



Categoría: Congreso de la Fundación Salud, Ciencia y Tecnología 2023

ORIGINAL

Level of knowledge about the Argentinean Decriminalization of Abortion in Argentina among students of the Medical School of the Interamerican Open University (Universidad Abierta Interamericana-Sede Rosario) in 2023

Nivel de conocimiento sobre la Ley de Despenalización del Aborto de Argentina en los estudiantes de la carrera de Medicina de la Universidad Abierta Interamericana-sede Rosario en el año 2023

Melani Brunela Frade¹, Dra. Florencia Kraft¹, Psic. Sebastián Gabini¹.

¹Universidad Abierta Interamericana, Sede Rosario - Santa Fe, Argentina.

Citar como: Frade MB, Kraft F, Gabini S. Level of knowledge about the Argentinean Decriminalization of Abortion in Argentina among students of the Medical School of the Universidad Abierta Interamericana -Sede Rosario in the year 2023. SCT Proceedings in Interdisciplinary Insights and Innovations. 2023;1:157. DOI: <https://doi.org/10.56294/piii2023157>

Recibido: 10-09-2023

Revisado: 01-11-2023

Aceptado: 02-12-2023

Publicado: 05-12-2023

Editor: Rafael Romero-Carazas 

ABSTRACT

Introduction: Abortion is a medical procedure used to terminate a pregnancy, which is considered a guarantee of the right to a safe and free abortion for women, girls and other persons with gestational capacity to decide about their sexual and reproductive health. **Objective:** To describe the level of knowledge about the Argentinean Abortion Decriminalization Law among 4th and 5th year students of the Medical School of the Universidad Abierta Interamericana (UAI), Rosario campus, in the year 2023. **Materials and methods:** Quantitative, descriptive, observational, cross-sectional and retrospective study, carried out at the UAI. The study population consisted of all the students who attended the 4th and 5th year of the 1st four-month period of the Medicine course at the UAI - Rosario campus in the year 2023. The data collection instrument consisted of a 25-question survey, anonymous, voluntary and self-administered, consisting of open and closed questions. Quantitative variables were analyzed through absolute and relative percentage frequencies and summarized through central position measures: mean and dispersion measures: range and standard deviation, while qualitative variables were analyzed through absolute and relative percentage frequencies.

Results: A total of 60 medical students were surveyed, 72% of whom were female and 28% male; the mean age was 26.38 ± 6.70 years. The mean age was 26.38 ± 6.70 years. 53% were in their 5th year of studies and 47% in their 4th year. Seventy-seven percent recognized up to what week access to voluntary termination of pregnancy is legal. 92% recognize that they can refuse to perform an abortion, but they must first make a conscientious objection. 98% can differentiate between legalized abortion

and decriminalized abortion. 33% do not recognize the maximum time limit for performing an abortion once the will to perform it has been expressed, and 23% do not know that access to abortion is included in the mandatory medical program. Sixty-five percent obtained a high level of knowledge, 33% a medium level and 2% a low level.

Conclusion: 65% of the students presented a high level of knowledge about the Argentinean Law on Decriminalization of Abortion, recognizing the necessary guidelines for access to voluntary termination of pregnancy, professional responsibility and the process of comprehensive care for those entitled to termination of pregnancy.

Keywords: Knowledge, university students, voluntary abortion, professional responsibility.

RESUMEN

Introducción: El aborto es un procedimiento médico empleado para finalizar un embarazo, el cual se considera una garantía del derecho a un aborto seguro y gratuito para las mujeres, niñas y otras personas con capacidad de gestar a decidir sobre su salud sexual y reproductiva. **Objetivo:** Describir el nivel de conocimiento sobre la Ley de Despenalización del Aborto de Argentina entre los estudiantes de 4to y 5to año de la Carrera de Medicina de la Universidad Abierta Interamericana (UAI) sede Rosario en el año 2023.

Materiales y métodos: Estudio de tipo cuantitativo, descriptivo, observacional de corte transversal y retrospectivo, llevado a cabo en la UAI. La población de estudio estuvo conformada por la totalidad de los estudiantes que cursaron 4to y 5to año del 1er cuatrimestre de la Carrera de Medicina de la UAI - sede Rosario en el año 2023. El instrumento de recolección de datos estuvo comprendido por una encuesta de 25 preguntas, anónima, voluntaria y autoadministrada, constituida por preguntas abiertas y cerradas. Las variables cuantitativas se analizaron a través de frecuencias absolutas y relativas porcentuales y se resumieron a través de medidas de posición centrales: media y medidas de dispersión: rango y desvío estándar, mientras que las variables cualitativas se analizaron a través de frecuencias absolutas y relativas porcentuales.

Resultados: Se encuestó un total de 60 estudiantes de medicina, de estos el 72% eran del sexo femenino y 28% masculino; la edad media fue de 26.38 ± 6.70 años. El 53% se encontraban cursando el 5to año de la carrera y 47% el 4to año. El 77% reconoce hasta qué semana es legal el acceso a la interrupción voluntaria del embarazo. El 92% reconocen que pueden negarse a realizar un aborto, pero deben realizar previamente la objeción de conciencia. El 98% puede diferenciar entre aborto legalizado y despenalización. El 33% no reconoce el plazo máximo para la realización del aborto una vez manifestada la voluntad de realizarlo y 23% desconoce que el acceso al aborto se encuentra incluido en el programa médico obligatorio. El 65% obtuvo un nivel alto de conocimientos, 33% nivel medio y 2% nivel bajo.

Conclusión: El 65% de los estudiantes presentó un nivel de conocimiento alto sobre la Ley de Despenalización del Aborto de Argentina, reconociendo los lineamientos necesarios para acceder a la interrupción voluntaria del embarazo, la responsabilidad profesional y el proceso de atención integral de las personas con derecho a la interrupción del embarazo.

Palabras clave: Conocimientos, estudiantes universitarios, aborto voluntario, responsabilidad profesional.

INTRODUCCIÓN

El aborto es un procedimiento médico empleado para finalizar un embarazo, el cual se considera una garantía del derecho a un aborto seguro y gratuito para las mujeres, niñas y otras personas con capacidad de gestar a decidir sobre su salud sexual y reproductiva. Este resulta seguro cuando se realiza de forma adecuada, teniendo en consideración el tiempo de gestación y los conocimientos por parte de la persona que lo realiza. A nivel mundial se realizan alrededor de 73 millones de abortos cada año, reflejando así que el 61% de los embarazos no deseados terminaron en aborto (Bearak et al., 2020).

En Argentina, en 2019 se reportan 231 muertes de mujeres por causas relacionadas con el embarazo, parto y puerperio; de estas 71 fueron de adolescentes de entre 15 y 19 años, 98 mujeres de 20 a 29 años y 1 niña de entre 10 y 14 años. Las mujeres que mueren son personas jóvenes y sanas, que además en muchos casos tienen otros hijos. De igual manera, se reportaron 1.346 partos de niñas con edades entre 10 y 14 años de edad, siendo 8 de cada 10 embarazos no intencionales.

Cabe destacar, que los embarazos a término en esta edad temprana cuaduplican el riesgo de muerte durante el mismo, y aumenta el riesgo de complicaciones como eclampsia, hemorragia posparto, e infecciones (Ministerio de Salud Argentina, 2022). Al igual que posibles efectos en la salud mental, e incluso en el proyecto de vida, ya que las madres jóvenes tienen más probabilidades de abandono escolar, empleos informales, perpetuando ciclos de discriminación y pobreza (Vara, 2019).

Debido a esto, resulta de vital importancia que un aborto sea llevado a cabo en condiciones sanitarias adecuadas y bajo la asistencia de un profesional de salud. La realización de este procedimiento médico por una persona que no sea profesional es considerado un aborto inseguro y representa un factor de riesgo de lesiones físicas iatrogénicas, como perforaciones del útero, infecciones y hemorragias. El aborto seguro se practica de forma legal, en un servicio de salud, con un equipo multidisciplinario que ofrece a las mujeres, niñas y otras personas con capacidad de gestar toda la atención necesaria (Martins-Melo et al., 2014).

En Argentina, el aborto es la primera causa de muerte materna. Si bien, hay una tendencia a la disminución de las muertes maternas por aborto en los últimos 10 años, la primera causa siguen siendo los abortos inseguros, al igual que desde 1980. Un estudio realizado en 2016, reportó 245 muertes maternas por diversas causales, de las cuales 43 fueron abortos y 31 de ellos por aborto inducido. Asimismo, reconoce que existen 7 casos más de muertes maternas ocultas como subregistro (Ministerio de Salud Argentina, 2018).

En virtud de tales antecedentes, el 30 de diciembre del 2020 el Congreso de la Nación aprobó la Interrupción Voluntaria del Embarazo, siendo promulgada el 14 de enero de 2021 la Ley 27.610 en el Museo del Bicentenario de la Casa Rosada, entrando en vigencia el 24 de enero en todo el país. En el 2022 se realizaron 60.000 abortos legales, seguros y gratuitos, en los 1.443 centros de salud y hospitales públicos que garantizan el procedimiento, lo que representa un 59,8% más que en 2020 (Gobierno Argentina, 2022).

Sin embargo, en algunos hospitales solo se realiza este procedimiento cuando la vida de la gestante está en riesgo, caso contrario en donde el aborto se realiza por violencia sexual. En la actualidad sigue siendo habitual que las mujeres víctimas de violaciones sexuales sufran a su vez violencia institucional, manifestada en retraso del ingreso al servicio de salud, denegación de la atención, obstaculización del acceso e incluso la discriminación explícita (Martins-Melo et al., 2014).

Por otra parte, al desconocer sus derechos o no conocer las instituciones destinadas a realizar la Interrupción Voluntaria del Embarazo (IVE), muchas mujeres no asisten al servicio de salud, sino que van directamente por un aborto inseguro. Con relación a esto, un estudio sobre las experiencias de aborto reveló que la relación con el equipo sanitario se basa en la desconfianza y el miedo al maltrato. Esta expectativa negativa retrasa la búsqueda de atención médica y genera tensión durante la hospitalización (Alfranca, 2014).

