

# Actitudes de los gineco-obstetras ante la interrupción legal voluntaria del embarazo

## Obstetrician-gynecologist's attitudes toward legal and voluntary interruption of pregnancy

Eliana M. Quintero-Roa<sup>1</sup> y Miguel E. Ochoa-Vera<sup>2</sup>

<sup>1</sup> Universidad Autónoma de Bucaramanga. Floridablanca Santander. [equintero@unab.edu.co](mailto:equintero@unab.edu.co)

<sup>2</sup> Observatorio de Salud Pública de Santander. Bucaramanga, Colombia. [miguelenriqueochoa@gmail.com](mailto:miguelenriqueochoa@gmail.com)

Recibido 30 Julio 2013/Enviado para Modificación 16 Julio 2014/Aceptado 9 Marzo 2015

### RESUMEN

**Objetivo** Colombia despenalizó la interrupción legal y voluntaria del embarazo (ILVE) en gestaciones que constituyan peligro para la vida o la salud de la mujer, cursen con malformaciones fetales que hagan inviable la vida o sean resultado de una violación, inseminación artificial o transferencia de óvulo fecundado, no consentidas, o de incesto. Personas que han solicitado este servicio han reportado serias dificultades para recibirlo. Dado que son los gineco-obstetras quienes manejan usualmente estos eventos, se propuso indagar cuál era la actitud que asumían al momento de atender dichas solicitudes.

**Método** Cualitativo-cuantitativo. Se aplicaron encuestas auto administradas y anónimas al universo de gineco-obstetras que laboraban en Bucaramanga a Enero 30 del 2012 y entrevistas semi-estructuradas a una porción seleccionada de esta población. Resultados Existen déficits conceptuales en la normativa que aplica para la ILVE y para la objeción de conciencia (OC). Los ítems “embarazo que pone en riesgo la vida materna” o que “cursa con malformaciones fetales incompatibles con la vida”, tienen aceptación y posibilidad de concreción en el acto médico pertinente. La causal “embarazo producto de una violación” siendo aceptada, es la que ocasiona mayor proporción de objetores de conciencia.

**Conclusiones** Los problemas conceptuales en la aplicación de la norma así como la existencia de dificultades de índole logístico – administrativas propias del sistema de salud, son elementos que favorecen las trabas que enfrentan las pacientes que solicitan una ILVE. La regulación de la edad gestacional máxima hasta la que se permite la ILVE mejoraría la aplicación de la norma.

**Palabras Clave:** Aborto, médicos, actitudes, conocimientos (*fuentes: DeCS, BIREME*).

## ABSTRACT

**Objective** In 2006, Colombia decriminalized legal and voluntary interruption of pregnancy (LVIP) in situations in which: the mother's life or health is in danger, fetal life-threatening malformations exist, or when the pregnancy is the result of rape, non-consensual artificial insemination, or incest. Difficulties reported in the introduction of this practice are related to the attitudes of doctors. Obstetricians usually are the doctors who attend these cases; an assessment of their attitudes regarding this situation was performed.

**Method** Qualitative and quantitative. Self-administered anonymous questionnaires were applied to obstetricians who work in Bucaramanga on January 30th, 2012. Subsequently, semi-structured interviews were performed to a sub-sample of that population.

**Results** Important deficits in the knowledge of legislation regarding LVIP and conscientious objection were found. Life-threatening for mother, and fetal life-threatening malformations were the most accepted items and the most likely to be practiced. The item "pregnancy secondary to rape" although accepted, was the most objected to for reasons of conscience.

**Conclusion** The inclusion of gestational age as a regulatory criterion for LVIP was suggested by the interviewees. The joint effect of the findings mentioned above, and both administrative and logistic difficulties in the Colombian health system constitute barriers for patients in cases of LVIP.

**Key Words:** Abortion, physicians, attitudes, health knowledge (*source: MeSH, NLM*).

La normativa del aborto en Colombia indica que este se encuentra despenalizado en los siguientes casos: i. Cuando la continuación del embarazo constituya peligro para la vida o la salud de la mujer, certificada por un médico; ii. Cuando exista grave malformación del feto que haga inviable su vida, certificada por un médico, y; iii. Cuando el embarazo sea el resultado de una conducta, debidamente denunciada, constitutiva de acceso carnal o acto sexual sin consentimiento, abusivo o de inseminación artificial o transferencia de óvulo fecundado no consentidas, o de incesto (1). A pesar de esto, nuestro país reporta cifras de abortos clandestinos (2) similares a las de países latinoamericanos cuyas legislaciones penalizan de manera absoluta la interrupción legal voluntaria del embarazo (ILVE) (3-9). Las explicaciones a este fenómeno sugieren que se origina en las dificultades que enfrentan las pacientes que solicitan el servicio médico, bien sea por la creación de barreras en el acceso a este o por la actitud que asume el personal sanitario llamado a prestarlo (10-11). La literatura latinoamericana que ha explorado las actitudes del personal sanitario ante el aborto provocado muestra que: a. La mayoría acepta que se deben despenalizar casos especiales; b. El nivel de conocimiento de las

normativas vigentes es escaso, y; c. Existe una mentalidad generalizada que facilita la despenalización parcial del aborto (12-17).

