



**UNIVERSIDAD NACIONAL AUTÓNOMA DE MÉXICO**

PROGRAMA DE MAESTRÍA Y DOCTORADO EN CIENCIAS MÉDICAS, ODONTOLÓGICAS Y DE  
LA SALUD

CAMPO DEL CONOCIMIENTO: HUMANIDADES EN SALUD

CAMPO DISCIPLINARIO: BIOÉTICA

PERCEPCIÓN DEL ABORTO EN LOS ALUMNOS DEL PRIMER AÑO DE LA FACULTAD DE  
MEDICINA, POSTERIOR AL CURSO DE EMBRIOLOGÍA HUMANA.

**TESIS**

QUE PARA OPTAR POR EL GRADO DE MAESTRA EN CIENCIAS

PRESENTA:

**MED. CIR. MONTSERRAT GONZÁLEZ LÓPEZ**

TUTOR PRINCIPAL: DR. GERMAN ENRIQUE FAJARDO DOLCI  
FACULTAD DE MEDICINA UNAM

DRA. IRENE DURANTE MONTIEL  
FACULTAD DE MEDICINA UNAM

DRA. JENNIFER HINCAPIE SANCHEZ  
PROGRAMA DE MAESTRÍA Y DOCTORADO EN CIENCIAS MÉDICAS, ODONTOLÓGICAS Y DE  
LA SALUD

CIUDAD UNIVERSITARIA, CIUDAD DE MÉXICO, SEPTIEMBRE 2022



Universidad Nacional  
Autónoma de México

Dirección General de Bibliotecas de la UNAM

**Biblioteca Central**



**UNAM – Dirección General de Bibliotecas**  
**Tesis Digitales**  
**Restricciones de uso**

**DERECHOS RESERVADOS ©**  
**PROHIBIDA SU REPRODUCCIÓN TOTAL O PARCIAL**

Todo el material contenido en esta tesis esta protegido por la Ley Federal del Derecho de Autor (LFDA) de los Estados Unidos Mexicanos (México).

El uso de imágenes, fragmentos de videos, y demás material que sea objeto de protección de los derechos de autor, será exclusivamente para fines educativos e informativos y deberá citar la fuente donde la obtuvo mencionando el autor o autores. Cualquier uso distinto como el lucro, reproducción, edición o modificación, será perseguido y sancionado por el respectivo titular de los Derechos de Autor.

## AGRADECIMIENTOS

A mi familia.

Mamá, gracias por motivarme a florecer “no importa qué, no importa quién”  
Axel, gracias por ver en mí a una mujer fuerte, aún cuando yo no podía verla  
Papá, gracias por trabajar para que yo pudiera seguir mis sueños

Sin un trípode adecuado, un telescopio no puede apuntar a las estrellas

A mis amistades.

Dulce, tanto tu amistad como tu honestidad son para mí dos virtudes invaluable  
Charo e Izcoatl, sin ustedes dos esta maestría no se hubiera sentido tan apasionante y los  
finales de semestre no hubieran sido tan divertidos, gracias por inspirarme y dejarme  
aprender de ustedes

A un gran equipo de trabajo.

Doctor. Fajardo, gracias por la constante motivación e interés que me inspiraron a dar lo  
mejor de mí.

Doctora. Durante, gracias por aquellas enseñanzas que fueron más allá de la docencia e  
influyeron tanto en la persona que soy el día de hoy.

Licenciado César, gracias por regalarme su tiempo, apoyo y paciencia en cada solicitud  
realizada.

Ingeniero Barradas, gracias por todo el apoyo y entusiasmo otorgados en la aplicación y  
difusión de encuestas.

Doctora Hincapie, infinitas gracias por haberme abierto las puertas de un mundo tan  
maravilloso, pero sobre todo gracias por abrirme las puertas de su bella compañía.

Gracias a todos ustedes, más que trabajo de tutor- tutorado, se sintió como un trabajo de  
equipo.

A las autoridades.

Doctora Lupita y Doctor Adrián, gracias por invitarme a entrar al mundo de la docencia y por permitirme utilizar la materia de Embriología Humana como marco inicial para la investigación.

A las y los alumnos de Facultad de Medicina de la UNAM

Aprendemos y necesitamos de ellos más de lo que ellos necesitan y aprenden de nosotros, gracias por enseñarme que si le sonríes a tus demonios, ellos lentamente desaparecen.

A mis profesoras y profesores

Gracias por mostrarme la finitud de la vida y la belleza de la incertidumbre, la importancia de las crisis existenciales, la subjetividad de las acciones y la necesidad de cuestionar absolutamente todo en esta vida.

A lo “malo”

Gracias a todos esos fracasos, intentos fallidos y malos ratos. Porque de ellos aprendí y crecí.

# ÍNDICE

<b>INTRODUCCIÓN</b> .....	<b>4</b>
<b>MARCO CONCEPTUAL</b> .....	<b>8</b>
ESTUDIOS RELACIONADOS .....	8
PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA.....	12
PREGUNTA DE INVESTIGACIÓN .....	16
HIPÓTESIS.....	16
OBJETIVO GENERAL.....	16
OBJETIVOS ESPECÍFICOS .....	17
METODOLOGÍA.....	17
<b>AUTONOMÍA MORAL</b> .....	<b>21</b>
DEFINICIÓN .....	21
RELACIÓN ENTRE AUTONOMÍA Y AUTONOMÍA MORAL.....	22
CONDICIONES MÍNIMAS NECESARIAS PARA DESARROLLAR UN PENSAMIENTO AUTÓNOMO .....	24
<b>OBJECCIÓN DE CONCIENCIA</b> .....	<b>36</b>
DEFINICIÓN .....	36
DIFERENCIAS ENTRE OBJECCIÓN DE CONCIENCIA Y DESOBEDIENCIA CIVIL.....	39
CRITERIOS DE LA OBJECCIÓN DE CONCIENCIA.....	41
LÍMITES DE LA OBJECCIÓN DE CONCIENCIA .....	44
OBJECCIÓN DE CONCIENCIA EN MEDICINA .....	46
OBJECCIÓN DE CONCIENCIA EN MÉXICO .....	51
LA OBJECCIÓN DE CONCIENCIA EN TORNO AL DILEMA MÉDICO-PACIENTE.....	54
CONCLUSIÓN .....	62
<b>LA ENSEÑANZA ÉTICA EN MEDICINA, EN EL MARCO DE UN MUNDO EN TRANSICIÓN</b> .....	<b>68</b>
EL MUNDO EN TRANSICIÓN .....	68
IDENTIDAD PROFESIONAL .....	71
UNA ENSEÑANZA ÉTICA REFORZADA .....	73
CONCLUSIÓN .....	80
<b>ADAPTACIÓN Y VALIDACIÓN DEL INSTRUMENTO DE MEDICIÓN</b> .....	<b>86</b>
DESCRIPCIÓN DEL INSTRUMENTO DE MEDICIÓN .....	86
PRESENTACIÓN DE PROYECTO A COMITÉ DE ÉTICA.....	87
VALIDEZ DE CONTENIDO .....	88
PRUEBA PILOTO .....	90
CONSISTENCIA INTERNA.....	91
DESCRIPCIÓN DEL INSTRUMENTO DE MEDICIÓN .....	95
CONCLUSIÓN .....	96
<b>RESULTADOS PRIMER APLICATIVO</b> .....	<b>99</b>
<b>DESCRIPCIÓN DE LA POBLACIÓN</b> .....	<b>99</b>
<b>RESULTADOS SEGUNDO APLICATIVO</b> .....	<b>116</b>
<b>RASTREO Y COMPARATIVA</b> .....	<b>131</b>
<b>DISCUSIÓN</b> .....	<b>142</b>
<b>ANEXOS</b> .....	<b>150</b>

## INTRODUCCIÓN

Las últimas estadísticas en relación al aborto publicadas por la Organización Mundial de la Salud en 2019 causaron interés en investigadores de diversos países, que comenzaron una serie de estudios encaminados en saber la postura de los médicos en formación con respecto a asistir un aborto, generando una serie de diversas opiniones dependiendo la región y el grado de escolaridad que tenían los sujetos de estudio.

En Latinoamérica, además de la diversidad de posturas presentadas por los médicos en formación, fueron reportadas preocupaciones tales como la confrontación entre las exigencias que involucra su profesión y sus creencias personales.

México, siendo un país en donde los últimos años se ha visto una serie de cambios históricos en materia de aborto y objeción de conciencia no se encuentra investigando la postura que guardan los futuros prestadores en servicios en salud.

Partiendo de este hilo de pensamiento, surgió el interés por encaminar una investigación en el marco de conceptos tales como la autonomía moral y la objeción de conciencia, resaltando así la importancia del respeto a la autonomía y, con ello, el derecho que tienen los individuos a actuar acorde a los principios que rigen su actuar diario con el fin de ser fieles al curso de vida elegido.

A lo largo del texto se desarrollará el curso de pensamiento de un individuo autónomo, al tener frente a sí una situación de la vida cotidiana que le exija una toma de decisión cuyo carácter sea estrictamente moral, donde debe hacerse responsable de su elección, misma que ha sido previamente guiada por criterios razonados con la finalidad de que el individuo conserve su autenticidad.

De igual manera, se reflejará la autonomía moral en la objeción de conciencia en medicina, aquella negativa de una persona para cumplir con un procedimiento al considerarlo incompatible con sus principios, que en el ámbito de la medicina es resultado de una confrontación entre el respeto a las decisiones de los pacientes, superiores jerárquicos o a normas y reglamentos, y la fidelidad a sus principios, pero, como se desarrollará a lo largo de este trabajo, siempre en el marco de los alcances y límites que vienen con la objeción de conciencia en el ámbito médico.

Así mismo, se desglosará en este trabajo la relevancia de la identidad con la que cuenta un individuo como fin último de los principios que rigen su día a día, la cual se ve influenciada por las relaciones interpersonales o lugares en los cuales se desenvuelve un individuo; para el caso de esta tesis, se desarrollará en el marco de la formación profesional que recorre un médico en formación para llegar a convertirse en un profesional de la salud, formación que se ve influenciada por factores tales como la relación estudiante-profesor y el currículo oculto producto de esta relación, en ese orden de ideas se evaluará la importancia de dicho currículo oculto en la presencia o ausencia de acciones éticas y se cuestionarán los efectos del mismo sobre la autonomía en las decisiones que llegarían a tomar futuros profesionales de la salud.

Una vez delimitados los conceptos que abarcan el componente teórico de este trabajo, se reitera el interés que surge ante la creciente demanda de personal capacitado para poder solucionar los problemas que se suscitan en el país en materia de aborto, temas donde se ha omitido una cuestión de vital importancia; es necesario saber qué percepción tienen los médicos en formación con respecto a la interrupción legal del embarazo, qué factores sustentan dicha percepción y si realmente la formación médico-científica es suficiente para que los alumnos accedan a prestar servicios de aborto o se necesita añadir una visión multidisciplinaria acerca del tema a su formación profesional para que cuenten con bases sólidas al momento de enfrentarse a una toma de decisión.



Se inició esta investigación bajo el supuesto de que la información proporcionada durante un año en el en el Departamento de Embriología Humana con respecto al desarrollo embrionario cambiaría la percepción que el alumnado guardaba al ingreso. Estos nuevos conocimientos adquiridos servirían como uno de los múltiples fundamentos utilizados para la toma de decisiones en conflictos éticos en torno al aborto. Por ende, se busca analizar si la información científica tendrá un peso suficiente como elemento de juicio de valor para lograr que el estudiantado defina o modifique su postura con respecto al aborto.

## MARCO CONCEPTUAL

### **Estudios relacionados**

Los últimos reportes en relación al aborto publicados por la OMS en 2019 causaron un especial interés en investigadores de diversos países, por lo cual comenzaron una serie de investigaciones encaminadas a conocer la postura de los médicos en formación con respecto a asistir un aborto, mismos que se resumen a continuación.

Comenzando en el continente europeo, específicamente en Polonia, se realizó un estudio transversal en dos tiempos en una población de estudiantes que se encontraban en formación para titularse como parteros en una universidad cuya base educativa es la medicina basada en evidencias. Entre los antecedentes más relevantes, en Polonia, un partero de alta calidad es aquel cuya capacitación le permita, entre otras características, realizar abortos seguros. Los resultados reportaron que la mayoría de los estudiantes estaban de acuerdo en asistir un aborto en condiciones específicas tales como un embarazo que comprometa la vida de la madre, si el producto era consecuencia de abuso sexual o si presentaba una malformación que comprometa la vida postnatal.