Otro estudio identificó algunas razones de la baja demanda del aborto legal, siendo una de las principales causas la anticoncepción de emergencia obtenida por las propias víctimas; el desconocimiento de las

instituciones públicas que ofrecen el servicio en situaciones legales; y el subregistro de la violencia sexual debido a las barreras culturales e institucionales (Rocha et al., 2015).

La negación de atención a la víctima de violencia sexual se considera omisión, y el médico está sujeto a sufrir una condena tanto civil como criminal por la muerte o el daño físico y psicológico causado a la víctima, según el artículo 85 del Código penal Argentino establece que será reprimido con prisión de tres meses a un año e inhabilitación especial por el doble del tiempo de la condena, el personal de salud que injustificadamente, obstaculice o se niegue, a cumplir con la normativa vigente, a practicar un aborto en los casos legalmente autorizados.

En los embarazos resultantes de una violación, el equipo de salud, en los términos del artículo 4 de la Ley 27.610, es el responsable de informar a la mujer sobre su derecho a interrumpir el embarazo, identificando su deseo de hacerlo y aclarándole, cuando la decisión es llevar el embarazo a término, sobre los cuidados prenatales, la posibilidad de quedarse con el niño o darlo en adopción, entre otros.

No obstante, cabe señalar que el médico puede alegar la objeción de conciencia para negarse a realizar el procedimiento. Este dispositivo fue creado para preservar la integridad del profesional en casos de conflicto moral, permitiéndole no participar en procedimientos que considera contrarios a sus valores. Este derecho, sin embargo, no se reconoce en caso de que la vida o salud de la persona gestante esté en peligro y requiera atención inmediata e impostergable; tampoco cuando no existiera una persona profesional disponible para realizar la práctica de forma oportuna, tal y como lo establece el artículo 10 de la Ley 27.610, el artículo 2.a de la Ley 26.529 y artículo 19.2 de la Ley 17.132 (Ministerio de Salud Argentina, 2022).

El incumplimiento de esta norma puede llevar al médico a responder a demandas penales y ético-profesionales por los daños causados a la mujer. El desconocimiento de la legislación sobre el aborto puede predisponer al médico a actuar de forma inadecuada, poniendo en riesgo la salud de la mujer. La situación se agrava cuando el profesional teme ser juzgado moralmente o sufrir un proceso penal. Por ello, y por tratarse de un problema de salud pública, además de ser un derecho contemplado en la ley, es relevante discutir la legislación sobre el tema en las facultades de ciencias de la salud, así como los aspectos ético-legales y su aplicación práctica.

La interrupción voluntaria del embarazo en este último tiempo ha sido un tema altamente debatido por la sociedad Argentina. La revisión bibliográfica realizada en función a esta temática permite entrever que en el último tiempo las investigaciones se han orientado mayoritariamente a cuestiones ligadas a la objeción de conciencia (Domínguez, 2015; Ranieri de Cechini, D y Calderone, S, 2022), utilización de fármacos (Ministerio de Salud Argentina, 2022), cuestionamientos hacia las bases científicas del debate y estudios orientados hacia conocer las percepciones de estudiantes de distintas disciplinas como psicología y enfermería (Soengas y Ramos, 2020; Troche-Gutiérrez y Cerquera-Bonilla, 2021).

Por ello, el presente estudio parte del supuesto de que los estudiantes de medicina de la Universidad Abierta Interamericana (UAI) poseen un buen nivel de conocimiento sobre la legislación Argentina respecto al aborto. Por lo que se considera estos son capaces de proporcionar a las mujeres, niñas y personas capaces de gestar toda la información necesaria para que puedan realizarse un aborto seguro y gratuito, al mismo tiempo que le ofrecen una atención profesional, humanizada y de calidad.

En función de los planteamientos expuestos anteriormente, se formula el siguiente interrogante: ¿Cuál es el nivel de conocimiento sobre la Ley de Despenalización del Aborto de Argentina entre los estudiantes de 4to y 5to año de la Carrera de Medicina de la Universidad Abierta Interamericana-sede Rosario en el año 2023?

MARCO TEORICO

Aborto

Desde el punto de vista médico, el aborto se considera la finalización inducida de un embarazo. Puede ser realizado por razones terapéuticas, cuando la mujer tiene una enfermedad, o por decisión de la misma

para terminar el embarazo, lo que se conoce como aborto electivo. Existen diferentes tipos de abortos médicos, incluyendo el aborto médico terapéutico, el aborto electivo y el aborto espontáneo, que ocurre de forma natural antes de la semana 20 del embarazo. El aborto médico se realiza mediante el uso de medicamentos cuya finalidad es la expulsión del feto y el tejido placentario. Este procedimiento puede presentar riesgos como sangrado continuado, diarrea, infección, náuseas y dolor (Deza, 2018).

Además, desde la perspectiva médica, el aborto ha sido objeto de debate ético y moral. Algunos médicos consideran que el aborto atenta contra los principios de la moral dominante y los postulados de la ética médica que han aprendido (De León, 1995). Sin embargo, la medicalización del aborto ha influido en su legitimación social, alejándolo de dimensiones morales o religiosas y resignificándolo metafóricamente como una enfermedad. En este sentido, el aborto es un tema en disputa que se encuentra en una permanente dialéctica entre el estado, el mercado, las instituciones médicas, las organizaciones religiosas y las demandas de derechos (Miranda y Comas, 2016).

Diferentes autores han abordado el tema del aborto desde diversas perspectivas. Algunos autores han destacado la importancia de la legalización del aborto para garantizar el acceso a servicios de aborto seguros y prevenir complicaciones y muertes maternas (Guttmacher Institute, 2022). Otros han señalado que la ilegalidad del aborto es un indicador grave de violación de los derechos humanos y la vulneración de derechos genera sufrimiento psicológico. Además, la falta de acceso a servicios de aborto seguros puede tener graves consecuencias para la salud física y mental de las mujeres (Ramos, 2016). También se ha estudiado la relación entre el aborto y factores socioeconómicos, como la falta de condiciones económicas para la crianza de un hijo/a (Briozzo, 2003).

El aborto puede tener diversos impactos en el eje bio-psico-social de las pacientes y las problemáticas asistenciales relacionadas al aborto. Algunos de estos impactos incluyen:

- **Efectos psicológicos:** La ilegalidad del aborto y la falta de acceso a servicios de aborto seguros pueden generar sufrimiento psicológico y trastornos de salud mental en las mujeres. Además, la clandestinidad del mismo puede agravar estos efectos psicológicos.
- **Complicaciones médicas:** El aborto inseguro puede generar complicaciones médicas y aumentar el riesgo de morbilidad y mortalidad maternas, pudiendo tener consecuencias graves para la salud física y mental.
- **Problemas asistenciales:** La falta de atención adecuada y la objeción de conciencia de los profesionales de la salud pueden generar problemas asistenciales en las mujeres que buscan servicios de aborto. Esto puede llevar a una atención inadecuada y aumentar el riesgo de complicaciones y problemas de salud.
- **Desigualdad en la atención:** Las mujeres en situación de embarazo no deseado y aborto pueden enfrentar desigualdades en la atención médica, especialmente en contextos de ilegalización del aborto.
- **Impacto en la relación médico-paciente:** El aborto puede afectar la relación entre el paciente y el profesional de la salud, especialmente si el médico no está dispuesto a atender esta necesidad. Esto puede generar una atención menos efectiva y afectar la calidad de la atención.

En resumen, el aborto puede tener diversos impactos en el eje bio-psico-social de las pacientes y las problemáticas asistenciales relacionadas al aborto, incluyendo efectos psicológicos, complicaciones médicas, problemas asistenciales, desigualdad en la atención y impacto en la relación médico-paciente. (Federación Internacional de Planificación Familiar, 2018).

Interrupción voluntaria del embarazo (IVE)

La interrupción voluntaria del embarazo (IVE) se ha convertido en una preocupación internacional, nacional y regional debido a sus implicaciones sociales, económicas y políticas subyacentes, así como a factores morales y legales que han sido cuestionados sobre el tema a lo largo de la historia. Si bien la IVE

ha sido despenalizada en varios países del mundo, sigue siendo objeto de debate y escrutinio en diversos ámbitos sociales, académicos y profesionales (Troche-Gutiérrez y Cerquera-Bonilla, 2021).

La contextualización mundial con respecto a la IVE se ve reflejada en el estudio realizado por la Organización Mundial de la Salud (OMS) y el Instituto Guttmacher (2018), en el cual se establece que en el periodo 2010 - 2014 ocurrieron 56 millones de abortos inducidos por año a nivel mundial. De los cuales, 25 millones fueron abortos peligrosos y el 97% de estos ocurrieron en África, Asia y América Latina. La OMS considera que el aborto inducido médicamente es seguro cuando es llevado a cabo por personas capacitadas que usan métodos recomendados por esta, es menos seguro cuando solamente uno de estos dos criterios se cumple y nada seguro cuando ninguno de los dos criterios se cumple (OMS, 2017).

El 15 de enero de 2021, se aprueba la Ley No. 27.610 para interrupción voluntaria del embarazo, legaliza el aborto en Argentina. La nueva regla se deriva de un proyecto de ley presentado al Congreso por el Poder Ejecutivo Nacional el 18 de noviembre de 2020, que fue acelerado y aprobado el 30 de diciembre de 2020. A su vez, el ejecutivo nacional, aprobó la ley el 14 de enero de 2021, con veto a dos artículos (Lafferriere, 2021).

Según el artículo 1, la ley tiene por objeto regular el acceso a la interrupción voluntaria del embarazo y la atención post aborto, de conformidad con las obligaciones del Estado argentino en materia de salud pública y derechos humanos de las mujeres y las personas con discapacidad con identidades de género que permitan el embarazo y ayuden a reducir la morbilidad y mortalidad prevenibles.