En Colombia, un estudio realizado en el 2009 mostró que los gineco-obstetras tienen una alta aceptación de la normativa vigente, pero una baja disponibilidad para llevar a cabo el acto médico pertinente (18). Si consideramos el tiempo de vigencia de la norma y las sentencias que al respecto ha proferido la Corte Constitucional (19-24), sería de esperar que los médicos en general y los gineco-obstetras en particular, dominaran las cuestiones normativas relacionadas con la ILVE y las implicaciones que estas generan en su actitud ante la solicitud de realizar el acto médico asociado. A hoy, carecemos de evidencia que permita establecer cuál es la realidad de estos hechos. Para establecer estas cuestiones fue que se realizó el presente proyecto.

## MATERIALES Y MÉTODOS

El proyecto tuvo un enfoque cuali-cuantitativo. El universo poblacional estuvo conformado por los gineco-obstetras que laboraban en Bucaramanga entre Julio 1 del 2011 y Enero 30 del 2012. Para identificarlos, se elaboró un censo obtenido de cruzar la base de datos de la Sociedad Santandereana de Obstetricia y Ginecología que reportaba los datos de quienes cumplían el criterio de inclusión, con los de directorios telefónicos escritos y virtuales de la ciudad e información obtenida por referencia directa de otros colegas.

Para la evaluación cuantitativa, se entregó a los potenciales participantes una encuesta auto - administrada y anónima. Las personas fueron abordadas en sus sitios de trabajo por una persona anexa al proyecto, que se encargó de solicitar la participación, explicar el objetivo del estudio y dejar en cada sitio una urna sellada para recolectar los instrumentos una vez fueran diligenciados. Las urnas fueron recuperadas al cierre de la fase de recolección de información, luego de lo cual se procedió a la tabulación y análisis de los datos mediante análisis uni y bivariados. Se manejaron niveles de significancia de 0,05 para pruebas de hipótesis de  $\chi^2$  o test exacto de Fischer.

Posteriormente se desarrolló la fase cualitativa, la cual consistió en entrevistas semi-estructuradas cuyas preguntas disparadoras se enfocaron en la exploración de cuestiones que no pudieron ser abordadas en la fase cuantitativa. El proceso finalizó al presentarse la saturación de la

información. Se entrevistaron en total cinco hombres y cuatro mujeres. Para la selección de los participantes, el universo poblacional se dividió en dos según el género, y luego, mediante la aplicación de una tabla de números aleatorios se procedió a elegir los participantes de manera intercalada. Antes de iniciar las entrevistas, se firmaron los consentimientos informados, se garantizó la confidencialidad de la información y se solicitó autorización para hacer una grabación de audio, que después de transcribirse fue destruida. Todos los participantes aceptaron haber sido abordados o haber manejado en su práctica clínica al menos una paciente cuyo motivo de consulta hubiera sido solicitar una ILVE. El análisis de los datos se llevó a cabo mediante la formación de grupos temáticos que se generaron por asociación de ideas.

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

## RESULTADOS

El censo de participantes determinó un universo de 92 personas, de las cuales 11 no pudieron ser contactadas y 21 a pesar de haber recibido la encuesta no la retornaron. La descripción socio-demográfica y actitudinal de los participantes ante la ILVE y su proporción según el género se aprecia en la Tabla 1.