Partiendo de este punto, se evidenció que más de la mitad de estudiantes de la universidad de Polonia no aprobaron asistir un aborto si la malformación fetal es compatible con la vida y la función, además de hacer público su rechazo ante futuras

prácticas relacionadas a este tema. Se compararon los resultados con los obtenidos por estudiantes de último año y estos mostraron una mayor aceptación ante dicha práctica, pero más de la mitad aclaró que el tema del aborto se trata de una manera muy superficial en su currículo universitario (Michalik et al., 2019).

En la península ibérica, tomando en cuenta que en la mayoría de los países europeos se lleva a cabo el derecho a objeción de conciencia en temas de salud como el aborto, los médicos no dudan en llevar a cabo la objeción de conciencia para que dicho procedimiento no interfiera con su libertad de conciencia individual. Dicha objeción ha terminado en lo que la OMS vaticina como una tardanza en la atención médica y, por ende, mayor riesgo de complicaciones materno fetales. Es por eso que en Galicia se tomó un colectivo para realizar una encuesta acerca de la objeción de conciencia en estudiantes de segundo y quinto año de la universidad de Santiago de Compostela, y se observó que el 70.8% de esos alumnos no objetaría contra una interrupción voluntaria del embarazo, otro 70% sería consciente de las consecuencias negativas en gestantes; el 85% declara que rechaza la obligación de ejercer una práctica que entre en confrontación con sus convicciones y el 64% de la población de estudio estaría de acuerdo en que una protesta podrá excusarlos de realizar dicha práctica.

En la comparativa realizada entre alumnos de segundo y quinto año, los alumnos de segundo año mostraron menor afinidad a la objeción de conciencia, excepto en casos como embarazos con semanas de gestación más avanzadas (Moure y Cernadas, 2019).

Interrogantes con respecto a la postura que guardan los alumnos en torno al aborto surgieron de igual manera en Latinoamérica, es así que en Colombia se llevó a cabo un estudio en el cual se seleccionó a una cohorte de estudiantes de medicina de la Universidad Autónoma de Bucaramanga, matriculados en el curso de Ginecología y Obstetricia correspondiente al cuarto año de la carrera y otra cohorte de alumnos que se encontraban cursando el internado médico, correspondiente al sexto año de la carrera. Una encuesta anónima fue aplicada a ambos grupos al inicio y al final del ciclo escolar, además fueron realizadas entrevistas grupales para conocer su opinión con respecto a la asistencia del aborto despenalizado en el país.

En los resultados obtenidos con las encuestas realizadas, los médicos en formación aceptaron realizar el procedimiento bajo las mismas premisas que los alumnos de Polonia. En cuanto al cambio de postura, el 46% de la población que cursó el semestre de ginecología y obstetricia mostró lo siguiente: 78% desertó de su postura contra el aborto y mostró mayor afinidad hacia la interrupción voluntaria del embarazo bajo los rubros anteriormente mencionados, 21.7% cambió de aceptar los rubros mencionados a no aceptar el aborto bajo ninguna circunstancia. Con respecto a los resultados obtenidos de la entrevista, la única causal de aborto que recibió mayor aceptación fue aborto en caso de riesgo en la vida de la madre. No fue así para los rubros de aborto bajo riesgo para la vida del feto y en caso de violación, los cuales causaron disruptivas en los grupos entrevistados. En cuanto al acceso a la información, algunos estudiantes opinaron que ellos darían una información superficial a las mujeres que deseen interrumpir su embarazo y otros

estudiantes comentaron que negarían totalmente la información solicitada (Quintero y Ochoa, 2016).

En Chile, en el marco de la reciente despenalización del aborto se realizó una encuesta transversal a alumnos de 7 distintas universidades que imparten las carreras de medicina y partería en ámbitos de escuelas privadas, de acceso público, laicas y religiosas para conocer si estarían dispuestos a asistir abortos en dicho país. Entre los resultados, la mayoría de los alumnos inscritos en universidades laicas tuvieron mayores intenciones de proporcionar estos servicios, mostraron mayor aceptación y menos preocupaciones que los alumnos pertenecientes a universidades religiosas.

69% del total de encuestados afirmó querer recibir entrenamiento para poder realizar los procedimientos correspondientes y 20% no quiso aceptar un entrenamiento bajo ninguna circunstancia. Además, la mitad de los estudiantes tuvieron preocupaciones principalmente relacionadas con sus valores personales, creencias religiosas o incluso con causarse problemas de tipo legal, acoso o amenazas, este tipo de opiniones tuvieron mayor prevalencia en escuelas religiosas. Lo que se observó en las opiniones de los estudiantes que cursaban la carrera de partería es que, al igual que en Polonia, mientras avanzaban más en sus carreras, se mostraban más afines a asistir un aborto a comparación con los alumnos de primer año de la carrera. (Biggs y Casas, 2019).

Por otra parte, el interés en la percepción que guardan los alumnos con respecto al aborto también surgió en Ecuador, donde se realizó un estudio transversal con 279 estudiantes de pregrado y alumnos de especialidad médica que pertenecían a Ginecología y Obstetricia en la Pontificia Universidad Católica del Ecuador; ahí se aplicó una encuesta que, entre otras dimensiones, consideraba denuncias hacia mujeres que se han provocado un aborto, qué tanta afinidad tendría el alumnado hacia prestar atención médica a estas mujeres y qué tan profundo es su conocimiento en materia de despenalización del aborto. Entre los resultados obtenidos, los estudiantes de los últimos años correspondientes a pregrado mostraron mayor conocimiento en torno a las leyes en materia de aborto y, además, en comparativa con el resto de los grupos analizados, demostraron estar en contra de denunciar a una mujer que se ha provocado un aborto.

En cuanto a los alumnos de posgrado, 28.8% manifestaron estar de acuerdo con que se denuncie a las mujeres que se practicaron un aborto; al final, la gran mayoría de los encuestados manifestaron mayor afinidad por brindar atención médica a las mujeres con complicaciones ocasionadas por abortos peligrosos que busquen asistencia médica (Imbago et al., 2018).

### **Planteamiento del problema**

Tal como se mencionó en el apartado anterior, entre los alumnos de diversos países que se han sumado al desarrollo de investigaciones en torno a la percepción del aborto en médicos en formación, resalta una diversa gama de posturas conforme

avanza el grado de enseñanza que reciben. Retomando los resultados obtenidos en Latinoamérica, entre los grupos de alumnos que se negaron a recibir entrenamiento para realizar abortos y los que se negaban a informar mujeres en busca de asesoramiento, se encontró una relación entre la postura que guardaban y factores tales como preocupación por infringir las leyes vigentes en los países en que habitan, por sentir exclusión de sus círculos sociales o caer en contradicciones con los sistemas de valores y creencias propios de la religión que profesan.

Partiendo de estos puntos como factores que en un futuro provocarían un conflicto de intereses en la relación médico- paciente con las mujeres que solicitan un aborto, se mencionará la autonomía moral como sustento de una serie de decisiones y percepciones en materia del aborto y la objeción de conciencia.

Comenzando por la definición, hablar de autonomía moral es referirse a la capacidad que tiene un individuo de tomar sus decisiones de manera voluntaria mediante juicios de valor basados en el puro uso crítico de la propia razón junto con un sentido de empatía hacia el resto de las personas, todo con el fin de aplicarlo en la toma de decisiones involucradas en problemas propiamente morales de la confrontación derecho-deber del individuo (Papacchini, 2019), para que este proceso sea considerado como autónomo, debe ser llevado a cabo de manera autoconsciente, independiente y libre de influencias, amenazas o intervenciones interpersonales. Aunado a ello, las condiciones bajo las que un individuo puede desarrollar cierto grado de autonomía moral son: la capacidad de elegir entre los múltiples cursos de acción que algún dilema presentado ante la persona exija,

sentido de la responsabilidad por las consecuencias que dicho camino elegido arroja y habilidad para lograr los fines escogidos (Papacchini, 2019).

La autonomía es, según Kant, lo que le da a los seres humanos un valor intrínseco; es aquello que les brinda dignidad, misma que ni el estado ni otro tipo de instituciones sociales deberían pasar por alto (Ortíz, 2018).

Siguiendo el hilo de pensamiento kantiano, un Estado que obligue a los ciudadanos a llevar a cabo acciones por medio del castigo y en contra de su voluntad, y no por un sentido del deber, no respetaría su autonomía ni les estaría reconociendo su dignidad como un valor último. Respetar la autonomía individual implica aceptar que las personas tienen derecho a actuar según sus convicciones morales, por más diversas que sean, siempre y cuando exista una justificación suficientemente fuerte como para no exigirles el cumplimiento de la norma de carácter obligatorio (Ortíz, 2018). Sin embargo, es necesario tener en cuenta que solamente consideraciones acerca de lo que es valioso para un individuo basadas en un criterio meramente subjetivo acerca de lo que es bueno o malo, justo o injusto, no justifican un derecho moral.

En consecuencia, un individuo autónomo, al verse incluido en una toma de decisión cuyo carácter sea estrictamente moral, debe reconocerse como responsable de su elección, misma que es guiada por criterios meramente razonados que conservaron cierta fidelidad al yo auténtico del individuo (Papacchini, 2019).



Tomando en cuenta los estudios anteriormente revisados, y una vez introducido el concepto de autonomía moral en el texto presente, surge un gran interés en conocer la postura de los estudiantes de primer año de la carrera de medicina en México en torno al aborto y la objeción de conciencia médica.

En este año, en la Facultad de Medicina de la Universidad Nacional Autónoma de México, los estudiantes de primer ingreso inician su formación médica bajo el plan de estudios 2010, un currículo forjado con el aprendizaje basado en competencias que, encuadrándose en este primer año de la carrera, cuenta con un tronco de materias básicas que permiten a los alumnos conocer la estructura humana, sus componentes y sus orígenes; entre las materias impartidas en la currícula de primer año se encuentra el curso de Embriología Humana, mismo que se encarga de otorgar a lo largo de un año información veraz, objetiva y fundamentada acerca de los procesos embrionarios que ocurren dentro del vientre materno desde el primer hasta el último día de gestación; logrando de esta manera que la información inicial con la que cuentan los alumnos respecto al desarrollo de un producto de gestación aumente o incluso se modifique.

Con la creciente demanda de personal capacitado para poder solucionar los problemas que se suscitan en el país en materia de aborto, se ha omitido una cuestión de vital importancia; es necesario saber qué postura guardan los médicos en formación con respecto al tema de interés y qué factores son los que llevan a los alumnos a mantener esa postura, si tienen influencias o si existen cambios en la postura inicial en materia de aborto y qué reflexiones guardan en relación a la

interrupción legal del embarazo después de recibir una formación médico- científica.  
Por ende, el interés se conjunta en la siguiente pregunta de investigación:

### **Pregunta de investigación**

¿Puede la formación médico- científica generar cambios en la percepción en torno al aborto en la comunidad estudiantil de primer año de la carrera de Médico Cirujano de la Facultad de Medicina de la Universidad Nacional Autónoma de México?

### **Hipótesis**

Los alumnos de primer año de la carrera de medicina en la UNAM ingresarán con una percepción inicial en torno al aborto, misma que se modificará después de recibir por un año información médico- científica acerca del desarrollo embrionario en la Facultad de Medicina de la UNAM

### **Objetivo general**

Analizar las modificaciones en la percepción en torno al aborto, de manera posterior al curso de Embriología Humana en los alumnos de primer año de la Facultad de Medicina de la UNAM.

## **Objetivos específicos**

1. Identificar la percepción previa y posterior al curso de embriología humana de los alumnos de primer año de la Facultad de Medicina de la UNAM.
2. Reconocer las variables que sustentan la percepción inicial de los alumnos de primer año de la Facultad de Medicina de la UNAM.
3. Identificar el impacto que tiene la formación médico- científica en la autonomía moral de los alumnos de la facultad de medicina de la UNAM.

## **Metodología**

La metodología que se utilizará para esta investigación será de tipo cuantitativa. Se aplicará una encuesta transversal a modo escala de Likert a estudiantes de medicina que cursan el primer año de la licenciatura Médico Cirujano en la Universidad Nacional Autónoma de México.