La ley se adopta en el artículo 75, artículo 22 (artículo 3) de la Constitución Nacional, especialmente en acuerdos con la jerarquía constitucional, con los que se reconocen los derechos sexuales y reproductivos, la dignidad, la vida, la autonomía, la salud, la educación, la integridad, la diversidad física, identidad de género, diversidad étnico-cultural, privacidad, libertad de creencia y pensamiento, derecho a la información, disfrute de los beneficios del progreso científico, igualdad real de oportunidades, no discriminación y vida sin violencia. El derecho a interrumpir un embarazo está definido por una decisión judicial; solicitar y recibir atención para la interrupción del embarazo dentro del sistema de salud; buscar y recibir tratamiento post-aborto en el sistema de salud y prevenir embarazos no deseados (Ministerio de Salud Argentina, 2021).

En resumen, la Ley de IVE dice que las personas con capacidad de gestar tienen derecho a:

- Abortar de manera gratuita
- Abortar hasta la semana 14 del embarazo
- Acceder al aborto dentro de los 10 días de haber comunicado su decisión a la médica o médico
- Recibir la atención médica necesaria para el aborto y para los días posteriores al aborto
- Recibir información sobre cómo evitar los embarazos no deseados • Entender toda la información que se les brinda.

Las personas con embarazos de más de 14 semanas solo pueden abortar cuando:

- El embarazo ponga en peligro su salud
- El embarazo se haya producido después de una violación.

La ley reemplaza el sistema básico establecido en el Código Penal de 1921 (artículo 4) por un sistema mixto de puntos y justificaciones. Las nuevas normas dan seguimiento a la Ley de Protección Integral para Prevenir, Sancionar y Erradicar la Violencia contra la Mujer y la Ley de Derechos de los Pacientes, que establece los derechos y condiciones mínimas que los trabajadores de la salud deben garantizar y cumplir al momento de atender a los pacientes, tanto en el aborto como en el post-aborto, como son respeto, privacidad, confidencialidad, autonomía de voluntad, estándares de calidad y acceso a información actualizada, comprensible, veraz, en lenguajes y formatos entendibles para la paciente (Ministerio de Justicia y Derechos Humanos de la Nación, 2021).

Estos derechos son oportunamente reflejados por la resolución del Ministerio de Salud de la Nación 1/2019. Asimismo, se fija un máximo de diez días continuos para la prestación de los servicios médicos

desde el momento de la solicitud del aborto por parte de la mujer embarazada (Ministerio de Salud Argentina, 2021).

Responsabilidad del personal de salud

El personal de salud comprende a todas las personas que ocupan roles y funciones que se desempeñan en los servicios de salud de todos los niveles, en las áreas de gestión y gobierno de la salud y todos los subsectores del sistema de salud. Cada uno de estos actores cumple un rol estratégico en la garantía de los derechos sexuales y reproductivos (Dirección Nacional de Salud Sexual y Reproductiva et al., 2021).

Los profesionales de la salud deben garantizar y cumplir las condiciones mínimas para la atención del aborto y post aborto, que incluyen los siguientes principios: trato digno, privacidad, confidencialidad, autonomía de voluntad y acceso a información amplia, adecuada y de calidad. Estos principios forman parte de la normativa internacional incorporada en la

Constitución Nacional (Artículo 75, inciso 22), en el Código Civil y Comercial de la Nación

(2015), y en leyes nacionales como la Ley Nacional N.º 26.485 de “Protección integral para prevenir, sancionar y erradicar la violencia contra las mujeres en los ámbitos en que desarrollen sus relaciones interpersonales” (2009), la Ley Nacional N.º 26.529 de “Derechos del Paciente en su Relación con los Profesionales e Instituciones de la Salud” (2009), Ley Nacional N.º 26.743 de “Identidad de Género” y la Ley Nacional N.º 25.326 de “Protección de datos personales” (2000).

A continuación, en la tabla 1 se describen los principios rectores y sus alcances para la actuación esperada de los equipos de salud, así como algunas de las situaciones críticas que buscan atender para proteger los derechos de las personas (Gollan et al., 2021).

Tabla 1. Principios rectores de la Ley Nacional N° 27.610 (Gollan et al., 2021).

Trato digno	<ul style="list-style-type: none"> <input type="checkbox"/> Respetar las convicciones personales, sociales, políticas y de la biografía de la persona por parte de todo el personal de salud. <input type="checkbox"/> No se deben realizar prácticas que perpetúan el ejercicio de las violencias de género. <input type="checkbox"/> Respeto de la identidad de género de la persona que decide interrumpir el embarazo.
Privacidad y Confidencialidad	<ul style="list-style-type: none"> <input type="checkbox"/> Construir y preservar un ambiente de confianza e intimidad. <input type="checkbox"/> Proteger a la persona gestante de injerencias ilegítimas por parte de terceras personas. <input type="checkbox"/> Informar durante la consulta que la confidencialidad está garantizada en todo el proceso de atención y luego de la misma. <input type="checkbox"/> Garantizar la confidencialidad, no brindar datos a terceros y utilizar la codificación del dato cuando la articulación lo haga necesario <input type="checkbox"/> La confidencialidad debe ser respetada por todo el personal de salud. <input type="checkbox"/> Incluir a su familia o acompañante sólo con su expresa autorización. <input type="checkbox"/> En situaciones de atención de niñas y adolescentes, el deber de comunicar la vulneración de derechos y formular la denuncia penal debe realizarse sosteniendo la confidencialidad y privacidad.
Autonomía de la voluntad	<ul style="list-style-type: none"> <input type="checkbox"/> Respetar las decisiones de las personas respecto de sus derechos reproductivos, las alternativas de tratamiento y su salud sexual y reproductiva. <input type="checkbox"/> Las decisiones de las personas no deben ser sometidas a juicios derivados de razones personales, religiosas o axiológicas.

Acceso a la información	<input type="checkbox"/> Escucha activa y respetuosa del personal de salud, para que cada persona se pueda expresar libremente y ofrecer información en función de sus necesidades y preferencias sobre su salud. <input type="checkbox"/> Se debe administrar información sobre: <ul style="list-style-type: none"> ○ los procedimientos y los cuidados posteriores. ○ Alcances y consecuencias de la práctica ○ Métodos anticonceptivos disponibles y su provisión <input type="checkbox"/> La información debe ser actualizada, comprensible, veraz y brindada en lenguaje claro y con formatos accesibles. <input type="checkbox"/> No se debe dar información inadecuada en relación a la solicitada.
Calidad	<input type="checkbox"/> La atención será brindada siguiendo los estándares de calidad, accesibilidad, competencia técnica, rango de opciones disponibles e información científica actualizada.

El acceso a la información es parte de la calidad de la atención, y los trabajadores de la salud deben asegurarse de que la información esté disponible tanto durante como fuera de una consulta médica específica. En otras palabras, la información sobre estos derechos también debe ser proporcionada en el servicio general de salud y las autoridades públicas, así como en el ámbito social. La consulta médica debe incluir información sobre los diversos métodos de interrupción del embarazo, el alcance y las consecuencias de la práctica, los cuidados posteriores necesarios y la importancia de la anticoncepción en los casos de postaborto; los derechos de confidencialidad deben ser claros cuando se van a desarrollar consejos, prácticas y seguimiento.

La información siempre debe ser actual, comprensible y proporcionada en un idioma y formato accesible para las mujeres embarazadas. Al mismo tiempo, las autoridades públicas y los trabajadores de la salud en general están obligados por la legislación vigente a proporcionar información sobre el derecho al aborto, al mismo tiempo que informan sobre las oportunidades de acceso a la información. El principio de transparencia proactiva determina la obligación de informar de forma proactiva y dinámica, incluso sin una solicitud clara de la persona. La Ley Nacional N.º 27.610 también insta al sistema educativo a implementar la Ley Nacional N.º 26.150 (de Educación Sexual Integral) y a los distintos niveles de gobierno a establecer políticas activas para la promoción y el fortalecimiento de la salud sexual y reproductiva de toda la población (Gollan et al., 2021).

Objeción de conciencia

En el marco de aplicación de esta Ley, el ejercicio del derecho especial de objeción de conciencia al servicio de salud, incluida la negativa a interrumpir el embarazo por motivos de creencias morales o religiosas, constituye una situación excepcional y tiene siempre carácter personal. Su ejercicio se limita a los profesionales de la salud que intervienen directamente en el procedimiento de interrupción del embarazo, y no es factible que otro personal de salud recurra esta excepción, ni se extiende a otras prácticas que involucren la atención integral de la persona, ya sea antes o después de la interrupción (ecografía, medición de la presión arterial, entre otros).

Para legalizar la objeción de conciencia, los profesionales de la medicina deben acatar sus decisiones en todos los ámbitos de su ejercicio, incluidos los públicos, privados y/o de seguridad social. Bajo ninguna circunstancia, la objeción de conciencia al servicio de salud debe impedir o retrasar que las mujeres embarazadas ejerzan sus derechos. Siempre se debe garantizar el cuidado y la práctica a quienes realizan la solicitud de acuerdo con los más altos estándares de calidad. Se debe considerar la derivación a otros profesionales con prontitud y sin demora para asegurar la solicitud de la gestante.

Para ello hay que tener en cuenta que el plazo para la realización de las prácticas es de 10 días naturales desde la solicitud. Ningún profesional de la salud puede negarse a realizar el procedimiento si:

- Dicha objeción se traduce en derivaciones o demoras que comprometan el acceso a la interrupción del embarazo.
- En caso de que la salud de la persona gestante esté en riesgo y requiera atención inmediata e impostergable.
- No se podrá alegar la objeción de conciencia para negar atención sanitaria posterior al aborto. Todos los establecimientos de salud deben garantizar esta práctica. Las instituciones que pertenezcan a la parte privada o de seguridad social, pero no cuenten con especialistas para brindar cobertura, deberán brindar y contar con los medios necesarios para derivarlos a instituciones médicas que brinden beneficios (Gollan et al., 2021).