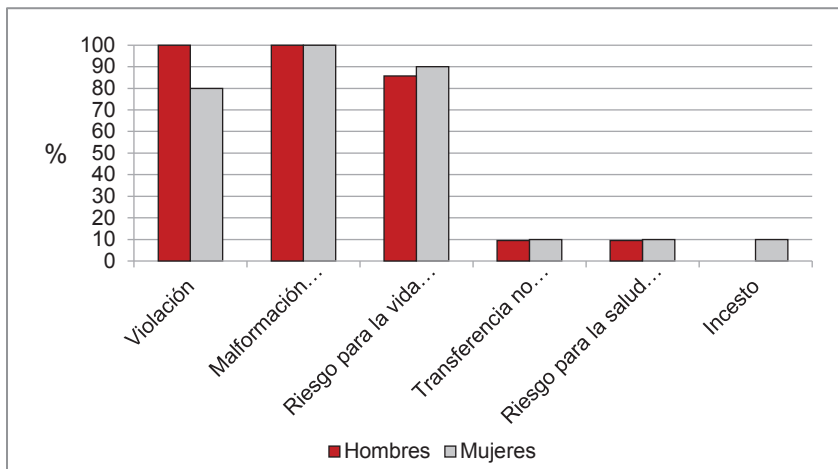
**Tabla 1.** Descripción socio-demografica y actitudinal

Parámetro	Total n:60 (%)	Hombre n:39 (%)	Mujer n:20 (%)
Edad (Años Cumplidos)			
Promedio	44.7	47.4	39.3
Rango	29-67	29-67	29-55
Años como Gineco-obstetra			
Promedio	12.7	14.5	9.2
Rango	1-40	1-40	1-25
Estado civil			
Casado	45/58 (77.6)	31/38 (81.6)	14/20 (70)
Divorciado	3/58 (5.2)	1/38 (2.6)	2/20 (10)
Soltero	9/58 (15.5)	5/38 (13.2)	4/20 (20)
Unión libre	1/58 (1.7)	1/38 (2.6)	
Sector donde trabaja			
Público	1/59 (1.7)	0/38	1/20 (5)
Privado	18/59 (30.5)	11/38 (28.9)	7/20 (35)
Ambos	40/59 (67.8)	27/38 (71.1)	12/20 (60)

Parámetro	Total n:60 (%)	Hombre n:39 (%)	Mujer n:20 (%)
Le han solicitado practicar un aborto	51/59 (86.4)	35/38 (92.1)	15/20 (75)
Actitud ante el aborto inducido			
De acuerdo	1/60 (1.7)	0/39 (0%)	1/20 (5)
Depende de la causal argumentada	10/60 (16.7)	6/39 (15.4)	4/20 (20)
Diálogo	14/60 (23.3)	9/39 (23.1)	4/20 (20)
Desacuerdo	18/60 (30)	13/39 (33.3)	5/20 (25)
No contesta	17/60 (28.3)	11/39 (28.2)	6/20 (30)
Le han solicitado practicar ILVE	43/60 (71.7)	29/39 (74.4)	13/20 (65)
Ha realizado ILVE	24/60 (40)	16/39 (41)	7/20 (35)
Ha objetado conciencia	14/58 (24.1)	9/37 (24.3)	5/20 (25)

La Figura 1 muestra el nivel de conocimiento que tuvo la población respecto de los ítems despenalizados.

**Figura 1.** Reconocimiento de los gineco-obstetras que laboran en Bucaramanga de los ítems despenalizados para realizar una ILVE



El análisis bivariado no mostró diferencias estadísticamente significativas cuando se cruzaron los datos con las variables género, edad, estado civil y tiempo de ejercicio de la profesión. Se realizó entonces una comparación entre la población total y aquella que hubiera realizado una ILVE. En la Tabla 2. Se aprecian las diferencias que tienen estos grupos respecto de cuestiones concernientes a la actitud y percepción que existe ante la ILVE en general y con cada uno de los ítems despenalizados, el grado de aceptación de estos y el manejo que el gineco-obstetra da a situaciones directamente relacionadas con el procedimiento.

Dado que el Sistema de Salud ha ocasionado que la atención médica se realice mediada en un marco contractual entre el profesional y la institución prestadora de servicios, se consideró importante describir la influencia que genera esta situación y si interviene en el proceso de toma de decisiones (Tabla 3). Allí mismo se muestran los resultados de la exploración de conocimientos y actitudes que manejan los participantes en relación con el derecho a la objeción de conciencia (OC). Como era de esperar, dada la comparación de poblaciones que se planteó, es aquí donde aparece la mayoría de parámetros que muestran diferencias de significancia estadística.