La encuesta será aplicada en dos tiempos, al inicio y al final del curso de Embriología Humana. Los resultados obtenidos serán analizados mediante el programa Phyton, ejecutado a través de Colaboratory de Google en donde se realizará el rastreo y comparativa de la población blanco de estudio.

## Referencias

- Aborto. (s/f). Mhmedical.com. Recuperado el 27 de abril de 2022, de <https://accessmedicina.mhmedical.com/content.aspx?bookid=1525&sectionid=100458184>
- Aborto. (s/f). Who.int. Recuperado el 27 de abril de 2022, de <https://www.who.int/es/news-room/fact-sheets/detail/preventing-unsafe-abortion>
- Astete A, C., Beca I, J. P., & Lecaros U, A. (2014). A glossary for discussion about abortion. *Revista medica de Chile*, 142(11), 1449–1451. <https://doi.org/10.4067/S0034-98872014001100012>
- 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)
- Biggs, M. A., Casas, L., Ramm, A., Baba, C. F., Correa, S. V., & Grossman, D. (2019). Future health providers' willingness to provide abortion services following decriminalisation of abortion in Chile: a cross-sectional survey. *BMJ Open*, 9(10), e030797. <https://doi.org/10.1136/bmjopen-2019-030797>
- Biblioteca del Congreso Nacional de Chile. (s/f). Interrupción Voluntaria del embarazo: definición, proyectos de ley y legislación extranjera. Recuperado de [https://www.bcn.cl/obtienearchivo?id=repositorio/10221/21343/4/BCN%20Interrupcion%20voluntaria%20del%20embarazo\\_2015\\_FINAL\\_v3.pdf](https://www.bcn.cl/obtienearchivo?id=repositorio/10221/21343/4/BCN%20Interrupcion%20voluntaria%20del%20embarazo_2015_FINAL_v3.pdf)
- Cruz, J. A. (2018). Derechos reproductivos como derechos humanos. In P. Capdevielle, & M. D. E. J. Medina (Eds.), *Bioética laica Vida, muerte, género, reproducción y familia* (Ed. rev., pp. 249–261). Ciudad de México, México: Instituto de investigaciones jurídicas UNAM.
- Compas, B. E., Davis, G. E., Forsythe, C. J., & Wagner, B. M. (1987). Assessment of major and daily stressful events during adolescence: the Adolescent Perceived Events Scale. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 55(4), 534–541.
- En todo el mundo se producen aproximadamente 25 millones de abortos peligrosos al año.* (s/f). Who.int. Recuperado el 27 de abril de 2022, de <https://www.who.int/es/news/item/28-09-2017-worldwide-an-estimated-25-million-unsafe-abortions-occur-each-year>

Facultad de Medicina UNAM. (s/f). Recuperado de <http://www.facmed.unam.mx/mision.html>

F. Gary Cunningham, Kenneth J. Leveno, Steven L. Bloom, Catherine Y. Spong, Jodi S. Dashe, Barbara L. Hoffman, Brian M. Casey, Jeanne S. Sheffield (2015) 18, aborto. Williams OBSTETRICIA (24 ed). McGraw-Hill

Ganatra, B., Gerdt, C., Rossier, C., Johnson, B. R., Jr, Tunçalp, Ö., Assifi, A., Sedgh, G., Singh, S., Bankole, A., Popinchalk, A., Bearak, J., Kang, Z., & Alkema, L. (2017). Global, regional, and subregional classification of abortions by safety, 2010–14: estimates from a Bayesian hierarchical model. *Lancet*, 390(10110), 2372–2381. [https://doi.org/10.1016/s0140-6736\(17\)31794-4](https://doi.org/10.1016/s0140-6736(17)31794-4)

Kapparis, K. (2002). *Abortion in the ancient world*. Bristol Classical Press.

Michalik, A., Zdun-Ryżewska, A., Pięta, B., Basiński, K., Kielbasińska, J., Mazurkiewicz, B., Olszewska, J., & Łukaszuk, K. (2019). Multicenter study on midwifery students' attitudes towards abortion and its place in their future practice - Comparison of respondents at early and late stages of the university education. *Nurse Education in Practice*, 35, 42–47. <https://doi.org/10.1016/j.nepr.2019.01.003>

Moure Soengas, A., & Cernadas Ramos, A. (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>

OMS (Ed.). (1995). *Complicaciones del aborto (revEd)*. Ginebra, Suiza: OMS.

Quintero-Roa, E. M., & Ochoa-Vera, M. E. (2015). Knowledge and attitudes of medical students on decriminalized induced abortion. *Revista de salud publica (Bogotá, Colombia)*, 17(6), 912–924. <https://doi.org/10.15446/rsap.v17n6.39786>

R. Molina Aborto Inducido. Cap 47 (599-613) En: Ginecología A. Perez. 2º edición, Ed Mediterraneo .1995

Robledo, J. (2018, junio 10). *Cuando la Iglesia Católica admitía el aborto y Santo Tomás y San Agustín consideraban que el embrión no tenía alma*. infobae. <https://www.infobae.com/historia/2018/06/10/cuando-la-iglesia-catolica-admitia-el-aborto-y-santo-tomas-consideraba-que-el-embrión-no-tenia-alma/>

Rominski, S. D., Darteh, E., Dickson, K. S., & Munro-Kramer, M. (2017). Attitudes toward abortion among students at the University of Cape Coast, Ghana. *Sexual & Reproductive Healthcare: Official Journal of the Swedish*

*Association of Midwives*, 11, 53–59.  
<https://doi.org/10.1016/j.srhc.2016.10.002>

Say L, Chou D, Gemmill A, Tunçalp Ö, Moller AB, Daniels J, Gülmezoglu AM, Temmerman M, Alkema L. Global causes of maternal death: a WHO systematic analysis. *Lancet Glob Health*, junio de 2014; 2(6):e323-33.

Singh, S., & Maddow-Zimet, I. (2016). Facility-based treatment for medical complications resulting from unsafe pregnancy termination in the developing world, 2012: a review of evidence from 26 countries. *BJOG: An International Journal of Obstetrics and Gynaecology*, 123(9), 1489–1498.  
<https://doi.org/10.1111/1471-0528.13552>

# AUTONOMÍA MORAL

## **Definición**

El concepto de autonomía moral encuentra sus orígenes en la obra kantiana “*La Fundamentación de la Metafísica de las Costumbres*” (*Grundlegung zur Metaphysik der Sitten*) particularmente en el apartado del “El principio Formal del deber”, en donde se puede visualizar a esta rama de la autonomía como aquella capacidad de voluntad con la que cuenta un ser racional para darse una serie de principios a sí mismo, con independencia de influencias de los fines a los que se quiera llegar; en este aspecto, las acciones del individuo tienen un valor moral debido a los principios mediante los cuales el individuo ha decidido realizarlas, mas no por el propósito que se quiera alcanzar con dichas acciones, en otras palabras, tienen mayor valor debido a que residen en el principio de la voluntad, del simple deseo premeditado de llevarlas a cabo por un deber personal (Kant, 1785).

Tal como expone Ferrer (2003), el concepto de autonomía encuentra sus orígenes en teorías políticas, pero en la actualidad se extiende a personas, es así que la autonomía se refiere a la capacidad de las personas para autodeterminarse sin influencias externas que dirijan o manipulen esa autodeterminación, así mismo, esta autonomía no debe tener limitaciones que impidan al individuo tomar una decisión,

tal es el caso de la comprensión inadecuada de las circunstancias que rodean al individuo ante una toma de decisiones.

Es entonces que un individuo es autónomo, cuando puede actuar libremente conforme el plan de vida que ha elegido, caso contrario, la autonomía de una persona se encuentra disminuida cada que sus decisiones se encuentren controladas o influenciadas por otras personas, impidiendo al individuo deliberar o actuar conforme a sus deseos con el fin de cumplir con un propósito de vida (Ferrer, 2003).

Por otra parte la autonomía moral, concebida también como un tipo de autonomía individual, es aquella capacidad que tiene el individuo de darse a sí mismo los valores y principios a partir de los cuales elegirá tanto las razones como los motivos que regirán las acciones que construyen día a día el curso de su vida (Ortíz, 2018).

### **Relación entre autonomía y autonomía moral**

De manera específica, la autonomía es un concepto cuya característica es derivarse a distintos campos del conocimiento como el médico, jurídico o religioso, o filosóficos tales como la ética y la moral.

Entre la autonomía y la autonomía moral existen lazos más específicos, los cuales revelan que no es posible concebir un pensamiento ético sin una conciencia con la capacidad de elegir de manera autónoma y responsable, es decir, un tipo de



autonomía que supone para el individuo la comprensión de lo que le parece personalmente correcto ante situaciones que generan un conflicto en la vida cotidiana, y supone también una obligación del mismo a cumplir sus determinaciones con independencia de las percepciones y acciones coercitivas circundantes.

Es así que el pensamiento autónomo se transforma en una condición necesaria para generar una legítima decisión autónoma, sin dejar atrás la libertad religiosa o política, ya que, este principio, con independencia de la rama en la que se derive, sostiene cierto nivel de independencia a restricciones, vínculos o interferencias externas, y resulta difícil imaginarla sin una conciencia que le anteceda y oriente las conductas que le den sentido a las preferencias que el individuo adoptará como suyas (Papacchini, 2000).

Es entonces que la autonomía de la voluntad de Kant implica además de una capacidad de elección independiente de motivaciones, una capacidad de pensamiento autónomo que otorga un mayor peso a los principios internos antes que a influencias externas, como se verá a continuación

En tanto que los imperativos sean ajenos a influencias externas, se pueden considerar como máximas morales propias del individuo, producto de su razón (Piper, s.f.); partiendo de este punto, cuando la voluntad no es la responsable de darse ley a sí misma, sino el objeto, lo que sucede son imperativos hipotéticos: “debo hacer algo porque quiero alguna otra cosa” en cambio, un verdadero

imperativo moral y, por ende, categórico salta del razonamiento “debo obrar de este modo, aún cuando quisiera otra cosa” (Echegoyen, s.f) quitándole al objeto la capacidad de influir sobre la voluntad, otorgándole a esta su propia autoridad como principio básico.

Continuado esta idea, los productos de la voluntad autónoma son convicciones generales y necesarias, es decir, principios autónomos. Por tanto, cuando un individuo es capaz de poseer autonomía, también es capaz de poseer una moralidad, es decir, somos seres morales en la medida en que somos autónomos.

Es por esta razón que la concepción de autonomía de Kant se describe como autonomía moral. Partiendo de los conceptos anteriores, al hablar de autonomía moral se hace referencia a la capacidad de los agentes racionales de aceptar las normas e interiorizarlas como los principios que rijan su vida, restringiendo así la libertad de acción de terceros y, con el sentido de dignidad que genera la misma, de ser objetos de respeto (Piper, s.f).

### **Condiciones mínimas necesarias para desarrollar un pensamiento autónomo**

Angelo Papacchini menciona que las condiciones mínimas necesarias para que los individuos puedan desarrollar un pensamiento autónomo que los dirija hacia una toma de decisiones autónoma son los siguientes (Papacchini, 2000):

1. La capacidad de elegir entre posibles cursos de acción;

2. Sentido de responsabilidad por los resultados de una conducta determinada;
3. Habilidad para lograr los fines escogidos;
4. Que el individuo que llevará a cabo este proceso sea uno dotado de deseos y razonamiento, capaz de actuar de manera intencional y con pleno conocimiento de lo que hace, habilitado para deliberar y elegir por sí mismo;
5. Ausencia de disposiciones externas. La autonomía moral no encuentra sus fundamentos en el miedo o la inclinación, sino en el respeto a la ley (Echegoyen, s.f).

Es así que aquel individuo que se encuentre ante una serie de decisiones cotidianas, cada una desembocando en un curso de vida distinto, debe tener la capacidad de razonar cada posible decisión y llevar a cabo una serie de juicios valorativos que le permitan decidir entre los distintos cursos de acción.

Una vez llevada a cabo dicha reflexión, ahora el sujeto debe hacer lo que esté dentro de sus medios para lograr los fines que ha escogido, y así, lograr seguir el curso de vida que le precede a dichas decisiones autónomas, seguro de que ha sido fiel al diseño de su vida y sus convicciones.

