tamaño se determinó por el criterio de saturación de la información. Los datos se recolectaron mediante entrevistas a profundidad, analizadas mediante una propuesta fenomenológica. Los profesionales perciben de diferente manera a las mujeres, de acuerdo con la razón que tienen para optar por la interrupción. Asimismo, perciben que las realidades personales, sociales y familiares de las mujeres tienen más peso que las creencias religiosas en la decisión de interrumpir la gestación. Se hace importante la socialización de la Sentencia y la promoción de estrategias que apoyen a las mujeres en este proceso.

Palabras claves: percepción; aborto legal; médicos; investigación cualitativa

Mulheres que decidem interromper sua gravidez: Como são percebidas por um grupo de profissionais na Colômbia?

Resumo: Este artigo apresenta os resultados de uma pesquisa qualitativa que tentou entender a percepção de 15 profissionais do serviço de ginecologia de uma Instituição de Prestação de Serviços de Saúde em Bogotá-Colômbia sobre as mulheres que, amparadas pela Sentença C-355 de 2006, interromperam sua gestação. A amostragem foi teórica e seu tamanho foi determinado pelo critério de saturação da informação. Os dados foram coletados através de entrevistas detalhadas, analisadas através de uma proposta fenomenológica. Os resultados indicam que os profissionais percebem as mulheres de forma diferente de acordo com a razão pela qual devem optar pela interrupção. Eles também percebem as realidades pessoais, sociais e familiares das mulheres como mais prementes que as crenças religiosas na decisão de interromper a gravidez. A socialização da Sentença e a promoção de estratégias que apoiam as mulheres neste processo mostraram-se importantes.

Palavras-chave: Percepção; Aborto Legal; Médicos; Pesquisa Qualitativa

Women who decide to have an abortion: What a group of health professionals in Colombia think about them?

Abstract: This paper presents findings of a qualitative research exploring physicians' perceptions about women who had an abortion in conditions covered by the Colombian Law (Sentence C-355 of 2006). The research was performed in the Service of Gynecology & Obstetrics in Bogotá-Colombia. The participants were selected according to a theoretical sampling scheme and the sample was determined by data saturation criteria. The data was collected through in-depth interviews and analyzed following a phenomenological approach. The results show the professionals perceive women differently, according to the reason for the pregnancy interruption. They also perceive personal, social and family experiences of these women as outweighing religious beliefs in their choice for an abortion. The socialization of the Colombian Sentence C-355 of 2006 and its related legislation, as well as promotion of strategies to support women's decisions to abort are also important.

Key words: Perception; Legal Abortion; Physicians; Qualitative research

Mujeres que deciden interrumpir su embarazo: ¿Cómo son percibidas por un grupo de profesionales en Colombia?

Introducción¹

En Colombia, la Sentencia C-355 expedida por la Corte Constitucional en 2006, legalizó el aborto, bajo la figura de Interrupción voluntaria del embarazo (IVE), en tres situaciones: cuando la continuación del embarazo constituya peligro para la vida o la salud de las mujeres; cuando exista grave malformación del feto, que haga inviable su vida; y al ser el embarazo resultado de una conducta de acceso carnal o acto sexual sin consentimiento, abusivo, de inseminación artificial o de transferencia de óvulo fecundado no consentidas, o incesto.

A pesar de lo anterior, en la sociedad colombiana persisten opiniones polarizadas frente a la IVE, lo que depende en gran parte de la percepción que se ha construido alrededor de este fenómeno. No se debe desconocer que los médicos no son ajenos a estos juicios y que sus consideraciones acerca del aborto están mediadas por opiniones sociales, creencias religiosas y experiencias previas en la atención de mujeres que solicitan e interrumpen su gestación, moldeando la relación que se establece entre estos dos actores.

Según Contreras et al (2011), el aborto legal es percibido por los médicos como benéfico para la salud y vida de las mujeres, aunque por los estudios de González (1995) y Harries, Stinson & Orner (2009) es señalado como un pecado y delito. Sobre las mujeres que deciden abortar se describen juicios negativos, así como una percepción de bienestar cuando reciben una atención respetuosa y libre de prejuicios, centrada en satisfacer sus necesidades de manera integral y manteniendo comunicación efectiva. Debido a la estigmatización del aborto, las mujeres solicitan menos información, realizan menos exigencias durante la atención, evitan dar información personal y suelen asistir en edades gestacionales avanzadas (Puri et al., 2012; Szulik et al., 2008; Major & Gramzoow, 1999; Norris et al., 2011).

¹ Este artículo hace parte del proyecto de investigación No. 82-516-7. “Experiencias de los profesionales de la salud, frente a la interrupción voluntaria del embarazo en una IPS de Bogotá D.C.”, financiado por la Fundación Universitaria de Ciencias de la Salud, en Convocatoria interna para el fomento de la investigación FUCS y el Departamento Administrativo de Ciencia, Tecnología e Innovación (Colciencias) mediante la Convocatoria nacional de jóvenes investigadores e innovadores N° 566.

En Colombia no se han adelantado estudios sobre este tema, por lo cual este artículo se propone comprender la percepción de un grupo de médicos del servicio de Ginecología y Obstetricia de una *Institución Prestadora de Servicios de Salud (IPS)* de Bogotá-Colombia, sobre las mujeres que han interrumpido su gestación amparadas en la Sentencia C-355 de 2006.