**Tabla 2.** Contraste entre la población total y quienes han realizado una ILVE en cuanto a la actitud, percepción y abordaje que se da a las pacientes que la solicitan

Parámetro analizado	Total N 60( %)	Ha realizado ILVE N 24( %)	$\rho$
Le han solicitado una ILVE	43/60 (71.7)	24/24 (100)	
Actitud asumida			
Llevar a Junta Médica	3/60 (5)	0 (0)	
No contesta	12/60 (20)	2/24 (8.3)	
Objeción de conciencia	14/60 (23.3)	0 (0)	<0.01
Realizar según la indicación	12/60 (20)	8/24 (33.3)	
Realizarlo en cualquier caso	15/60 (25)	14/24 (58.4)	
Remitir a un colega o a la aseguradora	4/60 (6.7)	0 (0)	
De acuerdo con las causales despenalizadas	41/60 (68.3)	16/24 (66.7)	0.66
Ampliaría las causales despenalizadas	10/59 (16.9)	6/23 (26.1)	0.19
Casos a los que debería ampliarse			
Decisión de la paciente	6/9 (66.7)	4/5 (80)	
Enfermedad mental materna	1/9 (11.1)	0 (0)	
Todas las malformaciones fetales	2/9 (22.2)	1/5 (20)	
Causales con las cuales no está de acuerdo			
Malformación fetal incompatible con la vida	2/19 (10.5)	0	
Respuesta no consistente	1/19 (5.2)	1/8 (12.5)	
Violación	10/19 (52.7)	7/8 (87.5)	0.06
Desacuerdo con todas	3/19 (15.8)	0	
No contesta	2/19 (10.5)	0	
Riesgo para la salud materna	1/19 (5.3)	0	
Ha pedido juntas médicas	35/60 (58.3)	15/24 (62.6)	0.59
Ha remitido a un juez para que autorice la IVE	16/60 (26.7)	11/24 (45.8)	0.006
Considera válido un diagnóstico de alteración de salud mental emitido por psicología	13/58 (22.4)	6/22 (27.3)	0.48
Considera los argumentos de la paciente para realizar la ILVE	34/60 (56.7)	18/24 (75)	0.01
Cambiaría de posición dependiendo de las individualidades de cada caso	34/59 (57.6)	15/24 (62.5)	0.53
Teme al juicio social que se le pueda hacer por su postura ante la IVE	11/59 (18.6)	4/24 (16.7)	0.74

**Tabla 3.** Cuestiones relacionadas con el vínculo laboral y la objeción de conciencia del gineco-obstetra respecto de la Interrupción legal voluntaria del embarazo

Cuestiones del vínculo laboral	Total n 60 (%)	Ha realizado ILVE n 24 (%)	$\rho$
Le han solicitado en su trabajo que aclare su posición ante la ILVE	25/59 (42.4)	9/23 (39.1)	0.68
Ha sido presionado para realizar una ILVE	3/58 (5.2)	2/24 (8.3)	0.36
Cree que podría tener problemas laborales por negarse a realizar una ILVE	16/59 (27.1)	6/23 (26.1)	0.88
Desea aclarar su postura ante la ILVE	56/58 (96.6)	23/24 (95.8)	0.80
Considera que la ILVE debe manejarse dentro del sistema de seguridad social	52/59 (88.1)	21/24 (87.5)	0.90
Conoce la posición de sus colegas ante la ILVE	37/59 (62.7)	15/23 (65.2)	0.75
Ha objetado conciencia	14/58 (24.1)	2/24 (8.3)	0.01
Alegaría objeción de conciencia para realizar la ILVE a pesar de estar de acuerdo con la causal invocada	28/53 (52.8)	6/20 (30)	0.01
Alegaría Objeción de conciencia a pesar de estar de acuerdo			
Riesgo para la vida materna	1/31 (3.2)	0	
Riesgo para la salud de la madre	1/31 (3.2)	0	
Todos los casos	15/31 (48.4)	0	0.01
Violación	14/31 (45.2)	7/7 (100)	
Ha alegado o alegaría objeción de conciencia por estar en contra del ítem			
Malformación fetal incompatible con la vida	1/8 (12.5)	0	
Respuesta no consistente	0	1/8 (12.5)	
Violación	4/8 (50)	7/8 (87.5)	0.01
Todos los casos	3/8 (37.5)	0	
Ha alegado o alegaría objeción de conciencia por estar en contra del ítem			
Malformación fetal incompatible con la vida	1/8 (12.5)	0	
Respuesta no consistente	0	1/8 (12.5)	
Violación	4/8 (50)	7/8 (87.5)	
Todos los casos	3/8 (37.5)	0	
Remitiría después de alegar Objeción de Conciencia	41/58 (70.7)	15/22 (68.2)	0.7
¿Por qué?			
Evitar problemas legales	6/25 (24)	1/9 (11.1)	
Evitar riesgo de aborto clandestino	1/25 (4)		
Respeto a la autonomía de la paciente	16/25 (64)	8/9 (88.9)	
Evitar problemas laborales	2/25 (8)		

Respecto del análisis cualitativo se crearon 4 grupos temáticos que se describen a continuación:

### 1. Actitud ante la solicitud de una ILVE

La actitud asumida al momento de enfrentar la solicitud de una ILVE, estuvo directamente relacionada con el criterio personal de aceptación del profesional respecto de la causal invocada por la paciente. Todos los entrevistados realizaron una diferenciación marcada entre dos cuestiones:

Una cosa es el hecho de que cómo ciudadano se puede estar o no de acuerdo con que un ítem determinado esté despenalizado y otra cosa es que quienes aceptan las bondades sociales de la despenalización, estén obligados como profesionales a llevar a la práctica el acto médico de la ILVE. La actitud de aquellos que manifestaron aceptación social y ausencia de OC para realizar una ILVE, se dirigió hacia verificar el cumplimiento de los requisitos que la ley exigía para el caso concreto y proceder con el acto médico. Quienes manifestaron reparos para realizar el procedimiento asumieron dos posturas: una actitud proactiva para remitir a otro colega o institución, previa explicación del porqué de esta conducta y quienes dieron indicaciones equívocas o dispersas que ocasionaron dificultades para que la paciente pudiera acceder a su atención.

2. Dificultades que pueden ocasionar retardos en la atención de las pacientes  
Se generó un compendio de las dificultades y demoras que pueden ocasionarse a las pacientes que solicitan una ILVE:

- Demora en la autorización de atención por especialistas o en la realización de exámenes
- Derivación indiscriminada de las pacientes para que sean atendidas en las urgencias de gineco-obstetricia, sin antes haber corroborado la postura ante la ILVE del profesional de turno
- Baja periodicidad de las Juntas de Expertos
- Riesgo de abandono de la paciente, en los casos en que ya se le instauró el manejo médico, cuando el profesional que asume el turno manifiesta tener OC para continuar el tratamiento.
- Desconocimiento de la ley que lleva a dar recomendaciones erradas o a tomar decisiones y acciones médicas que van en contra de la normativa vigente.

3. Argumentos de Causalidad en casos de rechazo de los ítems despenalizados  
De los ítems despenalizados, el único que mostró aceptación total entre los entrevistados fue el embarazo que pone en riesgo la vida de la paciente. El argumento de sustentación de esta postura, fue el deber del médico de ponderar una vida viable y en curso vs. una vida aún no viable. En los casos de malformaciones fetales incompatibles con la vida, todos mencionaron la aceptación social de la norma, pero unos pocos argumentaron su negativa a practicar el acto médico, bajo la tesis de una postura personal de respeto por la vida, originada en convicciones propias de origen religioso. La causal que más polémica generó fue la que despenaliza las gestaciones producto



de una violación. Quienes argumentaron su negativa a practicar el acto médico de la ILVE, independientemente de si estaban o no de acuerdo con la validez social de su despenalización, basaron sus posturas en dos discursos diferentes: Quienes privilegiaron la vida del feto por encima de cualquier otra cuestión –por razones de índole religiosa- y quienes argumentaron que la sola denuncia del hecho ante la autoridad era un requerimiento débil y fácilmente tergiversable.

#### 4. Sugerencias de cambios a la legislación actual

Solo quienes argumentaron razones de índole religiosa sugirieron eliminar la causal embarazo producto de violación y dejar vigentes los parámetros: riesgo para la vida de la madre y malformación fetal incompatible con la vida. Quienes aceptaron la validez de todos los parámetros despenalizados, sugirieron en los casos de violación, que se debería elevar el número de requisitos verificables que demuestren la veracidad de lo acontecido. Un punto de gran importancia que salió a relucir, fue lo importante que es establecer límites claros respecto de la edad gestacional hasta la cual debería poder practicarse una ILVE, específicamente en el ítem de embarazos producto de relaciones no consentidas: “a mí me han llegado pacientes con 28 y 30 semanas de embarazo que para que les haga un aborto porque el embarazo fue producto de una violación...es que eso ya no es un aborto, eso es un parto prematuro”. Al plantearse cuál debería ser la edad gestacional límite para este tipo de situaciones, se propuso como parámetro adecuado las 12 semanas de gestación. Finalmente, hubo sugerencias dirigidas hacia la despenalización total, sustentadas en que una mayor simplicidad normativa asociada a límites muy claros en la edad gestacional hasta la cual aplica la ILVE, permitirían un impacto real en la disminución de la morbimortalidad asociada con el aborto clandestino.