Incumplimientos y sanciones previstas

El principio de la debida diligencia tiene una larga historia en el ordenamiento jurídico internacional y sus estándares sobre la responsabilidad del Estado, incluso por actos cometidos por particulares. El mismo sintetiza las medidas que los Estados deben realizar para garantizar los derechos humanos de todas las personas. Comprende el diseño, implementación y seguimiento de políticas y acciones encaminadas a prevenir y evitar violaciones a los derechos humanos, así como las medidas que se tomen una vez ocurridas.

Cuando se trata de temas de género, se debe reforzar el principio de la debida diligencia, por lo que el Estado argentino se obliga no solo a erradicar la violencia, sino principalmente a prevenirla. En cuanto a la Ley Nacional N.º 27.610, este cuerpo legal reconoce derechos y en consecuencia crea responsabilidades a través de una serie de sanciones específicas para quienes incumplan las normas que rigen el acceso a la atención y cuidados de las personas en el proceso de la IVE, ILE y post-aborto. Con carácter general, que se sanciona por:

- Obstaculizar, dilatar o negar la interrupción del embarazo requerida: este incumplimiento recibirá sanciones de 3 meses a 1 año de prisión e inhabilitación.
- Provocar interrupción con o sin consentimiento de la persona gestante fuera del marco normativo vigente: dará lugar a penas de 3 meses a 10 años de prisión.
- Incumplir requisitos y reglas para ejercer la objeción de conciencia: implicará la aplicación de sanciones disciplinarias, administrativas, penales y civiles (Gollan et al., 2021).

Procedimientos médicos y quirúrgicos para la realización de la interrupción del embarazo y del postaborto

Garantizar que el aborto o postaborto se realice en condiciones seguras es responsabilidad de ginecología, obstetricia, hospitales, centros de salud y del sistema de salud en su conjunto. Es responsabilidad del personal de salud facilitar la decisión de las mujeres y las personas en edad fértil de interrumpir el embarazo y brindar la más alta calidad de atención posterior al aborto. Para ello, el equipo médico cuenta con un programa de capacitación y asistencia técnica permanente y periódica brindada por el Ministerio de Salud de Argentina (Dirección Nacional de Salud Sexual y Reproductiva et al., 2021).

Procedimientos Médicos

En marzo de 2005, la OMS incluyó el misoprostol en la lista de medicamentos esenciales por su comprobada eficacia y seguridad. En Argentina, en julio de 2018, la Agencia Nacional de Medicamentos, Alimentos y Tecnología Médica (ANMAT) aprobó la producción de tabletas vaginales de misoprostol en una concentración de 200 mcg y resolvió la inscripción en el Registro Nacional de Especialidades Farmacéuticas. Actualmente, el país produce misoprostol tabletas vaginales y sublinguales de 200 mcg en el laboratorio nacional LIF (Laboratorio de la Industria Farmacéutica) en la provincia de Santa Fe (Figura 1), a partir de 2020, el Ministerio de Salud de Argentina ha proporcionado misoprostol a todas las personas efectivas de la región (Gollan et al., 2021).

Figura 1. Misoprostol distribuido por el Ministerio de Salud de Argentina.



El misoprostol es una prostaglandina, un fármaco que se absorbe a través de las membranas mucosas. En aplicaciones obstétricas, la dosis requerida para expulsar el contenido uterino es proporcional a la edad gestacional. Al interrumpir un embarazo, este medicamento se usa en 3 formas de administración: sublingual, vaginal y bucal (yugal). Al elegir una de las vías de administración, debe usarse hasta que se libere el contenido del útero. La elección de la ruta se coordina con la gestante.

Como parte de la consulta, se recomienda informar sobre los efectos secundarios esperados, señales de advertencia al dirigirse al centro de salud y proporcionar material gráfico que cubra estas condiciones. Se recomienda comunicación verbal y escrita sobre las indicaciones y uso de misoprostol. Al iniciar el tratamiento con misoprostol, prescribir siempre analgésicos farmacológicos (ibuprofeno u otros) y medidas no farmacológicas para el alivio del dolor (sostenimiento, agua tibia en el abdomen o lo que el paciente prefiera o esté acostumbrado). El estándar de calidad mundial recomienda el uso combinado de mifepristona y misoprostol. Está indicada mifepristona 200 mg, 24/48 horas, antes de tomar misoprostol. La dosis de misoprostol en el régimen combinado fue la misma que en el régimen de misoprostol solo (Gollan et al., 2021).

Además, teniendo en cuenta que la mifepristona aún no es un fármaco aprobado por la ANMAT en el país, la dosificación y la forma de empleo para la interrupción del embarazo mediante el esquema de misoprostol (Tabla 2) se han introducido únicamente de acuerdo con las recomendaciones confirmadas por la mejor evidencia disponible e instituciones científicas reconocidas (Edelman y Kapp, 2019; Morris et al., 2017; OMS, 2019).

Tabla 2. Esquema con misoprostol solo en el aborto con medicamento Edelman y Kapp, 2019; Morris et al., 2017; OMS, 2019)

Fuente	Edad gestacional	Dosis, vía de administración y esquemas
Organización Mundial de la Salud (OMS 2019)	Menos de 12 semanas	<input type="checkbox"/> Misoprostol 800 mcg vaginal, sublingual o bucal. Repetir dosis hasta la expulsión.
	Mayor o igual a 12 semanas	<input type="checkbox"/> Misoprostol 400 mcg vaginal, sublingual o bucal cada 3 hs (sin máximo de dosis)
IPAS (2019)	Menos de 13 semanas	<input type="checkbox"/> Misoprostol 800 mcg vía bucal, sublingual o vaginal cada 3 horas.
	Mayor o igual a 13 semanas	<input type="checkbox"/> Misoprostol 400 mcg vía sublingual o vaginal* <input type="checkbox"/> Cada 3 hs hasta la expulsión de feto y placenta.

Federación Internacional de Ginecología y Obstetricia (FIGO 2017)	Menos de 13 semanas	<input type="checkbox"/> Misoprostol 800 mcg sublingual cada 3 hs o vaginal**/bucal cada 3 a 12 horas (2 a 3 dosis como mínimo)***
	Mayor de 13 semanas	<input type="checkbox"/> De 13 a 24 semanas Misoprostol 400 mcg vía vaginal**, sublingual o bucal cada 3 hs****

* En mujeres nulíparas, la vía vaginal es eficaz que la sublingual (IPAS, 2019).

** En caso de hemorragia o signos de infección, evitar la vía vaginal (FIGO, 2017).

*** Existe suficiente evidencia para respaldar un número fijo de dosis para el uso en embarazos de menos de 13 semanas de gestación, así como evidencia de que es seguro administrar dosis adicionales si se requiere. **** En caso de que no se haya expulsado la placenta 30 minutos después de la expulsión del feto, se puede administrar otra dosis. Algunos estudios sugieren un máximo de 5 dosis ya que en la mayoría de los casos se completa la expulsión antes, pero otros continúan con más dosis y alcanzan una tasa de éxito mayor sin ningún problema de seguridad.

El tratamiento se puede realizar de forma ambulatoria hasta la semana 12 completa de embarazo (Tabla 3). Después de 13 semanas, se requiere captación del efector secundario o terciario (Gollan et al., 2021).

Tabla 3. Postaborto con Misoprostol (Edelman y Kapp, 2019; Morris et al., 2017; OMS, 2019).

Cuadro Clínico	Tratamiento
Aborto Incompleto <ul style="list-style-type: none"> • Expulsión parcial del producto de la gestación • Hemorragia y dolor tipo cólico • Dilatación cervical • Volumen uterino menor a la amenorrea • Ecografía que confirme diagnóstico (no es imprescindible) 	<input type="checkbox"/> Menor 13 semanas de gestación: Misoprostol 600 mcg vía oral o 400 mcg sublingual, hasta finalizar proceso. <input type="checkbox"/> Mayor o igual a 13 semanas de gestación: Misoprostol 400 mcg vía bucal, vaginal o sublingual, cada 3 horas, hasta finalizar el proceso.

Procedimientos Quirúrgicos

Aspiración Manual Endouterina (AMEU)

Las técnicas de aspiración al vacío implican la evacuación del contenido uterino a través de una cánula conectada a una fuente de vacío. Dependiendo de cómo se cree el vacío, la técnica puede ser aspiración eléctrica usando una bomba eléctrica o aspiración manual donde se usa un aspirador manual de plástico (AMEU) para crear el vacío. Este es un procedimiento que se realiza de forma ambulatoria hasta las 12 semanas completas de embarazo o después de un aborto con un diámetro longitudinal del útero de 12 cm, utilizando un catéter convencional (como se muestra en la Figura 2). Con un operador capacitado y materiales adecuados, el procedimiento se puede realizar a partir de la semana 16 de embarazo. Se ha informado que las tasas de aborto completo con aspiración al vacío oscilan entre el 95 % y el 100 %, con tasas de complicaciones extremadamente bajas (OMS, 2012).