Materiales y métodos

Se realizó un estudio cualitativo hermenéutico (Castillo, 2000) durante el año 2015. La muestra se configuró con 15 profesionales, entre especialistas y residentes, vinculados al servicio de Ginecología y Obstetricia de una IPS en Bogotá, de las especialidades de Medicina Materno fetal y Ginecología y Obstetricia, que atienden directamente a mujeres que demandan una IVE en esta Institución. Todos deseaban hablar abiertamente sobre el tema y tenían escasa relación con las investigadoras, para evitar manipulación de la información brindada. Estos profesionales fueron seleccionados por un muestreo teórico, según las necesidades de información en el estudio (Bonilla & Rodríguez, 2005); y el tamaño de la muestra se determinó mediante el criterio de saturación de información (Polit & Hungler, 2000).²

Las investigadoras se constituyeron en el instrumento de recolección de la información (Krause, 1995) y los relatos se obtuvieron mediante entrevistas a profundidad (Bautista, 2011), entrevistándose cada participante en dos ocasiones, con una duración en promedio de 50 minutos para cada encuentro. Se partió de la pregunta: ¿Cuál es su percepción sobre las mujeres que interrumpen su gestación? Las entrevistas se llevaron a cabo en un lugar reservado de la IPS y alejado de los servicios asistenciales, de modo que permitiera la confidencialidad y anonimato de los participantes; la información fue grabada en audio, transcrita de forma íntegra por una persona entrenada para este fin y, posteriormente, analizada con la propuesta de Heidegger, Diekelman, Allen y Tanner en 1989, descrita en Wojnar & Swanson (2007). Mediante esta técnica se comparó continuamente la información, para categorizarla, subcategorizar y resaltar, puntos claves y conexiones entre éstos, para contrastarla con los resultados de otras experiencias investigativas.

El proceso de análisis se llevó de forma simultánea a la recolección de la información hasta alcanzar la saturación de los datos; y se constituyó en una continua discusión y reflexión entre las investigadoras para la construcción de las categorías. Pos-

² Las autoras desean expresar sus agradecimientos a los especialistas y residentes, así como al Servicio de Ginecología y Obstetricia de la IPS participante, por el apoyo prestado para el desarrollo de este estudio.

teriormente, los resultados fueron devueltos a los participantes personalmente y/o vía correo electrónico, y con la retroalimentación brindada se ajustaron los resultados.

Se tuvieron en cuenta las consideraciones éticas emanadas en la Resolución 8430 de 1993 del Ministerio de Salud de Colombia (1993). Así, el proyecto fue aprobado por el Comité de Ética para Investigaciones con seres humanos de la Fundación Universitaria de Ciencias de la Salud y la IPS (Acta No. 3, 19 de febrero de 2013) y se utilizó una forma escrita de consentimiento informado para todos los participantes, previa comprensión del objetivo y alcances del estudio.

Resultados

El estudio se realizó durante los años 2013 y 2014 en una IPS de Bogotá-Colombia, entidad privada sin ánimo de lucro de tercer nivel de atención y centro de referencia en la ciudad para la atención de mujeres gestantes con malformaciones fetales graves, siendo ésta la principal causa de IVE en la entidad.

Participaron quince médicos, con un rango de edad entre los 25 y 48 años, la mayoría de ellos hombres, dado que la razón entre hombres y mujeres en el servicio, incluyendo estudiantes e instructores de las especialidades de ginecoobstetricia y medicina materno fetal, es de 2:1; y un mayor interés en participar en el estudio por parte de los hombres que de las mujeres, de quienes se recibió rechazo de participación en tres ocasiones, incluyendo a instructoras y residentes. Asimismo, se privilegió la participación de los instructores por su característica de formadores. Por último, todos residían en Bogotá y cuatro provenían de departamentos con profunda tradición religiosa católica como Santander, Boyacá y Huila. (Ver Tabla No. I)

Tabla No. I. Distribución de los participantes del estudio según la especialidad médica, nivel académico y género.

Participantes	N°	Género	
		Mujeres	Hombres
Especialistas/instructores en Medicina materno fetal (especialistas en Ginecología y Obstetricia)	5	1	4
Residentes subespecialidad Medicina materno fetal. (especialistas en Ginecología y Obstetricia)	3	1	2
Especialistas/instructores en Ginecología y Obstetricia.	3	1	2
Residentes en Ginecología y Obstetricia.	4	2	2

Fuente: elaboración propia, a partir de datos de la investigación (2015).

La experiencia promedio de los participantes con la atención de la IVE rodeó los seis años, teniendo en cuenta su labor previa en otras instituciones de salud que prestan el servicio a nivel nacional; a partir de la cual, han desarrollado percepciones, opiniones y actitudes frente a las mujeres que solicitan la IVE. Con esta información se construyeron tres categorías de análisis finales, que dan cuenta de los elementos que intervienen en la percepción de los participantes sobre las mujeres, como la causal de interrupción y el estado del feto, y además, describen las trayectorias y dificultades que deben enfrentar las mujeres para acceder a la IVE, desde lo que alcanzan a percibir en su práctica clínica.

1. Decidirse por la interrupción del embarazo: más allá de las creencias, la realidad de las mujeres

Los participantes consideran que la IVE es un derecho de las mujeres y una decisión que toman de manera libre y voluntaria, con la guía, orientación y el apoyo del personal médico. Sin embargo, perciben que es difícil y doloroso para las mujeres tomar la decisión y experimentar la interrupción de la gestación, ya que han evidenciado cómo muchas la deben enfrentar sin un apoyo familiar.

Asimismo, los profesionales refieren que las mujeres asumen la responsabilidad sobre su futuro y el de su embarazo al decidirse por terminar la gestación; sin contar con información sobre las posibles repercusiones negativas en ellas, sus familias y su entorno cercano, que el proceso les pueda traer, derivadas de las dificultades del sistema y de la percepción social negativa frente a la IVE, incluso en casos de malformación fetal. Por esto, se percibe cómo muchas mujeres no se sienten seguras y sufren emocionalmente durante todo el proceso. Sin embargo, los relatos hacen énfasis en que la decisión se enmarca en un contexto particular, donde la realidad social, personal y familiar de las mujeres se impone, sobre las creencias religiosas a favor de la vida asumida desde la concepción que puedan tener algunas de ellas.