Para mantener aún más la fidelidad a ese diseño de vida, esa decisión premeditada fue una que el individuo debe elegir libre de ambientes coercitivos o invadido por las más rudimentarias de las emociones. En este mismo razonamiento, el individuo debe prever lo mejor que pueda todas aquellas consecuencias y resultados de la decisión que llegue a tomar, mismos por los que deberá hacerse responsable,

siempre teniendo en mente que, aquella decisión fue una que tomó con un gran deseo de cumplirla y, por ende, aquellas consecuencias que devengan de su decisión serán tomadas con dignidad, porque son las que el individuo esperaba por querer ejercer su voluntad para ser fiel a sí mismo.

Es entonces que se puede determinar que un individuo cumple con las condiciones anteriores, que se considera que la decisión que tome para regir el curso de su vida está basada en su autonomía moral. En virtud de lo anterior, el resto de la sociedad, las comunidades y el Estado tienen la obligación de reconocerlo como un sujeto competente y responsable, con la libertad de honrar las deliberaciones que considere necesarias para mantener su dignidad, siempre y cuando esto no sea una amenaza para la libertad de los demás.

Como se ha comentado con anterioridad, la autonomía permite al individuo tomar decisiones y actuar sin alguna clase de influencia externa, logrando con estas elecciones y acciones formular determinadas preferencias, mismas que no se enfrentan con obstáculos externos impuestos por otros seres humanos para su realización, siempre y cuando dichas preferencias no representen una barrera contra los derechos básicos de los demás.

De acuerdo con esta noción, una persona actúa de manera autónoma cuando el flujo de sus decisiones y elecciones tienen como fin la realización de un proyecto vital (Papacchini, 2000).

Para garantizar la toma de decisiones autónoma debe haber dos tipos de libertad para el individuo. Se califica a una voluntad autónoma cuando es libre en sentido negativo o positivo.

Por libertad negativa se entiende la libertad con la que cada individuo cuenta para decidir si tiene que actuar o dejar de actuar por voluntad propia ante ciertas circunstancias de la vida cotidiana, sin la persuasión u obstaculización de terceros (Carbonell, 2008).

Por otro lado, la libertad positiva se entiende como la posibilidad de alcanzar y realizar las acciones previamente decididas, pero, contraria a la libertad negativa en la cual no hay influencia de factores externos, con la existencia de un control personal que permita al individuo ejercer su libertad sin dañar la libertad de otras personas con el fin de lograr una convivencia en armonía.

En el caso de la libertad positiva, la racionalidad y la moralidad con las que se toman las decisiones son cualidades elementales e insustituibles que conforman una conducta autónoma, donde el individuo puede elegir ser la persona que quiera ser, analizando de manera crítica, como el mejor juez que puede ser, sus propios deseos. Por tanto, sólo merecen ser denominados autónomos los individuos racionales con la capacidad de vincular sus elecciones y conductas con criterios de moralidad que han sido aceptados de manera racional (Puig, 1995).

En este sentido, la autonomía se relaciona con la capacidad del individuo para escoger los fines apropiados, con la coherencia en su compromiso con ellos y con la consistencia con la que emplee los medios más apropiados, para que las decisiones y acciones de autonomía y el compromiso con fines libremente escogidos adquieran una dimensión calificada como moral se requiere ir un paso más allá, que supone en el individuo la voluntad de comprobar la compatibilidad de los fines escogidos con pautas de imparcialidad y con criterios éticos ligados con el reconocimiento del resto de los sujetos igualmente libres y autónomos (Papacchini, 2000).

Por tal motivo se hace necesario enfatizar que el ejercicio de la autonomía supone para el individuo una búsqueda de la integridad y autenticidad, una lealtad a los principios que han sido libremente adaptados junto con la tendencia a adecuar la conducta a valores arraigados en el carácter y considerados parte esencial de la personalidad del individuo.

Es con el propósito de establecer una relación coherente entre valores, disposiciones, actitudes y creencias que el sujeto busca una autenticidad que tiende a plasmar en opiniones, ideales, fines y valores, reflejo de un sello inconfundible de la personalidad (Papacchini, 2000).

Así mismo, la autonomía moral no solamente es la fidelidad a los fines escogidos o la independencia a influencias ajenas, también se trata de una exigencia de

universalidad y una norma ética que obligue al individuo a reconocer a los demás sujetos con igualdad de autonomía y de voluntad.

Del mismo modo, la libertad del ser autónomo no permite una deliberación centrada únicamente en los intereses particulares del individuo -incluidos los intereses particulares, apetencias y pasiones-, ya que, este proceso también implica apertura al diálogo para que este pueda extender su máxima particular a otros, distinguiendo a la autonomía moral de una actitud opuesta como la de un sujeto autoritario, el cual coloca barreras ante la libre circulación de información que pone en peligro su fidelidad obsesiva y excluyente solamente a autoridades legales o doctrinales (Papacchini, 2000).

Así, la libertad hace al individuo responsable de verificar que sus deseos sean compatibles con los deseos de libertad de los demás, aunado al respeto que merecen como agentes morales.

Por otro lado, se deben tomar en cuenta las condiciones en torno a una toma de decisión estrictamente moral y lo que resulte de esta interacción. El punto de vista moral es la superación del punto de vista egocéntrico, para llegar a un nivel de deliberación desinteresado e imparcial; como se comentó en párrafos anteriores, el individuo autónomo se caracteriza por su fidelidad a un ideal que se convierte en un sello inconfundible, presente en cualquier actividad o trabajo o en las tomas de decisiones morales con resoluciones difícilmente encontradas en los principios generales universales.

Es en los conflictos de la vida cotidiana que el individuo tendrá que apelar a la responsabilidad plena de sus elecciones que, ante una ausencia de principios universales, deberá guiarse por el criterio más objetivo y el que logre demostrar coherencia con la autenticidad del individuo (Papacchini, 2000).

Partimos de la idea de la libertad positiva como un ideal y un derecho de todo individuo con la capacidad de llevarla a cabo (Rawls, 1993) por lo tanto, implica una serie de elementos normativos como que el individuo tenga el total control sobre el desarrollo de su existencia y que conserve coherencia en sus planes de vida y lo que considere parte de su autenticidad.

También se le exigen juicios de valor en las máximas que decida como las que regirán su vida, llevándolas a cabo de manera imparcial y universal; y la toma de decisiones basadas en el dictado de la conciencia individual cada que un dilema moral se presente.

Estas exigencias también resultan comprensivas en cuanto a los límites de la acción, ya que el individuo puede sentirse obligado a abstenerse de una decisión o acción determinada por la necesidad de conservar coherencia entre sus principios, su vida y fidelidad a las elecciones previas.

Por último, un individuo será considerado autónomo o con un nivel superior de autonomía cuando pueda analizar de manera crítica todas sus preferencias y



deseos, siempre que coincidan con criterios de coherencia o principios éticos, logrando con esta armonía que la sociedad se vea obligada a priorizar el respeto a los individuos autónomos de acuerdo a su grado de aceptación hacia una conducta considerada como racional o moralmente correcta.

Defensores de teorías comunitaristas advierten que la autonomía moral fragmentaría lazos sociales presentes en la acentuación del sujeto autónomo, así mismo, ponen de manifiesto la escasa utilidad que una apelación a la autonomía podría aportar a un dilema moral, estipulando que la comunidad y la tradición serían fuentes a las que se les debe otorgar mayor importancia que a la razón, puesto que le ofrecerían al individuo una orientación más clara frente a situaciones que no puedan resolverse con los principios universales básicos, además, califican las decisiones del agente moral autónomo como un sujeto vacío y aislado, desligado de los valores socialmente compartidos por la comunidad en que se encuentra integrado.

Considerando que, debido a la importancia que tiene el sentido de pertenencia e integración, la lealtad hacia la comunidad tiene mayor peso que la lealtad hacia uno mismo, la autonomía constituye un valor que debe ceder frente a los intereses superiores de la comunidad y, por tanto, puede ser sacrificada cuando se encuentren en juego los lazos sociales.

Si bien es cierto que la comunidad constituye la clave y garantía de la moralidad, es la razón individual la que tiene funciones como descifrar el correcto uso y aceptación

de los códigos normativos de la propia comunidad con el fin de comprender los valores y preceptos que reinan en costumbres y tradiciones de la misma.

En un mundo donde las esferas políticas, éticas o religiosas marcan sus límites y en donde el avance de la tecnología y la ciencia se ha multiplicado a pasos agigantados, todos ellos marcados por una convivencia social que exige tolerancia a la pluralidad, se debe vislumbrar el alcance de la autonomía moral, como el resultado de un proceso deliberativo que se convierte en guía para el individuo que se enfrenta a los dilemas y conflictos que surgen cada que su dignidad se ve trastocada.

Es debido a la versatilidad con la que se maneja la autonomía moral, que ha tenido una influencia considerable en la ética y que puede invocarse en cualquier debate que se refiera a situaciones que conlleven a dilemas morales que invoquen a la discusión temas como la autodeterminación, la libre elección, autenticidad o independencia (Piper, s.f).

De dichos dilemas resulta necesario destacar aquellos relacionados con el ejercicio profesional de la salud, particularmente la participación o no en la práctica de abortos, que para fines de esta tesis se abordará a partir de la autonomía de las pacientes y la autonomía y objeción de conciencia del personal médico,

La autonomía moral como fundamento de la toma de decisiones se encuentra presente en debates bioéticos en torno a la objeción de conciencia. Ya sea para

argumentar las razones por las que una persona pueda considerar necesario practicarse un aborto o las razones por las cuales un médico elige practicarlo o desistir de ello.

La autonomía moral tomará particular relevancia en aquellos casos en los que el marco jurídico determine la obligatoriedad de los individuos a realizar determinados procedimientos que entran en la consideración de disyuntiva ética mediante actos coercitivos y no por libre voluntad de los mismos, silenciando con ello, el proceso deliberativo que ha llevado a cada persona a generar una autonomía moral.

Es debido a esto que, siempre y cuando esta sea compatible con la libertad de los demás, se debe analizar entonces, si el ejercicio de la objeción de conciencia, producto de la autonomía moral, implica una libertad o, por el contrario, implica barreras para la libertad de los demás (Gamboa y Poyato, 2020).

## Referencias

*Autonomía del paciente & Consentimiento informado*. (2016, octubre 7). Ethics Unwrapped. <https://ethicsunwrapped.utexas.edu/case-study/patient-autonomy-informed-consent?lang=es>

Autonomy. (s/f). Recuperado el 3 de junio de 2021, de Utm.edu website: <https://iep.utm.edu/autonomy/>

Autonomy: Normative. (s/f). Recuperado el 3 de junio de 2021, de Utm. Edu website: <https://iep.utm.edu/aut-norm/>

Asamblea General de la ONU. (1948). Declaración Universal de los Derechos Humanos (217 [III] A). Paris.

Barbarosch, E. (2013). La libertad positiva y la libertad negativa. En *Teorías de la justicia y la metaética contemporánea* (pp. 81–86). Departamento de Publicaciones de la Facultad de Derecho y Ciencias Sociales de la Universidad de Buenos Aires.

Barroso, G., & Ibarra, P. (2018). Derechos humanos reproductivos, una mirada hacia el futuro. In P. Capdevielle, & M. D. E. J. Medina (Eds.), *Bioética laica Vida, muerte, género, reproducción y familia* (Ed. rev., pp. 241–249). Ciudad de México, México: Instituto de investigaciones jurídicas UNAM.

Cruz, J. A. (2018). Derechos reproductivos como derechos humanos. In P. Capdevielle, & M. D. E. J. Medina (Eds.), *Bioética laica Vida, muerte, género, reproducción y familia* (Ed. rev., pp. 249–261). Ciudad de México, México: Instituto de investigaciones jurídicas UNAM.

De Filosofía y Teoría Política, R. (s/f). John Rawls, Sobre las libertades. Barcelona, Paidós (pensamiento contemporáneo), 1990. Recuperado el 5 de junio de 2021, de Edu.ar website: [http://www.memoria.fahce.unlp.edu.ar/art\\_revistas/pr.4392/pr.4392.pdf](http://www.memoria.fahce.unlp.edu.ar/art_revistas/pr.4392/pr.4392.pdf)

‘Dos conceptos de libertad’, de Isaiah Berlin. (s/f). *Ámbito Jurídico*. Recuperado el 21 de abril de 2022, de <https://www.ambitojuridico.com/noticias/administrativo-y-contratacion/dos-conceptos-de-libertad-de-isaiah-berlin>

*El principio de autonomía: una nueva perspectiva. Material de Bioética. Unidad de Humanidades y Ética Médica - Unidad de Humanidades y Ética Médica.* (s/f). Unidad de Humanidades y Ética Médica. Recuperado el 27 de abril de 2022, de <https://www.unav.edu/web/unidad-de-humanidades-y-etica-medica/material-de-bioetica/el-principio-de-autonomia-una-nueva-perspectiva>

Ferrer, J. J., Lecaros, J. A., & Molins, R. (2005). El principialismo. En *Para fundamentar la bioética. Teorías y paradigmas teóricos en la bioética contemporánea* (pp. 122–129). DESCLÉE DE BROUWER, S.A.