Figura 2. Aspirador y Cánulas AMEU



Cánulas de AMEU de la N° 4 a la 10 y N°12

Este procedimiento debe iniciarse con 400 mcg de misoprostol sublingual dos horas antes o misoprostol vaginal tres horas antes para preparar la inserción cervical. También se deben indicar antibióticos profilácticos: doxiciclina 200 mg o azitromicina 500 mg o metronidazol 500 mg en una sola dosis. Sin olvidar el manejo no médico del dolor además del ibuprofeno u otros analgésicos y la práctica del bloqueo paracervical. Los servicios de salud y las autoridades deben realizar todo el esfuerzo posible por reemplazar el legrado uterino por el tratamiento medicamentoso o la aspiración endouterina (OMS, 2018). Dilatación y Evacuación

Se llama dilatación y evacuación quirúrgica, al procedimiento en el cual se extrae a través del cuello uterino el feto usando fórceps no traumáticos. Primero, se prepara el cuello uterino con 400 mcg de misoprostol dos o tres horas antes de la cirugía, y si no está lo suficientemente dilatado, se debe dar otra dosis de misoprostol. Se debe administrar profilaxis antibiótica: 200 mg de doxiciclina o 500 mg de azitromicina o 500 mg de metronidazol en dosis única de 30 a 60 minutos antes de la cirugía. Se debe especificar ibuprofeno u otros analgésicos farmacológicos y analgésicos no farmacológicos. Para este ejercicio se utiliza bloqueo paracervical, raquídeo, epidural o anestesia general. El riesgo de complicaciones graves es bajo y el riesgo de perforación uterina es inferior al 0,1% (Gollan et al., 2021).

Situaciones especiales

Niñas y adolescentes

En el artículo 26 del Código Civil y Comercial de la Nación, vigente desde agosto de 2015, y en la resolución N° 65/2015 del Ministerio de Salud de la Nación, se establece respecto al consentimiento informado que:

- Todas las personas de más de 16 años son consideradas por la legislación argentina como adultas en lo referente al cuidado de su propio cuerpo.
- Todas las personas de 13 a 16 años, pueden brindar su consentimiento en forma autónoma si se trata de prácticas que no representen un riesgo grave para su vida o su salud. De existir un grave riesgo para la vida o la salud de la adolescente será necesario además de su consentimiento, el asentimiento de sus progenitores, representantes legales, personas que ejerzan formal o informalmente roles de cuidado, personas allegadas o referentes afectivos.
- Las personas menores de 13 años, deberán dar el consentimiento con el acompañamiento de sus progenitores, representantes legales, personas que ejerzan formalmente o informalmente roles de cuidado, personas allegadas o referentes afectivos. En estas situaciones se deberá asegurar la participación directa de la persona menor, no pudiendo suplirse su consentimiento por el de otra/s persona/s.

- De existir conflicto de intereses entre el niño/niña o adolescente y el adulto que acompaña, se debe proceder teniendo en cuenta el interés superior del niño.

En los casos de violación cuyas víctimas fueran niñas o adolescentes, el deber de comunicar la vulneración de derechos ante la autoridad administrativa de protección de derechos de niños, niñas y adolescentes en el ámbito local, y el deber de formular la denuncia penal, deberán cumplirse respetando el derecho a la privacidad y confidencialidad de niñas y adolescentes, su capacidad progresiva e interés superior. El deber de comunicar y de formular la denuncia penal no deberán obstruir ni dilatar el acceso a la práctica (Gollan et al., 2021).

Personas con discapacidad

El consentimiento en personas con discapacidad siempre es individual y brindado con autonomía por la persona que requiere la práctica. Quienes así lo necesiten pueden contar con una o más personas de su confianza (provenientes de la familia, comunidad, equipo de salud o instituciones de protección de derechos) para que presten apoyo para favorecer la toma de decisión autónoma. Las personas que actúan como sistema de apoyo no representan ni sustituyen a la persona con discapacidad en el ejercicio de su derecho. Es necesario que el sistema de apoyo incorpore salvaguardas adecuadas para que las decisiones sean tomadas por la persona titular del derecho y para que no existan abusos.

Si existe una sentencia judicial de restricción de la capacidad que impide ejercer el derecho sobre su propio cuerpo o salud, o la persona es declarada incapaz, deberá prestar su consentimiento con la asistencia de su representante legal o de una persona allegada.

El personal de salud debe ofrecer ajustes razonables a la adaptación del lenguaje, adaptación de los materiales de información, la utilización de formas de comunicación accesibles con el fin de facilitar la comprensión de la persona con discapacidad (Gollan et al., 2021).

Objetivos

Objetivo General

- Describir el nivel de conocimiento sobre la Ley de Despenalización del Aborto de Argentina entre los estudiantes de 4to y 5to año de la carrera de Medicina de la Universidad Abierta Interamericana-sede Rosario en el año 2023.

Objetivos Específicos

- Identificar el conocimiento que tienen los estudiantes sobre el acceso a la interrupción voluntaria del embarazo (IVE) y a la interrupción legal del embarazo (ILE).
- Describir la información que tienen los estudiantes acerca de la responsabilidad profesional en el acceso a la IVE/ILE.
- Caracterizar el conocimiento que poseen los estudiantes acerca del proceso de atención integral de las personas con derecho a la interrupción del embarazo.

MATERIAL Y MÉTODOS

Diseño

Se realizó un estudio de tipo cuantitativo, descriptivo, observacional de corte transversal y retrospectivo. El estudio tuvo una duración de 6 meses comprendidos entre el 1 de abril al 1 de octubre del 2023.

Ámbito

Se llevó a cabo en la Universidad Abierta Interamericana (UAI). Facultad de Medicina y Ciencias de la Salud ubicada en Avenida Ovidio Lagos 944, Rosario, Santa Fe, Argentina. Cabe destacar que esta es una universidad privada, laica, autónoma, plural y sin fines de lucro de Argentina. La cual integra la red de

instituciones Vanguardia Educativa "VANEDUC", entidades no confesionales dedicadas a la docencia e investigación educativa desde 1942.

Población

La población de estudio estuvo conformada por la totalidad de los estudiantes que cursaron 4to y 5to año del 1er cuatrimestre de la Carrera de Medicina de la UAI - sede Rosario en el año 2023. Se aplicaron los siguientes criterios de selección:

Criterios de inclusión

- Estudiantes mayores de edad, sin distinción de sexo y de cualquier procedencia, que cursen 4to y 5to año de la Carrera de Medicina en la UAI - Sede Rosario durante el 1er cuatrimestre del año 2023.
- Estudiantes activos (o cursando), en estado de regularidad.
- Estudiantes que accedan a responder el cuestionario voluntariamente y firmen el consentimiento informado.

Criterios de exclusión

- Estudiantes que posean títulos universitarios previos en el área de la salud.

Muestreo y tamaño muestral

El muestreo fue no probabilístico por conveniencia; con incorporación consecutiva de todos los sujetos.

Instrumentos o procedimientos

El instrumento de recolección de datos estuvo comprendido por una encuesta de 25 preguntas, anónima, voluntaria y autoadministrada, constituida por preguntas abiertas y preguntas cerradas (Anexo 1). Estará constituida por dos secciones:

En la primera parte se evaluaron los datos personales (5 preguntas) (edad, sexo y año en curso, carrera en curso y la existencia o no de títulos previos en el área de medicina).

En la sección de conocimientos (20 preguntas) se indagó sobre la Ley de Aborto Argentina en relación con el derecho al aborto voluntario y el acceso a la IVE y a la ILE, la responsabilidad profesional y la atención integral de las personas con derecho a la interrupción del embarazo.

Esta encuesta fue validada mediante el juicio de dos expertos en el área de estudio (Anexo 3). De igual manera, se realizó una prueba piloto con 30 estudiantes de la Carrera Instrumentación Quirúrgica de la UAI, la cual permitió evaluar la fiabilidad del instrumento mediante el coeficiente de alfa de Cronbach, el cual arrojó una confiabilidad buena con un valor de 0.81 (Anexo 4).

La recolección de datos se realizó en la sede de la Universidad los días lunes, miércoles y viernes de 14 a 18 hs durante el periodo comprendido entre el 15 de septiembre y el 15 de octubre.

Para la distribución y ejecución de la encuesta se solicitó a los docentes de las aulas de clase permiso para proporcionar a los estudiantes la información sobre los objetivos, la forma, el tiempo y el alcance de la investigación de manera oral. Se les comunicó la opción de negarse a participar y la confidencialidad de sus datos (Anexo 2).

Definiciones

- Interrupción voluntaria del embarazo (IVE): Hace referencia al derecho al aborto con la solicitud como único requisito hasta la semana catorce (14) inclusive, de gestación.
- Interrupción legal del embarazo (ILE): Hace referencia al derecho al aborto en las siguientes situaciones: si el embarazo es producto de una violación o si está en peligro la vida o la salud de la persona gestante.

- La responsabilidad profesional: Obligación de asistir y atender a las personas, teniendo en cuenta que el fin de esta profesión es preservar la vida humana, por lo que queda bajo su responsabilidad la protección de la vida y la salud del paciente, así como su integridad.
- Atención integral de las personas con derecho a la interrupción del embarazo: Ofrecer una atención integral para la interrupción legal del embarazo implica brindar un trato humanizado, garantizar la atención clínica adecuada, intercambiar información amplia y completa, ofrecer consejería en anticoncepción y cuidados posteriores luego del procedimiento.
- Nivel de conocimiento: Cantidad de saberes y conocimientos que posee una persona sobre un tema determinado. Para los fines del presente estudio de evaluar el nivel de conocimiento sobre la Ley de Aborto Argentina de los alumnos medidos a través de la encuesta. Para la clasificación del nivel de conocimiento se utilizará la Escala de Stanone (Bajo, Medio, Alto).

Variables

- Edad: Variable cuantitativa medida en escala de razón.
Operacionalización: en años.

- Sexo: Variable cualitativa nominal.

Operacionalización:

- Femenino
- Masculino
- Otro

- Año de la carrera: Variable cualitativa ordinal.

Operacionalización:

- 4to año
- 5to año

- IVE y ILE: Variable cualitativa dicotómica

Operacionalización: respuestas obtenidas en los ítems 1 al 4

- Responsabilidad profesional: Variable cualitativa dicotómica Operacionalización: respuestas obtenidas en los ítems 5 al 8

- Atención integral: Variable cualitativa dicotómica

Operacionalización: respuestas obtenidas en los ítems 9 al 20

- Nivel de conocimiento: Variable cualitativa medida en escala ordinal.