De este modo, la decisión de las mujeres se ve influenciada por diversos factores externos e internos. Dentro de los primeros, la claridad del diagnóstico médico, y la forma adecuada de comunicarlo, se como describe decisivo para las mujeres con alteraciones en su gestación, y/o ante una malformación fetal incompatible con la vida. Otro factor está constituido por la orientación del primer contacto que tuvieron, en la búsqueda de una respuesta a su situación, ya que en casos de gestaciones con alto riesgo materno o fetal, se considera la seguridad y trayectoria del profesional como factores determinantes para que las mujeres decidan continuar o no su gestación. En cuanto a los factores propios de las mujeres, los participantes asocian el rechazo de la IVE con una menor capacidad para comprender y asimilar

el diagnóstico, y un menor nivel cultural, académico y económico; así, las mujeres de mayores niveles socioeconómicos o académicos se perciben como las principales solicitantes del procedimiento.

Un aspecto interesante fue la percepción de mayor demanda de IVE por anomalías fetales en las gestaciones de mujeres con altos niveles socioeconómicos, educativos y culturales. A pesar que muchas de estas alteraciones del feto son compatibles con vida extrauterina, sí afectan su calidad de vida, la de las mujeres y la del núcleo familiar a su cargo.

Demandan más los estratos altos cuando tienen diferentes tipos de malformaciones. ¿Y las razones? Pues tendría yo que averiguarlas, pero supongo que por el tipo de expectativa que puede generar un bebé enfermo o no enfermo, la gente se preocupa mucho por él, más que por si es incompatible o no con la vida, por la calidad de vida de un bebé y la calidad de vida pues es un juicio de valor, es una situación subjetiva que depende netamente del círculo familiar y social en el que se desenvuelve un individuo (Instructor N° 1, hombre, Medicina Materno Fetal).

En esta línea, el deseo de la maternidad, percibido por los participantes, especialmente en mujeres de bajos estratos socioeconómicos, con gestaciones de fetos con alteraciones que ponen en riesgo su vida, estuvo reñido con la opción de finalizar la gestación.

Por otra parte, a pesar del anhelo del embarazo y de las convicciones religiosas contrarias al aborto de las mujeres, el tener otros hijos en casa, o una experiencia propia de tener o haber tenido hijos con alguna malformación fetal congénita, se consideran por los profesionales como factores determinantes que llevan a las mujeres a solicitar la IVE, para evitar las experiencias ya vividas o dejar hijos huérfanos.

... ¿Qué tanta religiosidad tiene usted cuando tiene otros 2 niños en la casa y sabe que eventualmente si sigue este embarazo puede que los otros queden sin mamá? Es una angustia terrible y espantosa para ellas (Instructor N° 2, hombre, Ginecología y Obstetricia).

2. Causales de interrupción como determinantes en la percepción sobre las mujeres: comprensión, aceptación y rechazo

Las mujeres son percibidas como seres admirables, por su capacidad de generar vida y de asumir el proceso del embarazo y el parto con las complicaciones

propias, por lo que se les considera valientes al adoptar una posición tan radical frente a su salud y la de su feto como la IVE.

Los profesionales refieren cómo, en los últimos años, existe mayor responsabilidad de las mujeres con su gestación y el desarrollo de la misma, lo que genera mayor búsqueda de información, y demanda de los servicios de salud, diagnósticos oportunos, monitoreos más rigurosos y solicitudes de IVE en edades gestacionales más tempranas. Esto, más allá de ser considerado como obstáculo en su práctica profesional, se considera una oportunidad para esclarecer dudas y conceptos erróneos que construyen las mujeres a través de diferentes medios, como Internet.

No obstante, aunque se reconoce la autonomía de las mujeres sobre su cuerpo y su vida, se describe malestar en los participantes por una mayor demanda de IVE, por diferentes causas, desde su punto de vista, no amparadas por la Sentencia. Además, sostienen que muchas veces las mujeres toman la decisión sin contemplar las consecuencias que este procedimiento podría traer para su salud.

Dado lo anterior, los participantes perciben y aprecian de manera diferente a las mujeres de acuerdo con la causa de interrupción de la gestación. En los casos de gestaciones con malformación fetal incompatible con la vida, consideran que las mujeres deben enfrentarse a una situación más dura, porque generalmente estos embarazos son deseados, planeados, y llenan de ilusión a la pareja; así, perciben un mayor nivel de rechazo y resignación hacia la posibilidad de la interrupción, porque el deseo de gestación genera expectativas que cambian bruscamente con el diagnóstico de malformación; forjando sentimientos de tristeza y dolor por la inminente pérdida del embarazo.

Así, la decisión de interrumpir la gestación es considerada por los profesionales como una carga para las mujeres, envuelta en sentimientos de culpa, cuestionamientos e inseguridad por el miedo a equivocarse. Genera conflictos emocionales también con la pareja, y juzgamientos mutuos por la concepción de un feto con malformaciones. Esto fue percibido especialmente en las mujeres de estratos socioeconómicos bajos.

... eso también es algo muy de la parte cultural, porque ella va a pensar que ella no dio un feto sano, que ella debe tener algo, alguna enfermedad en la sangre, que por eso el bebé nació así o digamos cuando ella ya tiene un hijo sano y una nueva unión con una nueva pareja, y con esta pareja, pues tienen el encuentro y nace un bebé malformado. Entonces, “no pero es que mi anterior nació sano, usted debe tener algo en la sangre, sus espermatozoides deben tener quien sabe qué”. Entonces, eso se presta para ese tipo de cosas (Residente N° 1, hombre, Ginecología y Obstetricia).