*Fundamentación de la metafísica de las costumbres (Grundlegung zur Metaphysik der Sitten) traducción de Manuel García Morente y Juan Miguel Palacios. Editorial Tecnos (p. 78).*

Gamboa, F. M., & Poyato, J. M. (2020). La objeción de conciencia de los profesionales sanitarios. *Gaceta Sanitari*, 35(4), 358–360. <https://doi.org/10.1016/j.gaceta.2020.05.014>

- Morales, O. B. (s/f). *Comité de ética en investigación*. Sitio Web del Comité de ética en investigación. Recuperado el 27 de abril de 2022, de <http://incmnsz.mx/opencms/contenido/investigacion/comiteEtica/eticaateccionmedica.html>
- Ortiz, G. (2018). Aborto y objeción de conciencia. En P. Capdevielle, & M. D. E. J. Medina (Eds.), *Bioética laica Vida, muerte, género, reproducción y familia* (Ed. rev., pp. 265–283). Instituto de investigaciones jurídicas UNAM. Ciudad de México, México.
- Papacchini, A. (2000). El porvenir de la ética: la autonomía moral, un valor imprescindible para nuestro tiempo. *Revista de estudios sociales*, 32–49.
- Pellegino', E. D. (1990). *L A RELACIÓN ENTRE LA AUTONOMÍA Y LA INTEGRIDAD EN LA ÉTICA MÉDICA*'. Paho.org. Recuperado el 27 de abril de 2022, de <https://iris.paho.org/bitstream/handle/10665.2/16838/v108n%285-6%29p379.pdf?sequence=1&isAllowed=y>
- Puig Rovita, J.M. (1995). Construcción dialógica de la personalidad moral. *Revista Iberoamericana de Educación*, 8, 103-120.
- Sepúlveda, M. G. (2003). Autonomía moral: Una posibilidad para el desarrollo humano desde la ética de la responsabilidad solidaria. *Revista de Psicología*, 12(1), 27–35. <https://www.redalyc.org/articulo.oa?id=26400102>
- Serrano, E. (2014, mayo). ¿Libertad negativa vs libertad positiva? *Andamios*, 217–241.
- Siurana Aparisi, J. C. (2010). Los principios de la bioética y el surgimiento de una bioética intercultural. *Veritas (Valparaíso. Impresa)*, 22. <https://doi.org/10.4067/s0718-92732010000100006>
- Sogi, C., Zavala, S., Cárdenas, M., & Delgado, A. (2012). Autonomía del paciente y toma de decisiones en salud: conocimiento en internos de medicina - 2010. *Anales de la Facultad de Medicina (Lima, Peru : 1990)*, 73(1), 19. <https://doi.org/10.15381/anales.v73i1.805>

# OBJECCIÓN DE CONCIENCIA

## **Definición**

La objeción de conciencia se debe tratar desde el marco conceptual de la conciencia, misma que puede definirse como un juicio de carácter reflexivo que es llevado a cabo por cada individuo con el fin de distinguir de manera interior entre las acciones que califica como correctas o incorrectas, las acciones que diferencia entre buenas y malas o las que califica como honestas o deshonestas; así mismo, esta conciencia brinda la oportunidad de distinguir entre una conducta ética y moral de la inmoral y la contraria a la ética. La función de la conciencia es designar los principios éticos últimos de los individuos, mismos que, desde que creen en ellos, los consideran como obligatorios (Martínez, 2007).

El origen de la conciencia individual tiene diversas concepciones, puede venir de una autoridad que sobrepasa los límites del razonamiento humano como un Dios, o la naturaleza; sus orígenes también pueden remontarse a la razón o a la individualidad humana y su flujo de apreciación tan constante y universal no la reducen a un deseo o capricho humano.

Entre sus semejanzas se le puede atribuir una esencia parecida a la ley debido a que no es un pensamiento subjetivo que puede abarcar toda ocurrencia, capricho o pensamiento fantástico, sino una decisión adoptada con toda seriedad en la lucha por el conocimiento de lo éticamente justo; obligando al creyente, por ende, a establecer su presencia con obligatoriedad en sus actos voluntarios del día a día, producto de un espacio racional y dialógico personal, que es necesario defender con responsabilidad, dando razones válidas a uno mismo y a los demás que tengan coherencia con las propias convicciones (Martínez, 2007); es debido a esto, que los individuos se desarrollan con bienestar cuando actúan de acuerdo con ella y que, en modo contrario, se sienten intranquilos cuando no siguen sus preceptos.

Es entonces que la objeción de conciencia se define como la negativa de una persona a cumplir con un procedimiento en el marco de servicios de salud al considerarlo incompatible con sus convicciones fundamentales (Cancino et al., 2019). Es el epítome de la confrontación entre las obligaciones establecidas por el derecho y los juicios de carácter reflexivo del individuo.

Este concepto se basa en el reconocimiento del derecho a la libertad de conciencia que tiene todo ser humano, como lo proclama la Declaración Universal de los Derechos Humanos en el artículo 18: “Toda persona tiene derecho a la libertad de pensamiento, de conciencia y de religión” entendiéndose por esta declaración que, al tener derecho a la libertad de conciencia, ningún estado puede obligar a un ser humano a llevar a cabo acciones que sean consideradas por el mismo como un mal grave y discordante con sus juicios de carácter reflexivo (França, 2013), esta

premisa refleja un pluralismo en las sociedades que engloban la convivencia de diversas concepciones del mundo, con el propósito de encontrar ajustes razonables a la ley cuando hay una percepción del sentimiento de carga desproporcionada por una persona frente al cumplimiento de un deber (González y Melo, 2016).

La objeción de conciencia ha encontrado un amplio escenario de posibilidades en el ámbito de la atención en salud debido a situaciones que presentan consideraciones dilemáticas como, el inicio y final de la vida, transfusiones sanguíneas, trasplante de órganos, temas cuyas posturas a favor o en contra han provocado diversas vertientes en la relación médico paciente, misma que se ve influenciada por otros temas de índole social, religioso, económico y de carácter público, enfrentando a las personas la toma de decisiones que traen consigo conflictos morales con resoluciones poco sencillas (Cancino et al., 2019).

En el ámbito de la ética, la objeción de conciencia se interpreta como un conflicto de valores que llevan al profesional de la salud a una confrontación de dos deberes: el de la fidelidad a sus propias creencias y el respeto de las decisiones de los pacientes o superiores jerárquicos, la obediencia a las normas o reglamentos internos y el reconocimiento de los derechos de los pacientes (Gamboa y Poyato, 2020).

Es debido a esto que se desarrollarán en los siguientes apartados las características que la objeción de conciencia debe cumplir para ser válida, los límites y alcances en torno a la misma, se hará un breve análisis de la objeción de conciencia en el



ámbito médico y cómo se percibe en una relación médico paciente y se remarcará su situación actual en México para finalizar con una reflexión en torno a la ponderación de los derechos de ambas partes al momento de tomar una decisión que rijan el curso de la enfermedad adaptada en el marco del aborto.

### **Diferencias entre objeción de conciencia y desobediencia civil**

Una manera de llegar a una reflexión en torno a la objeción de conciencia es diferenciarla de otros fenómenos de resistencia a las legislaciones, como la desobediencia civil.

La desobediencia civil es una forma de protesta contra las leyes percibidas como injustas mediante manifestaciones diversas e incumplimientos que pueden derivar en castigos o arrestos.

En este hilo de pensamiento, la desobediencia civil tiene como objetivo cuestionar las leyes establecidas o políticas públicas con el fin de modificarlas y así generar un cambio social, al contrario de la objeción de conciencia en la que el individuo restringe su práctica a ciertas situaciones que, si bien no son poco frecuentes, son puntuales y cuya finalidad es mucho más limitada que la desobediencia civil -ya que su objetivo es preservar la integridad de la conciencia de la persona ante un deber legal que le parece en contradicción con sus principios fundamentales-; es así que la persona que acude a una objeción de conciencia no busca que una norma o

política pública desaparezcan o sufran modificaciones, sino que desea ser eximida de su cumplimiento sin tener consecuencias legales.

Es entonces que, contrario a la desobediencia civil, la objeción de conciencia es un actuar privado, ya que no desea generar efectos políticos (Cancino et al., 2019). Para ejemplificar estas diferencias un prestador de servicios de salud puede estar de acuerdo con la interrupción legal del embarazo, pero puede hacer uso de la objeción de conciencia en ciertos casos -abortos recurrentes, uso del procedimiento como método de planificación familiar- que le parecen, previo juicio reflexivo, moralmente incorrectas (Altisent et al., 2008).

A este respecto, se entiende la diferencia de estos dos conceptos por las siguientes particularidades (Lee et al., 2006):

1. La desobediencia civil, a diferencia de la objeción de conciencia, no es reconocida jurídicamente.
2. Mientras que la objeción de conciencia está dirigida hacia un deber jurídico, una práctica administrativa o una política pública; la desobediencia civil se dirige hacia una institución, ley o política.
3. El objetor solicita una excepción a la ley en tanto se ajuste a su situación personal, mientras que la desobediencia civil apela a cambios o aboliciones de la ley.

4. La desobediencia civil es un acto de carácter colectivo, a diferencia de la objeción de conciencia la cual se inclina hacia un comportamiento de carácter individual.
5. La objeción de conciencia se basa en principios de carácter religioso, ético o filosófico; mientras que la desobediencia civil se basa en conceptos de carácter político.

Se concluye entonces, que la objeción de conciencia es disruptiva al momento de entrar en conflicto con la norma estipulada, es expresa en el sentido en que se manifiesta para obtener una derogación en el ejercicio profesional y es privada ya que no pretende eliminar la norma rechazada del ordenamiento jurídico, sino que el objetor de conciencia busca ser excusado del cumplimiento de la norma (Cancino et. al., 2019).

Es debido a las características comentadas con anterioridad que esta manifestación debe cumplir con ciertos criterios para poder ser reconocida como una legítima objeción de conciencia y no recaiga en una excusa para devenir en un proceso de desobediencia civil.

### **Criterios de la objeción de conciencia**

La objeción de conciencia, aunque cuenta con particularidades que la distinguen de la desobediencia civil, implica una clase de desobediencia jurídica debido a una desobediencia del objetor en virtud de sus imperativos -sean éticos, filosóficos o religiosos- mismos que imponen la abstención al cumplimiento de las leyes que, en

principio se esperaría que sean cumplidas sin ninguna clase de impedimento. Esta manifestación, en caso de ser llevada a cabo, deberá cumplir con los siguientes criterios (Lee et al., 2016):

- La objeción de conciencia tiene que ser de carácter individual, resultando de un conflicto interno del sujeto sobre cualquier pretensión de repercusión social, es decir, alguien que se encuentra sujeto a una obligación legal o contractual y que, mediante esta, se encuentre obligado a ejecutar un acto en contra de su conciencia (Távora, 2017).
- Tiene que ser el resultado de la naturaleza personal del acto de la conciencia para cada sujeto, por ende, exige ser una manifestación de título personal, excluyendo con esto, a una invocación por terceros.
- El móvil de la objeción, tienen que ser los imperativos doctrinales del individuo, además el objetor no tiene permitido caer en el deseo de influir en la opinión pública o en la modificación de leyes, tampoco debe obstaculizar la decisión de la mayoría. Implica solamente la remisión del cumplimiento de una obligación legal o contractual.
- Tiene que ser formalizada públicamente ante comisiones como las de ética, investigación o bioseguridad y órganos internos de control de las instituciones en las que se encuentre laborando el objetor de conciencia.
- Exige que las creencias utilizadas para justificar la omisión se encuentren bajo el ámbito de la protección, es decir, que estén debidamente reguladas en el ámbito legal de un país y este reconozca el derecho de

libertad de conciencia con el involucramiento de la objeción de conciencia (Távora, 2017).