### DISCUSIÓN

Un análisis de los resultados permite aseverar que los gineco-obstetras que laboran en Bucaramanga tienen un conocimiento parcial y limitado de la normativa que aplica para la ILVE y la OC. Hechos representativos de estas afirmaciones son: que la mayoría de participantes solo reconoció como despenalizados tres de las situaciones que la jurisprudencia menciona, el elevado número de personas que ha remitido a jueces para que autoricen la ILVE, (acción prohibida expresamente en la Sentencia T-388/09 numeral 4.4 párrafo viii) y los bajos porcentajes de especialistas que consideran válido un dictamen de riesgo para la salud mental de la paciente emitido

por un psicólogo o que remitirían la paciente a otro colega habiendo argumentado OC (Acciones reguladas en la sentencia C-355/06 de la Corte Constitucional). No podemos aducir para explicar esto, que la normativa es de “reciente” aparición, que ha recibido poca difusión o que se trata de eventos que no tienen mayor relación con la población estudiada. Asumir acciones correctivas a este respecto, es una tarea que debería proponerse cada médico que deba enfrentar este motivo de consulta.

Los ítems despenalizados van dirigidos según la intensión de su aplicación hacia la protección de cuatro elementos: la vida de la madre, la integridad física y moral de la madre y la familia, los derechos fundamentales de las personas (igualdad, dignidad, intimidad, libre determinación) y el derecho a la salud (25). A pesar de que una gran limitante del estudio fue que la mayoría de participantes solo contestó algunas preguntas, podemos afirmar que las situaciones en las cuales existe un parámetro de riesgo biológico evidente para la vida de la madre o de inviabilidad del feto, son las que generan mayores niveles de aceptación y facilidad en la concreción del acto médico. En cuanto a la protección del derecho a la salud, el ínfimo nivel de reconocimiento de este como causal despenalizada, hizo que lastimosamente no pudiera realizarse un análisis actitudinal de este ítem. El hecho de que la causal “embarazo producto de una violación” mostrara niveles de desacuerdo del 52,7 % en la población total y del 100 % de interposición de OC para llevar a cabo el procedimiento médico entre quienes han realizado estos procedimientos y aceptan como válido que esté despenalizado, da una idea de lo complejo que es este asunto. El acto médico de la ILVE, en consideración a las implicaciones éticas que ocasiona, exige que se desarrolle en medio de un justo equilibrio entre los actores que lo enfrentan.

Para que evolucione adecuadamente, requiere de quienes están en razón de su profesión llamados a confrontarlo, un nivel de conocimientos normativos óptimo; y de quienes están dispuestos a realizarlo en cualquier caso, además de lo anterior, un conocimiento técnico adecuado y un desarrollo personal sustentado en un sistema de valores respetuoso de la autonomía, la igualdad y la confianza en el otro. Es lógico que el médico asuma una postura ante la normativa aplicable a su profesión, que haga juicios de valor y se exima de realizar actos que le exigen ir en contra de sus convicciones éticas, morales o religiosas; de hecho, la protección de ese derecho, es la base de la fundamentación jurídica de la existencia de la OC (26). Lo que no es lógico es que esos juicios de valor, íntimos y personales

se conviertan en juicios sumarios reales donde el médico asume posturas de juez y jurado que no le corresponden y termina exigiendo pruebas irrefutables de los hechos. Es por esto que genera gran preocupación el elevado porcentaje de especialistas que objetando conciencia no remitirían su paciente a otro colega para que continúe su manejo.

En relación a las dificultades que existen para la prestación del servicio de ILVE, se pudo establecer que tienen dos orígenes primordiales: el primero generado por el desconocimiento que tienen los especialistas respecto de la normativa vigente y el segundo derivado de fallas administrativas, que hacen evidente el poco interés que tiene esa rama del sistema en asumir la porción de responsabilidad que le corresponde. El bajo porcentaje de participantes a quienes se les ha solicitado aclarar su postura ante la ILVE y algunas de las dificultades detectadas en la prestación del servicio, hacen evidente que existe una postura administrativa facilista, que considera mejor esperar a que se presente el caso y enviarlo a los servicios de urgencias de gineco-obstetricia, para que “por defecto o azar” llegue a manos de un especialista que esté dispuesto a manejarlo, sin importar que esta “peregrinación” pueda ocasionar efectos deletéreos en la salud y atención de la paciente. Olvidan los administrativos, que hace parte de sus deberes facilitar la prestación del servicio de manera oportuna, por personal idóneo, en condiciones de calidad sanitaria y humana, pero sin coerción y respetando los derechos fundamentales tanto de los médicos tratantes como de las pacientes.