A esto se suman los deseos de normalidad en la gestación, por lo cual, ante

el diagnóstico médico, la actitud usual de las mujeres es la de mantener las esperanzas en un error médico y accionar la fe para que su futuro hijo nazca sano. En consecuencia, la negación es una constante ante la recomendación de IVE.

... siempre se va a tener la esperanza... es duro tomar esa decisión... pasa que algunas deciden continuar un embarazo aunque se les diga que va a ser un feto no viable o no tiene un buen pronóstico, con la esperanza de que Dios se lo va a dar sano..." (Instructora N° 2, mujer, Medicina Materno Fetal).

De este modo, algunos relatan casos en los que varias mujeres, por sus creencias y valores religiosos, decidieron continuar su gestación a pesar de la malformación fetal y recomendación médica, viviendo un doloroso proceso por el nacimiento y posterior muerte del hijo. Por esto, una vez confirmado el diagnóstico, los profesionales plantean la necesidad de realizar con prontitud la interrupción del embarazo, para evitar el fortalecimiento del vínculo madre-hijo, que aumenta con el tiempo de gestación. Recomiendan, además, un acompañamiento y apoyo psicológico y emocional especial a las mujeres, por un equipo interdisciplinario encabezado por psiquiatría, en todo el proceso, así como durante la realización del duelo por la pérdida del embarazo.

... uno no puede condenar a una mujer a vivir esa situación cuando ella no la escogió. ¿Sí? Entonces, si su bebé viene malformado y es incompatible con la vida, ¿por qué esperarle todo ese sufrimiento hasta que él bebé nazca? Y no sólo el sufrimiento para ella, sino para ese bebé también... eso sí es un vínculo que uno no debería permitir, un vínculo de esperar todo el tiempo del embarazo, que nazca, que ella lo vea, que viva con él, para después saber que se va a morir... Por lo tanto, pienso que si uno puede minimizar todo el trauma que genera el vínculo, ¿por qué no hacerlo?, sabiendo que hagas lo que hagas o pase el tiempo que pase igual se va morir... (Residente N° 2, mujer, Ginecología y Obstetricia).

Así, se considera que la terminación de la gestación afecta a las mujeres emocionalmente, conforme al significado de ese hijo en sus vidas, ya que constantemente, persisten cuestionamientos acerca del porqué les sucedió y los temores relacionados con si podrá embarazarse nuevamente, o a quedar en gestación por posibles repeticiones de la malformación. En consecuencia, se evidencia cómo algunas mujeres optan por estudios complementarios posteriores, para establecer la causa y posible recurrencia; otras, en tanto, prefirieron no conocer más acerca de la anomalía que les llevo a interrumpir su gestación.

En cuanto a las mujeres que interrumpen la gestación por violación, en el contexto institucional, las opiniones se encuentran divididas, y sólo cinco de los participantes están de acuerdo con esta causal de la IVE. Así, el rechazo y desacuerdo con la interrupción por esta causa, aunque expresan sentir dolor con la situación de violencia sexual contra las mujeres, está relacionado con el hecho de que el feto es sano, y la percepción médica de ausencia de riesgo en la salud de la mujer.

... para mí es diferente, porque estamos hablando de un niño sano... obviamente no es lo mismo hablar de una interrupción con un niño sano y una paciente que, digamos, que en teoría no corre riesgo su vida y su salud física, digámoslo así. Obviamente, pues diferente la condición psicológica, pues si tiene su validez... pero es una persona sana y un bebé sano (Residente N° 3, mujer, Medicina Materno Fetal).

No obstante, algunos de los participantes que han atendido mujeres víctimas de abuso sexual, refieren lo doloroso que resulta para ellas una gestación derivada de este evento; percibiendo tristeza, rechazo y un “duelo previo” ante la interrupción de la gestación.

... la paciente que lo hace por violación viene como ya más consciente, ¿sí?, digamos que ha hecho como una catarsis, como un duelo de que de pronto es lo mejor para ella porque, pues si ella realmente no lo esperaba, si realmente fue abusada, pues para ella lo mejor muy seguramente, pues es que no tenga ese bebé, porque si lo va a tener, lo va a dejar botado, lo va maltratar o qué sé yo, ¿sí? Tantas cosas que pueden pasar (Residente N° 2, hombre, Medicina Materno Fetal).

Asimismo, describen el largo, difícil y doloroso itinerario que deben recorrer las mujeres para acceder a la IVE, al tener que enfrentarse a procesos adicionales para establecer que la gestación es producto de una violación; incluyendo además, el trámite en la institución hospitalaria, y otros previos, en el Instituto de Medicina Legal y Ciencias Forenses, la Fiscalía, Juzgados y Comisarías de Familia. A esto se le suma el cuestionamiento de las mujeres en el ámbito hospitalario por tratarse de un feto sano.

... en el de violación es un término también de completa valentía, porque ellas toman la decisión de ir a acusar, hacer todo el proceso... tienen que someterse a todo el proceso médico-legal para poder establecer que fue una violación... Entonces, también se tienen que someter a una serie de cosas, por eso y además, pues si fue producto de una violación todo lo que esto conlleva hace pensar que, que es mucho más difícil para ellas (Residente N° 4, hombre, Ginecología y Obstetricia).

Lo anterior implica, además, lo que algunos de los participantes denominan una “triple violación”: el abuso sexual, el proceso legal y el proceso médico: momentos incómodos para las mujeres como revivir los hechos, el cuestionamiento social, la re-victimización, los tactos vaginales.