Operacionalización:

- Alto (16 - 20 respuestas correctas)
- Medio (11 - 15 respuestas correctas)
- Bajo (1 - 10 respuestas correctas)

Análisis de datos

Los datos obtenidos de la aplicación de la encuesta fueron codificados y cargados en una planilla de Microsoft Excel para su posterior procesamiento. Las variables cuantitativas se analizaron a través de frecuencias absolutas y relativas porcentuales y se resumieron a través de medidas de posición centrales: media y medidas de dispersión: rango y desvío estándar mientras que las variables cualitativas se

analizaron a través de frecuencias absolutas y relativas porcentuales. A partir de estos resúmenes se construyeron gráficos con el programa Excel y tablas para una fácil visualización.

Consideraciones éticas

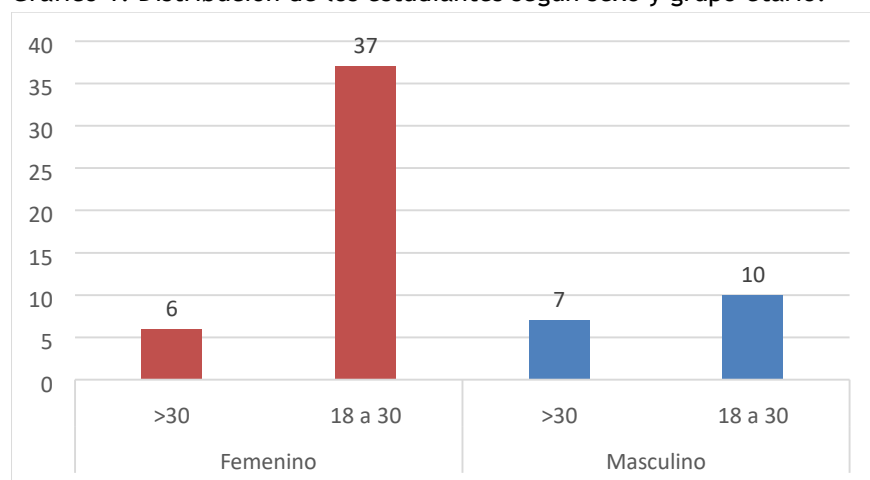
Se respetaron los principios éticos para la investigación con humanos indicados por la Declaración de Helsinki y la Ley Nacional 25.326 de Protección de Datos Personales de aplicación en todo territorio nacional; preservando la identidad de los participantes, después de haber informado la confidencialidad de los datos obtenidos.

Se obtuvo permiso de las autoridades para seguir adelante con la investigación. Se hizo énfasis en el compromiso a manejar la información de manera anónima y estrictamente confidencial y la utilización solo con fines investigativos.

RESULTADOS

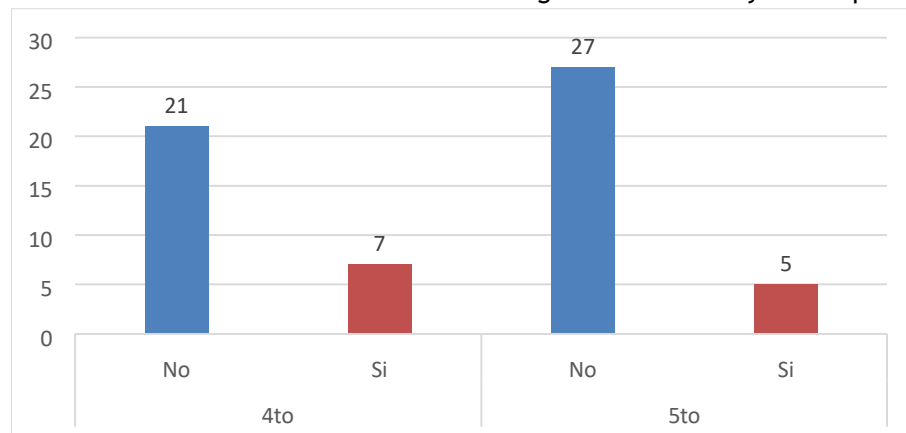
Se encuestó un total de 60 estudiantes de medicina, de estos el 72% (n=43) eran del sexo femenino y 28% (n=17) masculino; la edad media fue de 26.38 ± 6.70 años (min. 18; máx. 43) (Gráfico 1).

Gráfico 1. Distribución de los estudiantes según sexo y grupo etario.



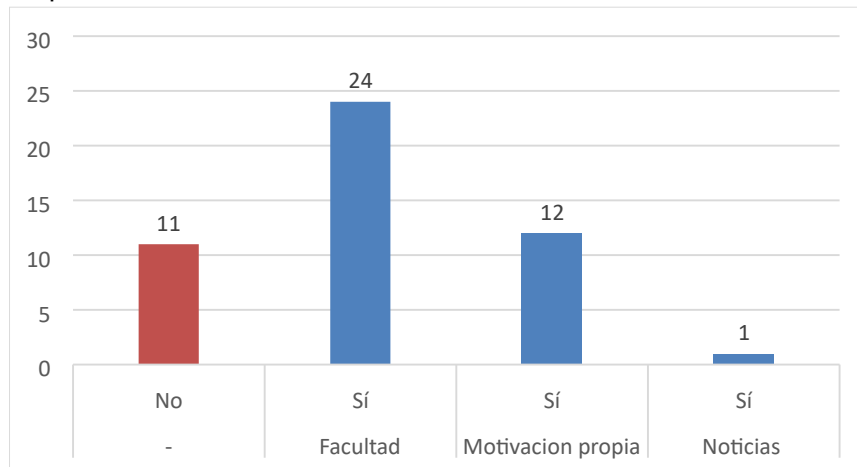
El 53% (n=32) de los estudiantes se encontraban cursando el 5to año de la carrera y 47% (n=28) 4to año. De estos el 80% (n=48) no poseía títulos previos en el área de salud y 20% (n=12) si poseía títulos previo por cuanto estos estudiantes fueron excluidos del estudio (Gráfico 2).

Gráfico 2. Distribución de los estudiantes según año en curso y títulos previos en el área de salud.



El 77% (n=37) de los estudiantes considera que tiene conocimiento sobre la ley de despenalización de aborto en Argentina, refiriendo como medio de información los conocimientos adquiridos en la facultad (50%), información adquirida por motivación propia (25%) y por medio de las noticia (2%) (Grafico 3).

Grafico 3. Medios de información referidos para la adquisición de conocimientos sobre la ley de despenalización de aborto.



Al identificar los conocimientos que tienen los estudiantes sobre el acceso a la (IVE) y a la (ILE). Se constató que el 77% reconoce hasta qué semana es legal el acceso a la interrupción voluntaria del embarazo, el 96% afirma que solo se puede acceder a la interrupción voluntaria del embarazo fuera del plazo establecido cuando la gestación es resultado de una violación, o si estuviera en peligro la vida o la salud de la persona gestante (Tabla 1).

Tabla 1. Respuestas obtenidas sobre el acceso a la (IVE) y a la (ILE).

Interrogante	Respuestas correctas		Respuestas incorrectas	
	n	%	n	%
¿Hasta qué semana es legal el acceso a la interrupción voluntaria del embarazo?	37	77%	11	23%
Fuera de ese plazo, ¿en qué situación podría acceder a la interrupción del embarazo?	46	96%	2	4%
¿Las personas de entre 16 a 18 años pueden prestar su consentimiento para abortar?	38	79%	10	21%

Respecto a la información que tienen los estudiantes acerca de la responsabilidad profesional en el acceso a la IVE/ILE, se tuvo que el 92% reconocen que pueden negarse a realizar un aborto, pero debe realizar previamente la objeción de conciencia.

El 98% puede diferenciar entre aborto legalizado y despenalización, afirmando que la despenalización se refiere a la eliminación de las sanciones consideradas delitos y la legalización plantea contar con un marco legal, con una reglamentación para acceder a un aborto seguro.

El 33% no reconoce el plazo máximo para la realización del aborto una vez manifestada la voluntad de realizarlo y 23% desconoce que el acceso al aborto se encuentra incluido en el programa médico obligatorio (Tabla 2).

Tabla 2. Respuestas obtenidas acerca de la responsabilidad profesional en el acceso a la IVE/ILE.

Interrogante	Respuestas correctas		Respuestas incorrectas	
	n	%	n	%
¿Puedo negarme en un futuro, como profesional de la salud a realizar un aborto?	44	92%	4	8%
¿Es lo mismo que el aborto esté legalizado que despenalizado?	47	98%	1	2%
Luego de que se manifieste la voluntad de realizar un aborto, ¿Cuál es el plazo máximo para realizar dicho procedimiento?	32	67%	16	33%
¿El acceso al aborto se encuentra incluido en el programa médico obligatorio?	36	73%	13	27%

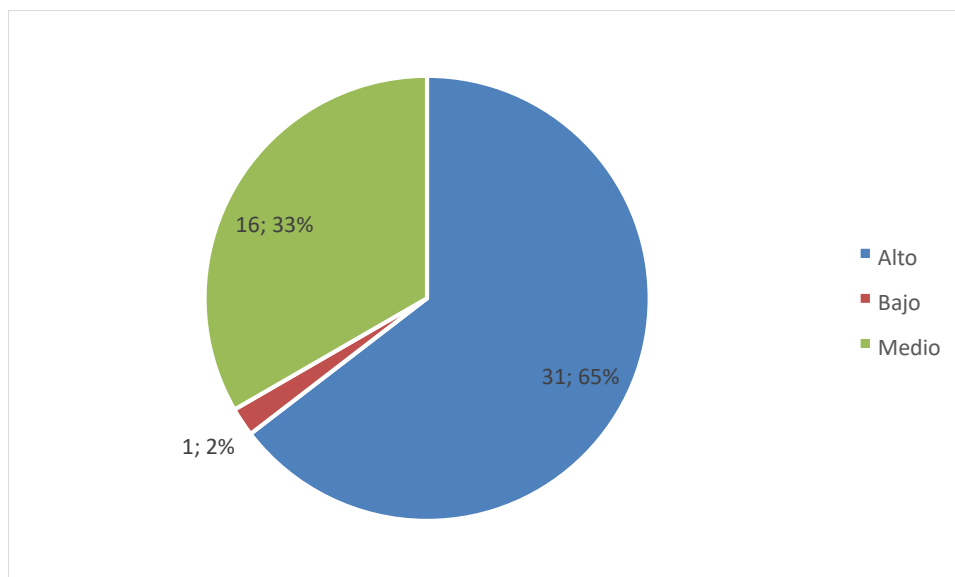
La Tabla 3, presenta las respuestas obtenidas respecto a los conocimientos que poseen los estudiantes acerca del proceso de atención integral de las personas con derecho a la interrupción del embarazo.