- El incumplimiento debe ser resultado solamente de los valores más íntimos del objetor, no de una simple mención de la doctrina con el fin de evitar cumplir la obligación; para esto, se tiene que demostrar que el objetor siempre ha actuado bajo la fiel creencia a ese dogma, llevándolo a la práctica con consistencia.
- El objetor puede ampararse en su autonomía moral cada vez que no transforme a otras personas en objetos o medios para llegar a la satisfacción de su deber de conciencia como fin último, con esto, se enfatiza que el objetor está legitimado para incumplir un deber jurídico que se contrapone con su conciencia, pero no puede lesionar los derechos ajenos, obligarlos a compartir sus valores o utilizar a los demás como instrumentos (Távora, 2017).

La suma de los criterios indica que nadie puede ser obligado a actuar en contra de su conciencia, siempre y cuando esta objeción no traspase los derechos de terceras personas que podrían verse afectadas por dichos juicios personales; es así que se establecen ciertos límites en torno a la objeción de conciencia como los que se mencionan a continuación.

## **Límites de la objeción de conciencia**

Es importante distinguir que, el hecho de que un acto sea exigido en conciencia no implica que sea justo o que el resto de los individuos deban aprobar las convicciones del agente o incluso permitir que la objeción en concreto tenga lugar en todos los casos. Cuando las personas objetan, lo que la sociedad quiere saber es si los actos son moralmente adecuados o justificables más que darle un adjetivo moral al objetor (Martínez, 2007).

Con un mayor enfoque en la objeción de conciencia en el área de la salud, en donde las responsabilidades son aún mayores debido a la afección a terceros que puedan tener las decisiones del personal de salud objetor, la objeción de conciencia debe contenerse dentro de límites que eviten obstaculizar la atención sanitaria.

Reiterando que la objeción de conciencia deriva del derecho a la libertad de conciencia, creencias y religión, es reconocida como un derecho de carácter individual, por ende, no puede ser ejercido por una institución; la restricción aumenta cuando son instituciones públicas o que tengan una financiación pública, ya que están obligadas a proporcionar los servicios y prestaciones estipuladas por el sistema de salud.

También se debe recordar que, debido a la naturaleza pasiva de la objeción de conciencia, independiente a la omisión que el mandato doctrinal que a los servidores

de salud exija, se exige al objetor de conciencia brindar información veraz e integral y referir a los pacientes con un prestador de servicios en salud no objetor, dispuesto a atender las solicitudes del paciente, o bien, se puede referir al mismo a otra institución que garantice la atención (Távora Orozco, 2017).

Caso contrario, cuando el objetor sea el único profesional con la capacidad de brindar el servicio y la referencia oportuna a otra institución se vea imposibilitada, o cuando el paciente presente una situación clínica que haga necesaria la atención urgente, el prestador de servicios en salud debe cumplir la obligación última de proteger la vida o la salud de los pacientes, tal como lo estipula el Colegio Médico de Uruguay

“La Objeción de Conciencia es un derecho humano fundamental cuya plena vigencia expresa la salud democrática de un país y cuyo ejercicio debiera llevarse a cabo con plenitud, pero sin lesionar otros derechos humanos fundamentales... Lo precedente equivale a afirmar que la Objeción de Conciencia no es un derecho absoluto, sino que encuentra sus limitaciones toda vez que pueda vulnerar los derechos de otras personas y que ante la presentación de Objeción de Conciencia por determinado profesional, el paciente tiene el derecho de llevar adelante su decisión y el sistema la obligación de asegurárselo” (Declaración CMU, 2013).

De manera adicional, los centros sanitarios, ante la exigencia de no reconocerse como objetores de conciencia, están obligados a proporcionar los servicios y prestaciones en respuesta a las necesidades de sus pacientes y miembros de la

comunidad a la que sirven, asegurando con ello accesibilidad a cuidados competentes (Martínez, 2007).

### **Objeción de conciencia en medicina**

Existen momentos en los cuales las decisiones médicas pueden convertirse en juicios o dilemas morales que requieren un análisis detallado de los valores que intervienen en los conflictos correspondientes al ámbito profesional. Estos planteamientos enriquecen el marco de la objeción de conciencia, pues en él entran en juego principios relevantes como la libertad religiosa, la obligatoriedad de disposiciones legales o administrativas, y el deber razonable que tiene todo individuo a seguir los dictados de su conciencia, de tal manera que no se actúe nunca en contra de ella. (Lee et al., 2006).

En estos casos, la decisión debe tomarse con libertad, pero siempre considerando de qué manera esa decisión afectará a las demás personas. Esta decisión, producto de la encrucijada entre la conciencia y la práctica, es capaz de orientar al profesional hacia una objeción de conciencia médica (Távora, 2017).

Se entiende por objeción de conciencia médica la decisión individual que toma un profesional de la medicina para dejar de realizar un acto médico científico y legalmente aprobado según la *lex artis* medica, aduciendo la transgresión que dicho acto médico hace a su libertad de pensamiento, conciencia o religión (Santillán, 2018).



Al igual que en la objeción de conciencia, las convicciones que incitan al médico a manifestar la no obediencia de las normas pueden ser religiosas, éticas o filosóficas, entendiendo que tanto los médicos creyentes de alguna doctrina religiosa como los no creyentes, pueden enfrentarse a un dilema de conciencia al momento de tener que cumplir con alguna obligación legal que consideren disruptiva con la capacidad de toma de decisiones autónomas de los individuos, reiterando con esto, que la objeción de conciencia en medicina tampoco es una opinión superficial o cambiante (Cancino et al., 2019).

En el ámbito médico, la decisión del objetor de conciencia puede generarle situaciones conflictivas con los pacientes que estén solicitando la atención, con sus colegas o su superior jerárquico, escalando así hasta las autoridades gestoras.

Para evitar este tipo de conflictos, se debe considerar que cuando un médico afirma que no puede llevar a cabo un procedimiento clínico está percibiendo lo que se le ordena más allá de un acto falto de ética; se encuentra afirmando que su integridad como individuo está en juego, lo cual debe traer tres puntos a la reflexión:

1. El profesional de la salud también tiene principios establecidos;
2. Estos principios establecidos son parte de su autoconcepción o identidad personal;

3. Al verse obligado a participar en ciertas prácticas entraría en conflicto con los principios con los que se auto concibe como individuo con una identidad (Gamboa y Poyato, 2020);
4. La objeción de conciencia es una muestra del pluralismo ético y una acción de gran dignidad cuando las razones aducidas son serias, sinceras y constantes.

Es por estas razones que la objeción de conciencia es el último recurso en defensa de la conciencia del profesional, es una manifestación hacia los actos que rechaza hasta el punto en el que someterse a lo que se le pide equivaldría a traicionar su propia identidad y con ello su dignidad (Gamboa y Poyato, 2020).

Los motivos por los cuales se reconoce la apelación a la conciencia del personal sanitario son alimentar, animar y promover la integridad moral de los mismos, además, los valores éticos establecidos sobre los que se basan, corresponden con los valores establecidos en la profesión médica (Gamboa y Poyato, 2020).

Pero, aún cuando las apelaciones a la conciencia tienen su propio peso moral, la objeción de conciencia, como se mencionó en apartados anteriores, se trata solamente al rechazo de ciertas acciones y que para nada tiene que ver con el rechazo a las personas, es por esto que el médico objetor, aunque se haya manifestado y abstenido a realizar el procedimiento objetado, está obligado, y sobre todo en caso de urgencia, a prestar cualquier otra atención médica, ya sea

anterior o subsiguiente a la persona que se somete a la intervención objetada, tal es el caso de las complicaciones por un aborto no seguro (Muñoz, 2010).

Como se ha mencionado, un acto de omisión no puede ser llevado a cabo sin límites debido a los conflictos que puede provocar, entre estos la relación terapéutica no es una relación única y estática sino un encuentro complejo y progresivo, en el que el médico o el paciente pueden adoptar diferentes roles, dependiendo de factores como el tipo de enfermedad, el tipo de organización de salud, o las conductas normativas y las expectativas sociales (Lee et al., 2006).

En su inicio, la actividad médica encontraba sus sustentos en el modelo paternalista donde el médico era referente de autoridad ante el paciente, imponiendo su criterio y ejercicio profesional, sin tomar en cuenta las consideraciones del paciente (Montoya, 2014).

En la actualidad, se ha dejado atrás el esquema paternalista para apoyar la relación médico-paciente en un esquema contractualista, ahora son dos partes en las cuales debe regir un equilibrio posicional, cuyos ejes de acción son el consentimiento informado y la autonomía, en donde el médico no impone sus criterios en totalidad, sino que llega al consenso con los pacientes (Montoya, 2014).

Es justamente en esta relación actual que la objeción de conciencia crea sus cimientos, ya que, en este nuevo orden dialógico se abre una confrontación de dos

conciencias, respecto a un bien trascendental: la concepción de la vida y su sistema de valores, mismos que imperan en el fin último de la identidad personal.

Es en este punto que el ejercicio de la objeción de conciencia en medicina también se puede traducir a una manifestación de la autonomía como ejercicio de la libertad en ambos extremos de la relación: por parte del médico libertad de prescripción y por parte del paciente, libertad terapéutica; ambas partes siendo protegidas por la objeción de conciencia como derecho de todo individuo -con el fin de evitar conflictos, discriminación o represalias injustas- así como una aseveración de que no se trata de un pretexto para que alguna de las partes no cumpla con sus deberes (Lee et al., 2006).

Sin embargo, como se desarrollará a lo largo del capítulo, sería grave omitir las implicaciones sobre terceros que tiene la objeción de conciencia médica, en especial a los pacientes; por tal motivo, la objeción de conciencia médica debe ser gobernada por imperativos rígidos tales como los criterios que en breve serán desglosados, para convertirse en una herramienta más de convivencia que de omisión (Montoya, 2014).

En este marco de ideas, las objeciones surgirán en la elección de medios para el cuidado de la salud y, de esta manera, el paciente podrá objetar ante las opciones terapéuticas, ya sea por la falta de confianza que le inspire el personal de salud o por convicciones propias; y el médico también podrá objetar en alguna de las medidas solicitadas por el paciente, siempre y cuando éste no se encuentre en una

situación que amerite atención urgente, ante normas prescritas en las leyes o exigencias de instituciones de salud (Lee et al., 2006).

### **Objeción de conciencia en México**

Históricamente, la objeción de conciencia médica ha sido utilizada para justificar la negación de servicios en torno a dilemas derivados de creencias personales de las y los profesionales de salud, tales servicios han abarcado casos como transfusiones sanguíneas, experimentación con animales o atención de la salud sexual y reproductiva, en específico la repartición de métodos anticonceptivos, administración de anticoncepción de emergencia, esterilización y asistencia en la terminación voluntaria de un embarazo.

Cuando la objeción de conciencia no cuenta con límites suficientes y claros, el uso de este derecho se convierte en una de las principales barreras de acceso a servicios seguros y eficaces, deviniendo en limitaciones para el ejercicio de los derechos de las y los pacientes (Ipas, 2020).

En México, la Constitución Política de los Estados Unidos Mexicanos reconoce en el artículo 24 las libertades de conciencia y de religión, estableciendo que toda persona tiene derecho a la libertad de convicciones éticas, de conciencia y de religión, y a adoptar la de su agrado, protegiendo la decisión de las y los mexicanos de abstenerse a practicar o ser obligados a involucrarse en prácticas cuya ejecución vaya en contra de sus convicciones éticas y morales, mismas cuyas prácticas no

deben ser prohibidas por agentes que no sean afines a las mismos (Cancino et al., 2019) y siempre y cuando estas convicciones no susciten delitos o faltas penadas por la ley.

Por otra parte, desde el año 2018 el derecho a la objeción de conciencia del personal médico y de enfermería se encuentra reconocido en el artículo 10 BIS de la Ley General de Salud como una prerrogativa individual a la que puede apelar el personal médico y/o de enfermería perteneciente al Sistema Nacional de Salud (Ipas, 2020) llegando así a excusarse de participar en la prestación de servicios que establece la ley, no así cuando la vida del paciente corra riesgo o exista una urgencia médica.