Un aspecto poco mencionado es la percepción de la familia y sociedad que, en algunos, casos apoyan a las mujeres víctima de violación, y en otros, las culpabilizan del suceso, o dudan de la veracidad de sus afirmaciones sobre haber sido víctimas de abuso sexual, revictimizando así a las mujeres, y generando en ellas pena, culpa y silencio alrededor del tema. Por último, al ser una situación no consentida, tiene un trasfondo complicado para estas mujeres, ya que adicionado a la afección física y psicológica, deben cargar con la decisión de terminar la gestación, en un contexto en donde se les recalca, durante el proceso, que se trata “de un feto sano y que abortar podría marcar su vida”.

En este sentido, se percibe mayor compromiso emocional en estas mujeres, por lo que se considera necesario un enfoque de atención diferente y acompañamiento interdisciplinario antes, durante y después de la IVE. De hecho, uno de los participantes recomienda que, antes de iniciar el proceso médico, las mujeres tengan un acompañamiento psicológico, enfocado, más que en la pérdida del feto, en el trauma físico y emocional por la violación y la interrupción de la gestación.

Finalmente, en relación a la IVE cuando la gestación pone en riesgo la vida de las mujeres, los participantes expresan que antes de la Sentencia, esto ya se realizaba, bajo el título de “aborto terapéutico”. Así, en estas mujeres, se percibe mayor aceptación ante la terminación del embarazo, pues son conscientes de que, en el caso de morir, su futuro hijo no tendría el mismo desarrollo; aun así, se observaron sentimientos de culpa, al sentirse responsables por la terminación de la gestación.

3. Barreras de atención en salud: administrativas y humanas

Según los participantes, existen varias barreras identificadas, que deben enfrentar las mujeres en la búsqueda de la atención para la IVE. Las impuestas por las Instituciones Prestadoras de Servicios (IPS) son la negación de la atención, por posturas institucionales en las que se evidencian fuertes valores religiosos y la ausencia de protocolos para la atención de la IVE, o de su socialización con la comunidad hospitalaria, para direccionar a las mujeres. Las Entidades Promotoras de Salud (EPS) también generan barreras al acceso, de tipo administrativo, como las demoras en las autorizaciones para citas con especialistas o procedimientos, en los resultados de los exámenes diagnósticos y para informar debidamente a las mujeres sobre la opción de la IVE.

Yo he visto primero que son peloteadas por todas partes, de un lado para otro... la EPS no se ha hecho responsable, los ginecólogos que tiene la EPS usualmente no están capacitados científica, ni técnicamente para dar una opinión sensata respecto al tema. Entonces, se la mandan a otro... después de que ellas solicitan la interrupción, como al mes a la que mejor le va, semanas después, meses incluso... (Instructor N° 5 hombre, Medicina Materno Fetal).

Las barreras humanas se evidencian en la objeción de conciencia de los instructores de turno y la solicitud de requisitos innecesarios a las mujeres. Existe también resistencia entre algunos especialistas de mayor edad a realizar la IVE; y el bajo acceso al control prenatal, que persiste en Colombia y que contribuye a la desinformación acerca del derecho de las mujeres a la IVE.

Desde la experiencia de los profesionales, estas barreras prolongan el sufrimiento de las mujeres, al permitirles el avance de la gestación y el fortalecimiento del vínculo madre-hijo, aumentando el compromiso emocional cuando deciden interrumpir la gestación. Por tanto, un elemento que se valora es la imperiosidad de un diagnóstico prenatal temprano, para evitar el fortalecimiento de dicho vínculo y, así, disminuir el impacto emocional por la pérdida.

...cada vez que pasa el tiempo, pues es más tiempo que la señora ha estado en contacto con su bebé, lo va sentir mover, le va oír el corazón... eso crea un vínculo y las señoras en realidad lo que le piden, la mayoría, es que entre más rápido le solucionen su situación, entre comillas, consideran que es mejor y pues en el fondo podrían tener razón, ¿no? Porque se aumenta el vínculo más tiempo con él bebé... (Instructor N° 1, hombre, Medicina Materno Fetal).

Discusión

En el 2010, el 70.9% de la población colombiana se declaró católica, siendo este credo el predominante en el país (Beltrán, 2012). En la doctrina de la Iglesia Católica, el aborto es definido como un homicidio y se castiga con la excomunión inmediata. La Iglesia Católica se opone a la despenalización del aborto con base en la consideración de la condición sagrada de la vida desde el momento de la concepción (Dalén, 2011).

Este predominio y representatividad numérica tiene una fuerte influencia en la sociedad colombiana. Sin embargo, los participantes de la investigación percibieron que la decisión de solicitar la IVE está mediada por diversos factores, externos e internos de las mujeres que, en muchas ocasiones, deben sobreponerse a los valores

y creencias religiosas de ellas mismas y de sus familias. Asimismo, otros estudios exponen factores, tales como el tipo de relación con su pareja, el nivel académico, proyecto de vida, nivel económico y la percepción social frente a una gestación en edades tempranas, que fueron determinantes para las mujeres a la hora de decidirse por la interrupción de la gestación. Así, la religiosidad individual y la influencia de las creencias y moral de la sociedad no parecieron influir en el comportamiento que adoptan las mujeres frente al aborto (Adamczyk, 2009; Salomón, 2014).