Tabla 3. Respuestas obtenidas acerca del proceso de atención integral de las personas con derecho a la interrupción del embarazo.

Interrogante	Respuestas correctas		Respuestas incorrectas	
	n	%	n	%
El aborto gratuito solo contempla la vía medicamentosa, dejando fuera la quirúrgica.	42	92%	6	8%
¿Un establecimiento de salud puede ser objetor de conciencia?	26	98%	22	2%
En los países en desarrollo el aborto inseguro representa una gran proporción de muertes maternas.	46	96%	2	4%
¿La persona con capacidad de gestar puede contar con alguien de confianza que la apoye durante el proceso?	48	100%	-	-
¿Las personas con capacidad de gestar que tengan alguna discapacidad pueden acceder de manera autónoma a realizarse un aborto?	29	60%	19	40%
En caso de ser objetor de conciencia y corra riesgo la vida de la persona, ¿puedo negarme en un futuro como profesional de la salud a realizar dicha práctica?	37	77%	11	23%
¿El aborto, puede realizarse en el primer nivel de atención y en forma ambulatoria?	36	75%	12	25%
¿El protocolo de Nación y provincia de Santa Fe, exige asesoramiento sobre métodos anticonceptivos luego de realizar dicha práctica?	44	92%	4	8%
En el caso de dilatar injustificadamente, obstaculizar o negar el aborto en casos legalmente autorizados la ley provee penas de prisión efectiva.	36	75%	12	25%
Frente a una situación de aborto ilegal me encuentro en la obligación, en un futuro, como profesional de la salud, de denunciar a la paciente ante las autoridades correspondientes.	19	40%	29	60%
La ley de despenalización del aborto determina que las personas con capacidad de gestar tienen derecho a recibir atención médica adecuada después del aborto.	46	96%	2	4%

Finalmente, el 65% de los estudiantes obtuvo un nivel alto de conocimientos sobre la Ley de Despenalización del Aborto de Argentina (Grafico 4).

Grafico 4. Nivel de conocimiento de los estudiantes sobre la Ley de Despenalización del Aborto de Argentina.



DISCUSIÓN

La mayoría de los estudiantes demostraron un conocimiento general satisfactorio sobre el tema, acertando la mayoría de las afirmaciones propuestas. Entre estas se encontraban los aspectos relacionados con el acceso a la IVE reconociendo con claridad que el acceso al aborto es un derecho de toda persona gestante hasta la semana 14 de gestación y luego de este periodo solo puede accederse a través de la figura de la ILE por las causales de violación y riesgo de salud de la persona gestante.

Esto coincide con el estudio de Berra et al. (2019) en el cual se evidencio que el 98% de la población encuestada refirió que el aborto en Argentina estaba permitido bajo determinadas circunstancias. La causal violación resultó conocida por el 91% (el 20% de ellas determinó la causal violación sólo en personas con discapacidad, mientras que el 80% lo hizo en violación a cualquier mujer), la causal riesgo de vida fue reconocida por el 73% y la causal riesgo de salud de la mujer o persona con capacidad de gestar sólo por el 56% de los encuestados.

En términos generales, los estudiantes demuestran un conocimiento favorable sobre la interrupción del embarazo en las causales específicas, lo cual coincide con otros autores que consiguieron resultados similares tanto en estudiantes del área de la salud como también en profesionales de salud de diversos países, cuyas opiniones frente al tema son además compartidas con el presente estudio (Fróes y Batista (2021); Marrodan et al., (2021); Saldarriaga-Genes et al., 2022). Respecto de la objeción de conciencia frente a la IVE, se obtuvo que los estudiantes reconocen que pueden negarse a realizar un aborto, pero deben realizar previamente la objeción de conciencia. Al respecto Marshall y Zúñiga (2020) consideran que la objeción de conciencia está enfocada en proteger la integridad moral del personal de salud, entendiendo esta como la disposición a actuar de acuerdo con el conjunto de valores éticos y religiosos fundamentales que cada uno abraza.

Esto permite suponer que la mayoría de los estudiantes encuestados no experimentarían mayores conflictos éticos al aplicar la Ley IVE/ILE, por tanto permite un adecuado acceso de las usuarias que requieran acogerse a dicha ley, ya que en su mayoría los estudiantes pueden diferenciar entre aborto legalizado y despenalización, afirmando que la despenalización se refiere a la eliminación de las sanciones consideradas delitos y la legalización plantea contar con un marco legal, con una reglamentación para acceder a un aborto seguro, lo cual asegura un buen cumplimiento de esta ley. De igual forma, los resultados muestran una importante aceptación de la relevancia del aborto como problema de salud

pública entre los estudiantes debido a que casi la totalidad de los encuestados consideró que la mortalidad materna es una problemática de magnitud que requiere intervención.

En relación con el conocimiento sobre Ley IVE/ILE se demostró que los estudiantes, manejan aspectos generales de esta, tales como las causales que deben concurrir para invocar la aplicabilidad de la ley, la no obligatoriedad a abortar que tiene aquella gestante que esté dentro de una de las tres causales o la posibilidad de que un profesional de salud se declare objetor de conciencia para la o las causales que estime. Sin embargo, llama la atención que un alto porcentaje de estudiantes no haya obtenido estos conocimientos de su plan de estudios sino principalmente por motivación propia o medios de comunicación, considerando que no solo se trata de una carrera del área de la salud, sino que muy particularmente del área de la salud sexual y reproductiva de toda mujer considerando que el sexo femenino prevalecía en el estudio.

Esto se resaltó aún más al evidenciar que el 27% de los estudiantes desconocían que el acceso al aborto se encuentra incluido en el programa médico obligatorio, hace evidente la necesidad de incorporar en este programa contenidos referentes a la interrupción del embarazo y actualizar el currículo en función de capacitar a los futuros médicos en estas temáticas, generando además necesarias instancias de reflexión y debate sobre la problemática del aborto.

En ese orden de ideas, Jiménez et al. (2018) también propone que se incentive a desarrollar con mayor amplitud la temática del aborto terapéutico en los cursos relacionados con la gineco-obstetricia y actualizar la información de indicaciones terapéuticas, tecnologías modernas de aborto terapéutico y medicamentos, entre otros, y las recomendaciones técnicas entregadas por la OMS para realizar la intervención de un aborto.

Estos conocimientos deben ser proporcionados en el pregrado para asegurar una capacitación adecuada de los profesionales que, una vez titulados, deberán ser ejecutores de las técnicas que la ley IVE considera para la interrupción del embarazo en las causales señaladas, pues el desconocimiento sobre la Ley, sus alcances y aplicaciones por parte de los futuros profesionales de salud puede desencadenar un objetor de conciencia y limitar el acceso de la mujer a esta intervención.

LIMITACIONES

Al tratarse de un estudio unicéntrico, los resultados obtenidos no pueden extrapolarse a la totalidad de estudiantes de medicina de las diversas universidades de la ciudad de Rosario.

CONCLUSIONES

El 65% de los estudiantes presentó un nivel de conocimiento alto sobre sobre la Ley de Despenalización del Aborto de Argentina, reconociendo los lineamientos necesarios para acceder a la IVE y a la ILE, la responsabilidad profesional que supone esta práctica médica y el proceso de atención integral de las personas con derecho a la interrupción del embarazo.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Alfranca Pardillos, R. (2014). Expectativas y preferencias en la utilización de servicios en atención primaria. <https://www.tdx.cat/bitstream/handle/10803/145903/trap.pdf?sequence=3&isAllowed>
2. Bearak, J., Popinchalk, A., Ganatra, B., Moller, A. B., Tunçalp, Ö., Beavin, C., Kwok, L., & Alkema, L. (2020). Unintended pregnancy and abortion by income, region, and the legal status of abortion: estimates from a comprehensive model for 1990-2019. *The Lancet. Global health*, 8(9), e1152-e1161. [https://doi.org/10.1016/S2214-109X\(20\)30315-6](https://doi.org/10.1016/S2214-109X(20)30315-6)
3. Berra, A. (2020). Estudio sobre los conocimientos y opiniones de las/los profesionales de salud en torno al acceso a la interrupción legal del embarazo en avellaneda, provincia de buenos aires. <https://www.redalyc.org/journal/3691/369166429047/html/>