No obstante, en junio del año 2021, la Comisión Nacional de los Derechos Humanos promovió una acción de inconstitucionalidad 54/2018 ante la Suprema Corte de Justicia de la Nación, resaltando que los alcances y límites de este ejercicio resultan poco claros y concretos (Cruz et al., 2021), deviniendo en la vulneración del derecho a la protección de la salud de los ciudadanos, creando así, barreras de acceso que aumentan el riesgo de daño a la salud o incluso la vida de los pacientes cuando se trate de una urgencia médica.

Es así que el 20 de septiembre de 2021, ministros de la Suprema Corte de Justicia de la Nación invalidaron el artículo 10 BIS de la Ley General de Salud por no establecer límites claros en torno a la objeción de conciencia en el personal de salud (Ipas, 2020) al parecer una acción ilimitada, abierta y sin lineamientos.

Con esta declaración, la Suprema Corte de Justicia de la Nación no deja de reconocer el derecho a la objeción de conciencia en el personal de salud, sino que exige a la Cámara de Diputados LXV legislatura la creación de lineamientos que ayuden a esclarecer los alcances y límites de la objeción de conciencia en el personal de salud para que no se interpongan con el derecho de las personas a tener un libre acceso a los servicios de salud de manera inmediata, enfatizando de esta manera que la incorporación del derecho a ejercer la objeción de conciencia en la Ley General de Salud es una acción tanto válida como correcta (Forbes, 2021).

En febrero del 2022 la Comisión de Salud de la Cámara de Diputados LXV legislatura convocó al parlamento abierto en materia de objeción de conciencia para recibir propuestas que orienten al Congreso en la regulación del artículo 10 BIS con el fin de garantizar los derechos del personal médico y de enfermería para que puedan hacer uso de la objeción de conciencia en tanto que a los usuarios se les garantice el derecho a la salud, creando una serie de reflexiones que invitan a remarcar la seriedad del tema desde una visión que coloque a la objeción de conciencia como un derecho que va más allá de la negativa a realizar una acción determinada, sobre todo cuando tiende a intersectar con otros derechos, por lo que se deben considerar en totalidad las múltiples perspectivas que convergen en el tema de interés, creando así una línea de oportunidad para establecer una legislación cuyos lineamientos permitan al personal de la salud ejercer su derecho a la objeción de conciencia mientras que los pacientes ejerzan su derecho a la salud (Pintos, 2022).

## **La objeción de conciencia en torno al dilema médico-paciente**

La relación médico paciente es una interacción que resulta en decisiones que rigen aquellas acciones médicas, las cuales se llevarán a cabo en el curso de la prestación de servicios en salud con el objetivo de la mejora de los pacientes.

Toda interacción que ocurra entre médicos y pacientes es aquella en la que dos personas cuyas convicciones tanto éticas como filosóficas o religiosas se ven trastocadas, creando conflictos en una relación que en sus inicios históricos fue llevada a cabo de un modelo hipocrático-paternalista clásico y que hoy en día es una interacción basada en sistemas participativos cuyo objetivo es la toma de decisiones y el respeto por la autonomía del paciente (Santillán, 2018), mismo que establece la forma en la que su enfermedad tomará un curso.

De esta manera, cuando un paciente no está de acuerdo con el tratamiento sugerido, a pesar de ser afectado por dicha decisión, tiene derecho absoluto a rechazarlo; dicha decisión, aunque genera sensaciones tales como inquietud o molestia en el personal médico, debe ser, por deber legal, respetada por el personal de salud (Santillán et al., 2003).

Caso contrario, cuando el médico tiene la intención de hacer notar sus convicciones éticas y religiosas mediante el uso de la objeción de conciencia, trasgrede a la otra parte de la relación, aquella parte vulnerable cuyos derechos y necesidades se ven



infringidos ante la necesidad del médico de defender su postura moral contra la exigencia que le es impuesta en el ejercicio profesional, lastimando sus propios intereses (Santillán et al., 2003).

Es así que la objeción de conciencia genera un notorio conflicto de intereses que, debido al delicado desbalance de poder cuyas consecuencias vulneran la vida de los pacientes (Santillán, 2018) y -de no llevarse a cabo- los intereses de los médicos, no debe reducirse a ser aceptada o ser rechazada; es por ello indispensable una reflexión que permita un balance entre dos personas con convicciones y capacidad de elegir el curso de su vida.

Partiendo de la dignidad como fundamentación de la autonomía moral y del reconocimiento de la empatía para solucionar dilemas de esta índole, la toma de decisiones basadas en la autonomía moral debe estar enmarcada en la libertad de conciencia, responsabilidad en la toma de decisiones y en la responsabilidad de las consecuencias que dichas decisiones traerán consigo (Hincapie, 2022).

En virtud del reconocimiento del personal de salud y de los pacientes como personas con autonomía moral y con dignidad humana, partiendo de la tensión que existe entre la decisión del paciente a elegir un curso de acción que mejore su padecimiento- para el caso de este trabajo de investigación, se partirá de una mujer que decide interrumpir su embarazo- y el médico objetor cuyos principios y convicciones no le permiten realizar dicho procedimiento, se deben recordar las condicionantes desglosadas en el capítulo anterior, que reconocen a la toma de

decisiones como un resultado de la legítima reflexión autónoma que brinde coherencia al actuar cotidiano de ambas partes de la relación, resaltando la teoría de las tres condiciones, a saber (Beauchamp y Childress, 2013):

1. Intencionalidad
2. Comprensión
3. Ausencia de controles externos que determinen o condicionen la acción

Es entonces que, si existe la intencionalidad de realizar la acción que se está realizando, se entiende el alcance, y se aceptan las consecuencias de dicha decisión y se encuentra libre de influencias externas que quieran controlar al individuo, una decisión puede contar como autónoma.

Partiendo de este punto, las acciones y decisiones que ya cruzaron una reflexión basada en la teoría de las tres condiciones imponen un doble deber al resto de la sociedad, el deber negativo, aunque no es absoluto, prohíbe intervención o coerción algunas con el objetivo de impedir el coherente obrar de las personas conforme a sus decisiones; y el deber positivo que revela información necesaria que posibilite la toma de decisiones autónoma en los individuos (Ferrer, 2016).

Hasta este punto, tanto la decisión previamente reflexionada de las mujeres de interrumpir su embarazo como la del personal médico de no realizar dicho procedimiento son suficientes y respetables, obligando a los miembros de la sociedad a evitar influencias o coerciones que sometan a alguna de ambas partes

a cambiar de decisión si no se encuentra acompañada de una reflexión previa, puesto que, como se desglosó al inicio, la autonomía moral invita a los sujetos a acatar reglas por afinidad a las mismas.

En segundo lugar, si bien son respetables, ambas posturas deben ser revisadas en el marco de la Declaración Universal de los Derechos Humanos -y reconocidos en la Constitución Mexicana-, mismos que son irrenunciables e inherentes a todo ser humano, tales como el artículo 25 y el artículo 18, mismos que se ven trastocados en la interfaz del médico y paciente, donde el reconocimiento de los derechos de uno se contraponen con los derechos y dignidad del otro; en torno a la reflexión de esta tesis se interponen los derechos del personal de salud -la libertad de pensamiento, conciencia y religión- con los los derechos de las mujeres -a la salud y a ejercer sus derechos reproductivos- (Colegio de Bioética, A.C.).

Además, el derecho a la libertad de conciencia puede entrar en conflicto con el artículo 4to que estipula el derecho a la protección de la salud y con lo que se conoce como las acciones necesarias para su obtención como la acción médica, la prevención, salubridad, etcétera (Santillán, 2018).

Dicha contraposición de derechos ha creado diversas posturas en torno a la objeción de conciencia, las cuales van desde la total negación de la misma hasta teorías absolutistas que permiten el uso de la objeción de conciencia sin limitantes, ninguna de ellas permitiendo una resolución equitativa (Colegio de Bioética, A.C.).

Una tercera postura, la moderada, parte de un acuerdo mutuo en la relación médico-paciente en donde se reconoce el derecho del personal médico a la objeción de conciencia a la vez que las situaciones aquellas en donde este derecho afectará a otros derechos como los sexuales y reproductivos de las mujeres (Ortíz, 2022).

Por otra parte, la objeción de conciencia es el conflicto de al menos 3 deberes: el cumplimiento deontológico a la promesa médica, a la consideración de la autonomía del paciente y la fidelidad y respeto a sus propias creencias y valores; bajo este conflicto, la sociedad tiende a hacer exigencias deontológicas que trascienden al plano de lo personal (Hincapie, 2022). Entendiendo que el cuidado de los pacientes no debe ser determinado ni establecido por las convicciones personales del personal médico, ya que dichas convicciones son exclusivas de un individuo y no lo absuelven de cumplir con su deber profesional (Santillán, 2018), continuando con este hilo de pensamiento, el médico que antepone sus convicciones, mismas que han sido previamente reflexionadas en el marco de la autonomía moral, por encima de las necesidades de una mujer que ha decidido interrumpir su embarazo, no estaría cumpliendo con los cuidados que está obligado a proveer y tampoco cumpliría con los objetivos de la medicina, cometiendo así una transgresión ética (Savulescu, 2006)

Pero se debe remarcar que la ética nace en virtud de cuestionar aquello que por norma se realiza con fines de convivencia armoniosa entre los individuos de la sociedad sin cuestionamiento alguno, entonces, el estar obligando a los médicos a anteponer siempre las necesidades de sus pacientes ante su libertad de

pensamiento también sería una transgresión ética que, de ser llevada a cabo, ignora al individuo capaz de generar razonamientos, tener convicciones y decisiones que rijan el curso de su vida para darle lugar a un instrumento, contradiciendo la idea del personal de salud como personas con dignidad que representan un fin en sí mismo, no medios para diversos fines cuya objeción de conciencia, basada en fundamentos éticos, bioéticos y deontológicos, no es reconocida.

Por ello, y con el fin de resguardar la dignidad del personal médico, siempre que sea posible y sin caer en posiciones absolutistas, el respeto por la autonomía debe ir acompañado del reconocimiento del derecho que tienen las personas a tener sus propios puntos de vista y de decidir de manera autónoma toda aquella convicción que, en conformidad con sus valores y creencias, rija el curso de su vida (Ferrer, 2016).

Como se mencionó con anterioridad y dado el alto impacto de las decisiones médicas en la sociedad (Hincapie, 2022) no se debe caer en el absolutismo vulnerando los derechos de las pacientes que requieran servicios en torno a la interrupción voluntaria del embarazo.

La objeción de conciencia no debe ser utilizada a conveniencia ni debe interferir con la atención médica que se pueda ofrecer a las mujeres que soliciten un aborto; en caso de ser un objetivo del personal médico, esta debe calificarse como una transgresión a la ética profesional, generando falsas nociones y transformando a la objeción de conciencia en un concepto desvirtuado cuyo único fundamento es moral

y cuyo único fin es frustrar los planes de vida y decisiones sobre el manejo terapéutico que tienen las pacientes, generando una medicina que avanza en función de valoraciones morales subjetivas cuyas prácticas resulten en intolerancia y discriminación (Colegio de Bioética, A.C.).

De ello deriva la necesidad de esclarecer sus alcances y límites, como el ordenamiento jurídico o el respeto por la autonomía de las pacientes; el primero no exime al personal de salud de atender urgencias médicas como las de pacientes con complicaciones de aborto que pongan en peligro su vida, un órgano o una función y que requieren atención inmediata; bajo estas circunstancias – y debido a que ya no existe el dilema del inicio de la vida en esos casos en particular y solamente se encuentran presentes las consecuencias de una práctica peligrosa (Alistent et al., 2008) - el personal de salud no puede ejercer la objeción de conciencia ni dilatar la atención médica (Ipas, 2020).

El segundo implica la presencia del deber positivo implicado en el respeto a la autonomía, que exige al personal médico proveer a las pacientes información completa, verídica, adecuada y suficiente que incluya todas las alternativas de tratamiento a las que tiene derecho por ley; además, debido a que el respeto por la autonomía ajena exige la potencialización de la autonomía con acciones más que con actitudes (Ferrer y Álvarez, 2003), en cuanto se declare objetor de conciencia, el médico debe referir de inmediato a las pacientes con médicos que no sean objetores de conciencia y debe asegurarse de que esta reciba la atención (Colegio

de Bioética, A.C) a la que por derecho tiene salud para dar continuidad a los planes de vida que han elegido como su mejor opción.