Por otra parte, no se debe olvidar que, a nivel mundial, persisten fuertes diferencias en las opiniones y juicios alrededor del aborto, y su legalización, que van desde su aprobación sin restricciones hasta su prohibición, parcial o absoluta; pasando por quienes consideran que este tema debe asumirse como una ampliación de la democracia y modernización de las sociedades, que ofrezcan poder de decisión a las mujeres y que toquen la ética de cada sujeto, como lo afirman Zamudio et al. (1999). A pesar de estas divergencias existe, como punto de acuerdo, el reconocimiento del aborto inseguro como un serio problema de salud pública (Ministerio de la Protección Social, 2006); evitable, en la mayoría de los casos, y moralmente justificado en ciertas circunstancias (Faúndes & Barzelatto, 2006). Esto ha impulsado las normatividades favorables a la libre elección de un aborto seguro para reducir tasas de mortalidad y morbilidad maternas, cargas sociales, desigualdades de género y altos costos para los sistemas de salud, como parte de algunos objetivos y metas internacionales de desarrollo (CEPAL, 2012).

Es interesante cómo los participantes perciben, de forma positiva, a las mujeres que deciden interrumpir su gestación. Reconocen lo que esto representa para sus vidas, haciendo a un lado las posturas extremas que persisten en la sociedad colombiana sobre el aborto, así como los postulados religiosos, relacionados con la hominización inmediata, como principal soporte del argumento católico hacia la protección de la vida desde el momento de la fecundación (Faúndes & Defago, 2013), los cuales no parecen influir, y son aspectos que ni siquiera son mencionados dentro de sus posiciones en contra del procedimiento.

Así, la viabilidad del feto y la salud física de las mujeres se consideran como factores determinantes en el grado de aceptación de la IVE, y parten de su experiencia con esta práctica. Ya en el caso de gestaciones que ponen en riesgo la vida de las mujeres, prima el principio profesional de preservar su vida sobre la gestación, al hacer parte de su formación, como abortos terapéuticos o desembarazos pre-termino, incluso previo a la Sentencia referida.

Asimismo, el caso de fetos con anomalías es más aceptado por los profesionales, puesto que, previo a la Sentencia, vieron cómo las mujeres vivieron toda la gestación y enfrentaban el nacimiento de un niño que finalmente moría, desgastando a la familia y al sistema de salud. Además, sufrieron cuestionamientos éticos

frente a la conducta a seguir con fetos vivos pero sin ningún pronóstico de vida. En esta lógica, varios estudios (Lisker, Carnevale & Villa, 2006; Heuser, Eller & Byrne, 2012; Mehran et al., 2008) reportan mayor aceptación de la interrupción del embarazo por parte de los profesionales en estos casos, principalmente, en edades gestacionales tempranas.

En esta línea, existe un rechazo a la IVE cuando la gestación es producto de una violación. Sin desconocer la compleja situación que atraviesan las mujeres que enfrentan esta realidad, lo anterior se debe a la consideración desde el punto de vista médico de las mujeres y el feto como sanos físicamente, y de “embarazos que se puede llevar a buen término”. Este rechazo, debido a las características de la formación médica, hace necesario ampliar la mirada por parte de los profesionales, hacia conceptos de salud y enfermedad que traspasen la barrera de lo físico y lo biológico. Al respecto, la Federación Latinoamericana de Sociedades de Obstetricia y Ginecología (Távora, 2009), propone que los médicos cuenten con herramientas para valorar adecuadamente la salud de las mujeres gestantes desde su complejidad física, psicológica y social; y por tanto, la afectación de la misma, que puede conducir a la solicitud de un aborto legal amparado por la causal salud y no solamente ante riesgos en su salud física.

A ello se suma la necesidad, percibida por algunos participantes, de contar con mecanismos confiables que permitan demostrar o confirmar la violación para dar acceso a la IVE, pese a las claridades que al respecto se hacen en la jurisprudencia colombiana (Corte Constitucional de Colombia, 2008a; 2008b) y la Resolución 459 de 2012, en el sentido de ubicar la responsabilidad del médico en la atención integral en salud y no en el esclarecimiento de aspectos jurídicos, lo cual es función de otros sectores distintos a salud que deben coordinarse en torno a cada caso (Ministerio de Salud y Protección Social, 2012).

Además, dicha normativa establece que el requisito estandarizado por la Sentencia C-355 de 2006 para acceder a una IVE por causal violencia sexual es la presentación de una denuncia efectuada ante autoridad competente. Existen algunas excepciones para su exigencia: por ejemplo, cuando la denuncia formal del hecho violento genere un riesgo vital por re-victimización hacia las mujeres o el personal de salud, que puede ocurrir, como en el caso colombiano, en el marco del conflicto armado interno. Para tales circunstancias de excepción, la Resolución traza rutas alternativas que no se constituyan en obstáculos para el acceso a la IVE que las mujeres requieren (Ministerio de Salud y Protección Social, 2012).

Estos reparos denotan el interés de los profesionales por hacer valer su papel social, más allá del asistencial; sin embargo, si bien éstos deben tener un rol importante en la construcción de políticas públicas, no son necesarios en el diseño y aprobación de normas jurídicas, ya que éstas, en el caso de la IVE, le otorgan a las

mujeres la decisión sobre sus cuerpos, como parte de sus derechos humanos fundamentales, lo que sólo a ellas compete, y no al prestador médico de salud.

Por esto, el quehacer de los profesionales, que atienden y cuidan de manera directa a las mujeres que solicitan una IVE, debe trascender lo clínico y asistencial, y pensarse en doble sentido: hacia la prestación de un servicio de calidad y eficiente a las mujeres, como parte de la aplicación adecuada de la legislación; y su participación en la formulación de las políticas públicas, que favorezcan una mejor adaptación entre tales derechos y las decisiones de las mujeres sobre su vida y su reproducción (Szulik et al., 2008). Así, gracias a sus experiencias sobre lo difícil que es enfrentarse a la realización de la IVE, los profesionales médicos podrían favorecer el diálogo entre los grupos feministas, profesionales del derecho, las mujeres y ellos mismos, orientados hacia un mismo discurso, a favor de las mujeres y sus derechos, que involucre un alto grado de responsabilidad social y una función más activa en la elaboración e instrumentación de políticas de salud.