4. Briozzo, Leonel. (2003). Aborto provocado: un problema humano. Perspectivas para su análisis estrategias para su reducción. *Revista Médica del Uruguay*, 19(3), 188-200. Recuperado en 26 de noviembre de 2023, de http://www.scielo.edu.uy/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1688-03902003000300002&lng=es&tlng=es.
5. De León, D. G. (1995). Los médicos y el aborto. *Salud Pública de México*, 37(3), 248-255.
6. Deza, S. (2018). El aborto desde distintos puntos de vista. En <https://www.sap.org.ar/>. https://www.sap.org.ar/docs/congresos_2018/Ambulatoria/Jueves%208%20de%20noviembre/J23%20Deza.%20Aborto.%20Marco%20legal%20y%20normativo.pdf
7. Dirección Nacional de Salud Sexual y Reproductiva, Secretaria de Acceso a la Salud, & Ministerio de Salud Argentina. (2021). Protocolo para la atención integral de las personas con derecho a la interrupción voluntaria y legal del embarazo. Gobierno Argentina. <https://bancos.salud.gob.ar/sites/default/files/2021-05/resumen-ejecutivoive-ile-28-05-2021.pdf>
8. Domínguez Araújo, L. (2015). La Evaluación para el aprendizaje de la interpretación de conferencias: concepciones y prácticas de docentes y discentes en tres cursos de posgrado de Cataluña, Portugal y Canarias. Universitat Autònoma de Barcelona.
9. Edelman, A., & Kapp, N. (2019). Guía de referencia sobre dilatación y evacuación (D y E): aborto inducido y atención postaborto a las 13 semanas o más de gestación ('segundo trimestre') - Ipas. IPAS. <https://www.ipas.org/resource/guia-de-referencia-sobredilatacion-y-evacuacion-d-y-e-aborto-inducido-y-atencion-postaborto-a-las-13semanas-o-mas-de-gestacion-segundo-trimestre/>
10. Federación Internacional de Planificación Familiar. (2018). Aborto legal: regulaciones sanitarias comparadas. Un análisis en América Latina y algunos países de Europa y Africa. (200d. C.).
11. Fróes, N. M. F., & Batista, C. B. (2021). Conocimiento y percepción de estudiantes de medicina sobre el aborto legal. *Revista Bioética*, 29, 194-207.
12. Gobierno Argentina. (2022). A dos años de la sanción de la Ley de Acceso a la Interrupción. [Argentina.gob.ar. https://www.argentina.gob.ar/noticias/dos-anos-de-la-sancion-de-laley-de-acceso-la-interrupcion-voluntaria-del-embarazo-el](https://www.argentina.gob.ar/noticias/dos-anos-de-la-sancion-de-laley-de-acceso-la-interrupcion-voluntaria-del-embarazo-el)
13. Gollan, D., Kreplak, N., Balaña, S., & Ramírez, C. (2021). Guía de Implementación de la Interrupción Voluntaria del embarazo en la Provincia de Buenos Aires: En el marco de la Ley Nacional N° 27.610. Ministerio de Salud de la Provincia de Buenos Aires. <https://ministeriodelasmujeres.gba.gob.ar/drive/archivos/guiaimplementacionive.pdf>
14. Guttmacher Institute. (2022). Embarazo no planeado y aborto a nivel mundial. <https://www.guttmacher.org/es/fact-sheet/aborto-inducido-nivel-mundial>
15. Jiménez, P. F., González, V. U., & Henríquez, J. P. M. (2018). Percepciones de los futuros profesionales de la salud, sobre la Ley de aborto 21.030 y objeción de conciencia (Doctoral dissertation, Universidad Miguel de Cervantes, Escuela de Trabajo Social).
16. Lafferriere, J. N. (2021). Ley de aborto comentada: Análisis crítico de la ley 27610. <https://repositorio.uca.edu.ar/bitstream/123456789/11182/1/ley-aborto-comentada-ley-27610.pdf>
17. Marrodan, M., Ávila, S., Castro, D., & Colque, C. (2021). Opinion, Attitudes and Level of Knowledge of Obstetrics and Childcare Students at the University of Antofagasta
18. Regarding the Law on Voluntary Termination of Pregnancy. MUSAS. *Revista de Investigación en Mujer, Salud y Sociedad*, 6(2), 116-136.

19. Marshall, P., & Zúñiga, Y. (2020). Objeción de conciencia y aborto en Chile. *Derecho PUCP*, (84), 99-130. <https://revistas.pucp.edu.pe/index.php/derechopucp/article/view/22107>
20. Martins-Melo, F. R., Lima, M.daS., Alencar, C. H., Ramos, A. N., Jr, Carvalho, F. H., Machado, M. M., & Heukelbach, J. (2014). Temporal trends and spatial distribution of unsafe abortion in Brazil, 1996-2012. *Revista de saude publica*, 48(3), 508-520. <https://doi.org/10.1590/s0034-8910.2014048004878>
21. Ministerio de Justicia y Derechos Humanos de la Nación. (2021). Interrupción Voluntaria del Embarazo en lectura fácil. Gobierno Argentina. Ediciones SAIJ. https://www.argentina.gob.ar/sites/default/files/2021/06/ive-lectura_facil.pdf
22. Ministerio de Salud Argentina. (2018). Análisis de la Mortalidad Materna Infantil 2007 - 2016. http://www.msal.gob.ar/images/stories/bes/graficos/0000001229_cnt-analisis-mmi-2007-2016.pdf
23. Ministerio de Salud Argentina. (2021). Interrupción voluntaria y legal del embarazo ley 27.610. Ministerio de Salud Argentina. <https://bancos.salud.gob.ar/sites/default/files/2021-03/Nota-informativa-5interrupcion-embarazo.pdf>
24. Ministerio de Salud Argentina. (2022). Datos estadísticos de salud. [Argentina.gob.ar. https://www.argentina.gob.ar/salud/deis/datos](https://www.argentina.gob.ar/salud/deis/datos)
25. Ministerio de Salud Argentina. (2022). Interrupción del embarazo con medicamentos (tratamiento combinado: mifepristona y misoprostol). <https://bancos.salud.gob.ar/>. https://bancos.salud.gob.ar/sites/default/files/2022-12/Folleto_interrupcion_con_mife_y_miso-accesible_19122022.pdf
26. Ministerio de Salud Argentina. (2022). Protocolo para la atención integral de las personas con derecho a la interrupción voluntaria y legal del embarazo (IVE/ILE). Ministerio de Salud Argentina. https://bancos.salud.gob.ar/sites/default/files/2023-04/Protocolo_IVE_ILE%202022_1242023.pdf
27. Miranda Lucas, Maria Jose, & Comas d'Argemir, Dolors. (2016). Discursos de profesionales de la salud y de mujeres sobre el aborto voluntario. *Revista de Bioética y Derecho*, (38), 37-53. <https://dx.doi.org/10.1344/rbd2016.38.17044>
28. Morris, J. L., Winikoff, B., Dabash, R., Weeks, A., Faundes, A., Gemzell-Danielsson, K. & Visser, G. H. (2017). Recomendaciones actualizadas de figo para el uso de misoprostol solo en ginecología y obstetricia. http://www.fasgo.org/images/Recomendaciones_FIGO-MISOPROSTOL_SOLO.pdf
29. Organización Mundial de la Salud [OMS]. (2012). Aborto sin riesgos: guía técnica y de políticas para sistemas de salud (2.a ed.). OMS. https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/77079/9789243548432_spa.pdf?sequence=1
30. Organización Mundial de la Salud [OMS]. (2018). Recomendaciones sobre prácticas Seleccionadas para el uso de anticonceptivos (3.a ed.). <https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/259814/9789243565408-spa.pdf>
31. Organización Mundial de la Salud [OMS]. (2019). Tratamiento médico del aborto. World Health Organization. <https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/328166/9789243550404-spa.pdf?ua=1>
32. Ramos, Silvina. (2016). Investigación sobre aborto en América Latina y el Caribe. Una agenda renovada para informar políticas públicas e incidencia (resumen ejecutivo). *Estudios demográficos y urbanos*, 31(3), 833-860. Recuperado en 26 de noviembre de 2023, de http://www.scielo.org.mx/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0186-72102016000300833&lng=es&tlng=es.
33. Ranieri de Cechini, D., Calderone, S. (2022). La objeción de conciencia de los profesionales de la salud y el aborto legal en Argentina [en línea]. *Revista Perspectivas de las Ciencias*

- Económicas y Jurídicas. 12 (1), 81-102. <http://dx.doi.org/10.19137/>
34. Rocha, W. B. D., Silva, A. C. D., Leite, S. M. D. L., & Cunha, T. (2015). Percepción de profesionales de la salud sobre el aborto legal. *Revista Bioética*, 23, 387-399. <https://www.scielo.br/j/bioet/a/myRTsNpTbBfTW8dF3TdTKLK/?format=pdf&lang=es>
 35. Saldarriaga-Genes, G., Ruidiaz-Gómez, K. S., Cortés-Marchán, M. M., Guerrero-Martínez, D., Salas-Díaz, E. I., & Hernández-Bello, L. S. (2022). Conocimientos y actitudes sobre interrupción voluntaria del embarazo en estudiantes de una Universidad de Cartagena (Colombia). *Universidad y Salud*, 24(3), 248-255. http://www.scielo.org.co/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0124-71072022000300248
 36. Soengas, A. M., & Ramos, A. C. (2020). Percepción del alumnado de Medicina sobre la objeción de conciencia a la interrupción voluntaria del embarazo en Galicia. *Gaceta Sanitaria*, 34(2), 150-156. <https://doi.org/10.1016/j.gaceta.2019.02.007>
 37. Troche-Gutiérrez, I. Y., & Cerquera-Bonilla, A. C. (2021). Percepciones sobre Interrupción Voluntaria del Embarazo en estudiantes de pregrado en Enfermería. *Revista Ciencia y Cuidado*, 18(1), 9-19. <https://doi.org/10.22463/17949831.2466>
 38. Vara H., A. A. (2019). Los costos de reparación en niñas menores de 15 años forzadas a ser madres producto de violación sexual. Consorcio Latinoamericano Contra el Aborto Inseguro - CLACAI. <http://clacaidigital.info/handle/123456789/1272>
 39. World Health Organization: WHO. (2017). En todo el mundo se producen aproximadamente 25 millones de abortos peligrosos al año. OMS. <https://www.who.int/es/news/item/28-09-2017-worldwide-an-estimated-25-million-unsafe-abortion-occur-each-year>

FINANCIACIÓN

Ninguna.

CONFLICTO DE INTERÉS

Ninguno.