Finalmente no podemos dejar de mencionar la importancia que tienen las sugerencias de estandarizar un tiempo de gestación máximo para la aplicación de la norma y asociar lo anterior con la posibilidad de la despenalización total. El concepto clínico de viabilidad extrauterina en fetos no aquejados de patologías incompatibles con la vida, ha hecho que países que han despenalizado completamente el aborto, contemplen legislaciones que incorporan edades gestacionales máximas hasta las cuales se permite realizar el acto médico de la ILVE (27-29), esto con el fin de dar un manejo proporcionado al conflicto de derechos que se puede presentar entre la paciente y el feto de características mencionadas, protegiendo por un tiempo prudente el derecho de la paciente a decidir y el del recién nacido a vivir libre de las secuelas generadas por la prematuridad extrema.

En Colombia, la aplicación tajante de la norma, implica que por la causal salud, todo evento que altere el estado de bienestar biológico, psicológico o

social de la persona, es una causal válida para realizar una ILVE; es por esto que tal vez la sugerencia de despenalizar totalmente estableciendo límites gestacionales claros para cada situación, sea la propuesta que permita solucionar algunos de los problemas que hemos mencionado, dado que elimina la posibilidad de situaciones ambiguas generadoras de conflicto para las partes que intervienen en la atención, garantiza a las pacientes el respeto por sus derechos fundamentales, facilita que el médico asuma una postura definida ante la solicitud del servicio y toma en consideración un concepto primordial: la viabilidad extrauterina del feto no aquejado de patologías incompatibles con la vida •

## REFERENCIAS

1. Sentencia c-355/06. Corte Constitucional de Colombia. [Internet]. Disponible en: <http://www.corteconstitucional.gov.co/relatoria/2006/c-355-06.htm>. Consultado marzo de 2013.
2. Prada E, Singh S, Remez L, Villarreal C. Embarazo no deseado y aborto inducido en Colombia: Causas y consecuencias. [Internet]. Disponible en: <http://www.guttmacher.org/pubs/Embarazo-no-deseado-Colombia.html>. Consultado diciembre de 2012.
3. Department of Reproductive Health and Research, World Health Organization. Unsafe abortion: global and regional estimates of incidence of unsafe abortion and associated mortality in 2003. Geneva: WHO; 2007.
4. Díaz E, Álvarez L, Farnot U. Factores de Riesgo Demográficos y Sociales del Aborto. Rev Cubana Salud Pública 2001. 27(1):26-35.
5. Menezes G, Aquino E, Oliveira M. Induced abortion during youth: social inequalities in the outcome of the first pregnancy. Cad. Saúde Pública. 2006; 22(7):1431-1446.
6. Cabezas A, Langer A, Alvarez L, Bustamante P. Perfil socio demográfico del aborto inducido. Salud Pública de México 1998; 40(3):265-70.
7. Anselmo M, Caracalho D. Fatores de risco e preditores para o aborto induzido: estudo da base populacional. Cad. Saúde Pública. 2006;22(2):365-74.
8. Fonseca W, Misado Ch, Correia L, Parente J, Chagas F. Determinantes do aborto provocado entre mulheres admitidas em hospitais em localidade da região nordeste do Brasil. Rev. Saúde Pública. 1996; 30(1):13-18.
9. Briozzo L, León I, Rodríguez F, Vidiella G, Ferreiro G, Pons JE. Unsafe abortion in Uruguay. Int J Obstet Gynecol. 2004;85 (1):70-3.
10. Mesa por la vida y la salud de las mujeres. El acceso al aborto seguro y su impacto en la salud de las Mujeres en Colombia. [Internet]. Disponible en <http://www.despenalizaciondelaborto.org.co/index.php/documentos/1-publicaciones/file/18-el-acceso-al-aborto-seguro-y-su-impacto-en-la-salud-de-las-mujeres-en-colombia?start=3>. Consultado marzo de 2013.
11. La Mesa por la Vida y la Salud de las Mujeres. Un derecho para las mujeres: La despenalización parcial del Aborto en Colombia. [Internet] Disponible en: <http://www.despenalizaciondelaborto.org.co/index.php/documentos/1-publicaciones/file/21-un-derecho-para-las-mujeres-la-despenalizacion-parcial-del-aborto-en-colombia?start=6>. Consultado julio del 2013.
12. Ramos S, Gianni C, Arias Feijoó J. Conocimientos, opiniones y actitudes de ginecólogos y obstetras sobre el aborto. [Internet]. Disponible en: [http://www.andar.org.mx/pruebas/micr\\_aborto/01\\_sesiones\\_plenarias/06\\_Ramos.pdf](http://www.andar.org.mx/pruebas/micr_aborto/01_sesiones_plenarias/06_Ramos.pdf). Consultado febrero de 2013.