Otro aspecto es la percepción por los participantes de las barreras para la atención a las que se enfrentan las mujeres. Varios autores concuerdan en que, si bien las barreras de atención no siempre impiden el acceso al servicio, sí generan retrasos injustificados y riesgos a las mujeres, por lo que plantean diferentes recomendaciones para superarlas. A saber: la inclusión de una visión integral de la salud; formación de los profesionales de la salud sobre la normatividad y el procedimiento, incluyendo a los de zonas rurales; compensación económica a los profesionales que atienden a estas mujeres, mecanismos gubernamentales de seguimiento a la prestación del servicio y generación de estrategias que minimicen las barreras de atención; y la disposición de clínicas que oferten el servicio sin obstáculos en las zonas de mayor demanda (Möller, Öfverstedt & Siwe, 2012; La Mesa, 2011; Harries, Stinson, & Orner, 2009).

De este modo, se sugiere al personal de salud ofrecer apoyo a las mujeres y evitar juzgarlas una vez que hayan tomado una decisión final. Es importante, asimismo, fortalecer la formación de los médicos en torno a las complicaciones propias del embarazo, a los modelos y protocolos vigentes en el país para la atención de la IVE y, en particular, para la atención integral en salud de las víctimas de violencia sexual. Es decir, sensibilizar a los profesionales y generar un trato humanizado, especialmente con respecto a los aspectos mencionados como valoraciones, interrogatorios y otros. Así lo confirma un estudio (McCoyd, 2009): la atención debe centrarse principalmente en el bienestar integral de las mujeres, permitiendo un clima de empatía entre éstas y los profesionales, para aliviar su situación y evitar recargas de tensión adicional.

Conclusiones

Sin pretender generalizar los resultados del estudio, son una primera mirada al fenómeno social en el país, desde la voz de los médicos como uno de sus actores. El mismo muestra que se hace necesaria la socialización de la Sentencia C-355 de 2006 en el país, de las normatividades que de ella se derivan y de los derechos de las mujeres, así como la gestión de estrategias en aras de prestarles apoyo en su decisión de terminar su gestación, y disminuir las barreras de acceso que se le imponen cuando solicita la IVE.

Por último, hasta ahora se inicia el abordaje investigativo de la IVE en Colombia, como un fenómeno social nuevo que ha irrumpido en el país. Esto hace inexcusable continuar su pesquisa, en especial, desde las voces de sus actores: mujeres, parejas, familia y profesionales de la salud. También, pensar en avanzar hacia diseños que permitan otros alcances en sus resultados. Por el momento, este estudio deja dos temas sobre el tapete, para continuar: las experiencias vividas por las mujeres en la IVE y las barreras para la atención en salud que éstas han debido sortear cuando han tomado la decisión de interrumpir la gestación.

Enviado: 15/02/2016
Aceptado para publicación: 11/01/2018

Referencias bibliográficas

- ADAMCZYK, Amy. 2009. "Understanding the Effects of Personal and School Religiosity on the Decision to Abort a Premarital Pregnancy." *Journal of Health and Social Behavior*. Vol. 50, n° 2, p.180-195.
- BAUTISTA, Nelly. 2011. Proceso de la investigación cualitativa. Epistemología, metodología y aplicaciones. 1ª ed. Bogotá: Manual Moderno. 175 p.
- BELTRÁN, William. 2012. "Descripción cuantitativa de la pluralización religiosa en Colombia." *Universitas humanística*. Vol.73, n° 17, p.201-237.
- BONILLA, Elssy. & RODRIGUEZ, Penélope. 2005. *Más allá del dilema de los métodos: La investigación en Ciencias Sociales*. 3ª ed. Bogotá: Norma. 120 p.
- CASTILLO, Edelmira. 2000. "La fenomenología interpretativa como alternativa apropiada para estudiar los fenómenos humanos." *Investigación y Educación en Enfermería*. Vol. 23, n° 1, p. 27-35.
- CEPAL. 2012. *Reunión del Comité Especial sobre Población y Desarrollo: Acuerdos*. Ecuador. p.1-10.
- CONTRERAS, Xipatl., DIJK, Marieke., SÁNCHEZ, Tahilin. & SANHUEZA, Patricio. 2011. "Experiences and Opinions of Health-Care Professionals Regarding Legal Abortion in Mexico City: A Qualitative Study." *Stud Fam Plann*. Vol.42, n° 3, p. 183-190.
- CORTE CONSTITUCIONAL DE COLOMBIA. 2006. *Sentencia C-355 de 2006*. Bogotá.
- CORTE CONSTITUCIONAL DE COLOMBIA. 2008. *Sentencia T-209 de 2008*. Bogotá.
- CORTE CONSTITUCIONAL DE COLOMBIA. 2008. *Sentencia T -946 de 2008*. Bogotá.
- DALÉN, Annika. 2011. *El aborto en Colombia. Cambios legales y transformaciones sociales. [Tesis de Maestría]*, Universidad Nacional de Colombia. Bogotá.
- FAÚNDES, Anibal. & BARZELATTO, José. 2006. El drama del aborto: en busca de un consenso. 1ª ed. Buenos Aires: Tercer mundo Editores.
- MORÁN FAÚNDES, José Manuel & PEÑAS DEFAGO, María Angélica. 2013. "¿Defensores de la vida? ¿De cuál «vida»? un análisis genealógico de la noción de «vida» sostenida por la jerarquía católica contra el aborto." *Sexualidad, Salud y Sociedad*. N° 15, p.10-36.
- GONZÁLEZ, Deyanira. 1995. "Los médicos y el aborto." *Salud Pública Méx*. Vol.37, n° 3, p. 248-255.
- HARRIES, Jane., STINSON, Kathryn. & ORNER, Phyllis. 2009. "Health care providers' attitude towards termination of pregnancy: a qualitative study in South Africa." *BMC Public Health*. Vol.9, p. 296-397.
- HEUSER, Cara., ELLER, Alexandra. & BYRNE, Janice. 2012. "Survey of physicians' approach to severe fetal anomalies." *Journal Of Medical Ethics*. Vol.38, n° 7, p.1473-4257.
- KRAUSE, Mariane. 1995. "La investigación cualitativa: Un campo de posibilidades y desafíos." *Temas de educación*. Vol.7, p.19-39.

- LA MESA [POR LA VIDA Y LA SALUD DE LAS MUJERES]. 2011. El acceso al aborto seguro y su impacto en la salud de las Mujeres en Colombia. Disponible en: file:///C:/Users/SONY/Downloads/el_acceso_al_aborto_seguro_y_su_impacto_en_la_salud_de_las_mujeres_en_colombia%20(1).pdf
- LISKER, Rubén., CARNEVALE, Alessandra. & VILLA, Antonio. 2006. "Acceptance of induced abortion amongst medical students and physicians in Mexico." *Revista de Investigación clínica*. Vol.58, n° 4, p.305-312.
- MAJOR, Brenda. & GRAMZOO, Richard. 1999. "Abortion as stigma: cognitive and emotional implications of concealment." *Journal Pers Soc Psychol*. Vol.77, n° 4, p. 735-745.
- MCCOYD Judith. 2009. "What do women want? Experiences and reflections of women after prenatal diagnosis and termination for anomaly." *Health Care For Women International*. Vol.30, n° 6, p.507-535.
- MEHRAN, Karimi., MOHAMMADMEHDI, Bonyadi., MOHAMMAD, Galehdari. & SOHEILA, Zareifar. 2008. "Termination of pregnancy due to Thalassaemia major, Hemophilia, and Down's Syndrome: the views of Iranian physicians." *BMC Med Ética*. Vol. 9, n° 19, p.1-4.
- MINISTERIO DE SALUD DE COLOMBIA. 1993. *Resolución 8430 de 1993, por la cual se establecen las normas científicas y técnicas de la investigación en salud*. Bogotá.
- MINISTERIO DE LA PROTECCIÓN SOCIAL-COLOMBIA. 2006. *Resolución 004905 de 2006, por la cual se adopta la Norma Técnica para la atención de la Interrupción voluntaria del embarazo*. Bogotá.
- MINISTERIO DE SALUD Y PROTECCIÓN SOCIAL-COLOMBIA. 2012. *Resolución 459 de 2012, por la cual se adopta el Protocolo y modelo de atención integral en salud para víctimas de violencia sexual*. Bogotá.
- MÖLLER, Amanda., ÖFVERSTEDT, Sofie. & SIWE, Karin. 2012. "Proud, not yet satisfied: The experiences of abortion service providers in the Kathmandu Valley, Nepal." *Sexual & Reproductive Health care*. Vol.3, n° 4, p.135-140.
- NORRIS, Alison., BESSETT, Danielle., STEINBERG, Julia., KAVANAUGH, Megan., ZORDO, Silvia. & BECKER, Davida. 2011. "Abortion stigma: a reconceptualization of constituents, causes and consequences." *Womens Health Issues*. Vol.21, n° 3, p. 49-54.
- POLIT, Denise. & HUNGLER, Bernadette. 2000. *Investigación científica en Ciencias de la Salud: principios y métodos*. 6^{ta} ed. México: McGraw-Hill Interamericana. 267 p.
- PURI, Mahesh., LAMICHHANE, Prabhat., HARKEN, Tabetha., BLUM, Maya., HARPER, Cynthia., DARNEY, Philip., et al. 2012. "Sometimes they used to whisper in our ears": health care workers' perceptions of the effects of abortion legalization in Nepal." *BMC Public Health*. Vol.12, n° 1, p. 297-315.
- SALOMÓN, Liz. 2014. *Factores que determinan la decisión de abortar en mujeres con antecedentes de aborto provocado. [Tesis Universitaria]*, Universidad Nacional Mayor de San Marcos. Perú.
- SZULIK, Dalia., GOGNA, Mónica., PETRACCI, Petracci., RAMOS, Silvina. & RO-

- MERO, Mariana. 2008. "Anticoncepción y aborto en Argentina: perspectivas de obstetras y ginecólogos." *Salud pública Méx.* Vol.50, n° 1, p. 32-39.
- TÁVARA, Luis. 2009. II Taller Latinoamericano del Comité de Derechos Sexuales y Reproductivos de FLASOG. "Aborto legal por causales de salud". *Revista de Obstetricia y Ginecología de Venezuela.* Vol. 69, n° 2, p.130-141.
- WOJNAR, Danuta. & SWANSON, Kristen. 2007. "Phenomenology: An Exploration." *Journal of Holistic Nursing.* Vol.25, n° 3, p.172-180.
- ZAMUDIO, Lucero., RUBIANO, Norma., WARTENBERG, Lucy., VIVEROS, Mara. & SALCEDO, Hernando. 1999. *El aborto inducido en Colombia: características demográficas y socioculturales.* 1^{ra} ed. Bogotá: Centro de Investigaciones Sobre Dinámica Social, Universidad Externado de Colombia.