13. García S, Lara D, Goldman L. Conocimientos, actitudes y prácticas de los médicos mexicanos sobre el aborto: Resultados de una encuesta nacional. *Gaceta Médica de México*. 2003; 139 (1):91-102
14. Faúndes A, Duarte G, Andalaft J, Olivatto A, Simoneti R. Conocimientos, opiniones y actitudes de Ginecólogos y Obstetras sobre aborto inducido. *Revista Brasileña de Ginecología y Obstetricia*. 2004;26 (2): 192-199.
15. Ramos S, Gogna M, Petracci M, Romero M, Szulik D. Los médicos frente a la anticoncepción y el aborto: ¿Una transición ideológica? Centro de Estudios de Estado y Sociedad 2001. [Internet]. Disponible en: [http://www.ceped.org/cdrom/avortement\\_ameriquelatine\\_2007/es/infos/introduction.html](http://www.ceped.org/cdrom/avortement_ameriquelatine_2007/es/infos/introduction.html). Consultado julio de 2013.
16. Szulik D, Gogna M, Petracci M, Ramos S, Romero M. Anticoncepción y aborto en Argentina: perspectivas de obstetras y ginecólogos. *Salud Pública de México*. 2008;50 (1): 32-39.
17. Távora L, Sacsá D. Conocimientos, actitudes y prácticas de médicos ginecoobstetras peruanos en relación al aborto 2007. [Internet]. Disponible en <http://www.clacaidigital.info:8080/xmlui/bitstream/handle/123456789/113/conocimientosyactitudesLuisTavara.pdf?sequence=1>. Consultado julio de 2013
18. Gil L. Los gineco-obstetras y el aborto. 2009. [Internet]. Disponible en: <http://www.clam.org.br/publique/cgi/cgilua.exe/sys/start.htm?infoid=5635&sid=51> Consultado julio de 2013.
19. Sentencia T-388/09. Corte Constitucional de Colombia. [Internet]. Disponible en: <http://www.corteconstitucional.gov.co/relatoria/2009/T-388-09.htm>. Consultado julio de 2013.
20. Sentencia T-946/08. Corte Constitucional de Colombia. [Internet]. Disponible en: <http://www.corteconstitucional.gov.co/relatoria/2008/T-946-08.htm>. Consultado julio de 2013
21. Sentencia T-209/08. Corte Constitucional de Colombia. [Internet]. Disponible en: <http://www.corteconstitucional.gov.co/relatoria/2008/T-209-08.htm>. Consultado julio de 2013.
22. Sentencia T-988/07. Corte Constitucional de Colombia. [Internet]. Disponible en: <http://www.corteconstitucional.gov.co/relatoria/2007/T-988-07.htm>. Consultado julio de 2013.
23. Sentencia T-636/11. Corte Constitucional de Colombia. [Internet]. Disponible en: <http://www.corteconstitucional.gov.co/relatoria/2011/T-636-11.htm>. Consultado julio de 2013.
24. Sentencia T 585/10. Corte Constitucional de Colombia. [Internet]. Disponible en: <http://www.corteconstitucional.gov.co/relatoria/2010/t-585-10.htm>. Consultado julio de 2013.
25. Constitución de la Organización Mundial de la Salud. WHO. [Internet]. Disponible en: [http://www.who.int/governance/eb/who\\_constitution\\_sp.pdf](http://www.who.int/governance/eb/who_constitution_sp.pdf). Consultado julio de 2013.
26. Constitución Política de la República de Colombia. Artículo 18. [Internet]. Disponible en: [http://www.senado.gov.co/images/stories/Informacion\\_General/constitucion\\_politica.pdf](http://www.senado.gov.co/images/stories/Informacion_General/constitucion_politica.pdf). Consultado julio de 2013.
27. Ley Orgánica 2/2010 de 3 de marzo, de salud sexual y reproductiva y de la interrupción voluntaria del embarazo. Boletín Oficial del Estado España. [Internet]. Disponible en: <http://www.boe.es/boe/dias/2010/03/04/pdfs/BOE-A-2010-3514.pdf>. Consultado julio de 2013.
28. Ley 18987 de Interrupción voluntaria del Embarazo. República Oriental del Uruguay. [Internet]. Disponible en: <http://www.parlamento.gub.uy/leyes/AccesoTextoLey.asp?Ley=18987&Anchor>. Consultado julio de 2013.
29. La ley del aborto en Europa [Internet]. Disponible en: [http://news.bbc.co.uk/hi/spanish/science/newsid\\_7450000/7450810.stm](http://news.bbc.co.uk/hi/spanish/science/newsid_7450000/7450810.stm). Consultado julio de 2013.