Por lo anterior, la objeción de conciencia se aceptará y respetará siempre y cuando se vulnere lo mínimamente posible la autonomía de las pacientes que busquen interrumpir su embarazo bajo medios legales y cuando su vida no corra peligro, para evitar en mayor medida de lo posible un conflicto que deba resolverse de manera apresurada, se recomienda al personal médico objetor informar a las pacientes aquellas prácticas o tratamientos que trastocan sus sistemas de valores, creencias éticas, filosóficas y sus planes de vida y que, lo harán objetar ante las mismas (Colegio de Bioética, A.C) recordando que la autonomía será posible sí y sólo sí otras personas colaboran para que el individuo que busque resolver conflictos internos tenga un sistema de información que le ayude a tomar la mejor decisión como es el caso de las pacientes que solicitan la interrupción de su embarazo.

Esto se logrará cuando en la interacción médico- paciente, el personal de salud se enfoque en decir la verdad, respetar la privacidad y convicciones y proteger la confidencialidad del otro (Ferrer y Álvarez, 2003) sin que los pacientes pierdan de vista que al hablar de personal médico también se habla de personas parte de un contexto tanto social como cultural, mismos que forman parte de las convicciones y principios que rigen su actuar (Hincapie, 2022), puesto que, si bien los derechos humanos son ponderables, también son inalienables.

Por último, la objeción de conciencia debe ser legislada de manera clara y apegada al contexto social y de salud en México y especificada en cada contexto particular, siendo responsabilidad del estado crear políticas que dirijan el manejo de conflicto de intereses en el personal médico, a fin de promover el respeto de su libertad de pensamiento y conciencia, sin comprometer la prestación de servicios con calidad y humanismo (González, 2020) mediante el énfasis de sus alcances y límites, sin que esto transgreda la dignidad de los pacientes ni profesionales de salud (Hincapie, 2022). Además, el mismo estado no debe perder de vista que la objeción de conciencia es el resultado de una reflexión íntima, individual, autónoma, que no busca modificar ordenamientos, leyes o políticas, sólo busca defender las creencias y convicciones personales. Es un acto ético personal (Santillán, 2018).

Siguiendo la premisa del respeto por la autonomía, es también responsabilidad del estado y las instituciones garantizar la presencia de personal no objetor que pueda atender las necesidades de las pacientes para que estas puedan seguir con el curso de su vida elegido (Ortíz, 2022).

## **Conclusión**

La objeción de conciencia es un acto de carácter individual y privado, derivado de una reflexión ética que, cuando se realiza, debe ser bajo una serie de premisas que permitan regular la protección de libertad de conciencia y autonomía tanto del profesional de salud como del paciente (Santillán, 2018), asegurando un adecuado



equilibrio de intereses en la relación médico- paciente y la garantía de la prestación de los servicios solicitados por parte de las pacientes (Távora, 2017).

Por tanto, ante un dilema en la toma de decisiones médicas que permita al personal de salud expresar su objeción de conciencia y debido a las consecuencias que esa objeción puede tener en el curso de vida de las pacientes, se debe promover el respeto por los derechos de ambas partes de manera que se logren evitar en mayor medida aquellas situaciones que acepten de forma desmedida los derechos de una parte y omitan los derechos de la otra (Gamboya y Poyato, 2020).

Debido a ello, el reconocimiento de la objeción de conciencia médica será válido cada que el personal de salud busque alternativas de tratamiento o personal no objetor con el fin de no abandonar la autonomía de las pacientes (Gamboya y Poyato, 2020) y resguardar la autonomía del personal de salud, creando un balance entre ambas partes de la relación médico- paciente que permita el adecuado ejercicio de la profesión médica que incite a los médicos a seguir sus convicciones por respeto a lo que es justo y no por miedo a lo que exige la sociedad.

## Referencias

- A.A, V. V. (2021, septiembre 20). La objeción de conciencia en la Suprema Corte. *Revista Nexos*. <https://eljuegodelacorte.nexos.com.mx/la-objecion-de-conciencia-en-la-suprema-corte/>
- Altisent, R., Gracia, D., Sendiñ, J. J. R., & Fando's. (2008). *E'tica de la objeccion de conciencia*. Ergon ;Fundacio'n de Ciencias de la Salud.

- Arrieta, J. I. (s/f). *LAS OBJECIONES DE CONCIENCIA A LA LEY Y LAS CARACTERÍSTICAS DE SU ESTRUCTURA JURÍDICA*. Unam.mx. Recuperado el 27 de abril de 2022, de <https://archivos.juridicas.unam.mx/www/bjv/libros/1/156/4.pdf>
- Barroso, G., & Ibarra, P. (2018). Derechos humanos reproductivos, una mirada hacia el futuro. In P. Capdevielle, & M. D. E. J. Medina (Eds.), *Bioética laica Vida, muerte, género, reproducción y familia* (Ed. rev., pp. 241–249). Ciudad de México, México: Instituto de investigaciones jurídicas UNAM.
- Beauchamp, T. L., & Childress, J. F. (2013). *Principles of biomedical ethics* (p. 107). Oxford University Press.
- Cancino Marentes, M. E., Gascón Cervantes, A., Capdevielle, P., & Medina Arellano, M. de J. (2019). 5. *Objeción de conciencia. Enseñanza Transversal en Bioética y Bioderecho: Cuadernillos Digitales de Casos*. Universidad Nacional Autónoma de México. Instituto de Investigaciones Jurídicas.
- Colegio Médico del Uruguay. (2013). La objeción de conciencia: un derecho con responsabilidades. *Archivos de medicina interna (Montevideo, Uruguay)*, 35(3), 117–118. [http://www.scielo.edu.uy/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1688-423X2013000300011](http://www.scielo.edu.uy/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1688-423X2013000300011)
- Cruz, J. A. (2018). Derechos reproductivos como derechos humanos. In P. Capdevielle, & M. D. E. J. Medina (Eds.), *Bioética laica Vida, muerte, género, reproducción y familia* (Ed. rev., pp. 249–261). Ciudad de México, México: Instituto de investigaciones jurídicas UNAM.
- Desobediencia civil y otros textos / Henry David Thoreau ; prólogo de Pietro Ameglio y Gabriela Amor. México: Universidad Autónoma del Estado de Morelos, 2014 p 35. (Clásicos de la resistencia civil; 8)*
- Díaz, M. C. (2013). *Gaceta del Senado*. Senado de la República. [https://www.senado.gob.mx/64/gaceta\\_del\\_senado/documento/39261](https://www.senado.gob.mx/64/gaceta_del_senado/documento/39261)
- Europa Press. (2021). El Supremo de México invalida la objeción de conciencia frente a los abortos. *europa press*. <https://www.europapress.es/internacional/noticia-supremo-mexico-invalida-objecion-conciencia-frente-abortos-20210921062935.html>
- El aborto es legal en México -¡La ley te protege! (2020, junio 9). Recuperado el 13 de enero de 2021, de Org.mx website: <https://andar.org.mx/aborto-legal/>
- Forbes Staff. (2021, octubre 7). *Objeción de conciencia en aborto no fue anulada, precisa Suprema Corte*. Forbes México.

<https://www.forbes.com.mx/politica-objecion-de-conciencia-en-aborto-no-fue-anulada-precisa-la-corte/>

França, O. (2013). La objeción de conciencia: Tres visiones sobre el tema. *Objeción de conciencia y el derecho de los médicos. Archivos de medicina interna (Montevideo, Uruguay)*, 35(2), 62–68. [http://www.scielo.edu.uy/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1688-423X2013000200007](http://www.scielo.edu.uy/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1688-423X2013000200007)

Gamboa, F. M., & Poyato, J. M. (2021). La objeción de conciencia de los profesionales sanitarios (Conscientious objection of healthcare professionals). *Gaceta Sanitaria*, 35(4), 358–360.

González, A. C., & Melo, C. (2016). *¿Objeción de conciencia Institucional? Impacto en la prestación de servicios de interrupción voluntaria del embarazo.* [http://www.codajic.org/sites/default/files/sites/www.codajic.org/files/Memorias\\_Seminario\\_Objecion\\_de\\_Conciencia.pdf](http://www.codajic.org/sites/default/files/sites/www.codajic.org/files/Memorias_Seminario_Objecion_de_Conciencia.pdf)

González, E. (2020). *Pronunciamiento COMISIÓN NACIONAL DE BIOÉTICA.* [https://www.gob.mx/cms/uploads/attachment/file/590030/Prunuciamiento\\_La\\_objecion\\_de\\_conciencia\\_en\\_el\\_proceso\\_de\\_atencion\\_a\\_la\\_salud.pdf](https://www.gob.mx/cms/uploads/attachment/file/590030/Prunuciamiento_La_objecion_de_conciencia_en_el_proceso_de_atencion_a_la_salud.pdf)

González F. *Derecho Penal Mexicano*, Editorial Porrúa, edición 39, 2015, pag. 119

Hincapie, J. Comisión de Salud (2022, febrero 2). *Parlamento Abierto en materia de Objeción de Conciencia.* Cámara de Diputados-H. Congreso de la Unión.

Ipas México. (2020). *INFORMACIÓN PARA LA ACCIÓN Objeción de conciencia en la provisión de servicios de aborto en México.* <https://ipasmexico.org/pdf/IpasMx-2020-ObjecionDeConciencia.pdf>

Kukso, F. (2018). *Breve historia del aborto.* La Capital. Recuperado el 27 de abril de 2022, de <https://www.lacapital.com.ar/mas/breve-historia-del-aborto-n1574518.html>

Küng, S. A., Wilkins, J. D., de León, F. D., Huaraz, F., & Pearson, E. (2021). “We don’t want problems”: reasons for denial of legal abortion based on conscientious objection in Mexico and Bolivia. *Reproductive Health*, 18(1), 44. <https://doi.org/10.1186/s12978-021-01101-2>

Lamas, Marta, 2014, “Entre el Estigma y la Ley: La Interrupción Legal del Embarazo en el DF”, *Salud Pública de México*, 56 (1), 56-62.

*La objeción de conciencia avanza junto al aborto legal en México.* (2021). LexLatin. Recuperado el 22 de abril de 2022, de

<https://lexlatin.com/noticias/objecion-conciencia-avanza-aborto-legal-mexico>

Lee, G., Sotelo, G., & Madrid, O. (2006). La objeción de conciencia en la práctica del médico. *Revista de la Facultad de Medicina*, 121–125.

León Correa, Francisco Javier EL ABORTO DESDE LA BIOÉTICA: ¿AUTONOMÍA DE LA MUJER Y DEL MÉDICO? Cuadernos de Bioética, vol. XXI, núm. 1, enero-abril, 2010, pp. 79-93 Asociación Española de Bioética y Ética Médica Murcia, España

Listado de Comunicados. (2021). Gob.mx. <https://www.internet2.scjn.gob.mx/red2/comunicados/noticia.asp?id=6584>

Martínez, K. (2007). Medicina y objeción de conciencia. *Anales Del Sistema Sanitario de Navarra*, 30(2), 215–223. <https://doi.org/10.4321/s1137-66272007000300006>

Marván, M. L., Orihuela-Cortés, F., & Río, A. Á. D. (2018). *Cadernos de saude publica*, 34(10), e00192717. <https://doi.org/10.1590/0102-311X00192717>

Mendieta nuñez, lucio, el derecho precolonial, editorial porrua, mexico, 1984, pag 26

México, I. (2021, septiembre 20). *SCJN: Fallo Objeción de Conciencia*. Ipas México. <https://ipasmexico.org/2021/09/20/scjn-fallo-objecion-de-conciencia-2/>

Montoya, D. M. (2014). Mitos y realidades sobre la objeción de conciencia en la praxis médica. *Revista ciencias de la salud*, 12(3), 435–449. <https://doi.org/10.12804/revsalud12.03.2014.11>

Muñoz, B. de J. (2016). *LA OBJECIÓN DE CONCIENCIA*.

Murillo, E. (2021, septiembre 21). *Anula SCJN derecho a objeción de conciencia para el personal de salud ante casos de aborto*. La Jornada. <https://www.jornada.com.mx/notas/2021/09/21/politica/anula-scjn-derecho-a-objecion-de-conciencia-para-el-personal-de-salud-ante-casos-de-aborto/>

*Objeción de Conciencia*. (s/f). Colegio de Bioética, A.C. Recuperado el 25 de abril de 2022, de <http://colegiodebioetica.org.mx/objecion-de-conciencia/>

Ortiz, G. (2018). Aborto y objeción de conciencia. In Capdevielle, P & Medina, M. D. E. J (Eds.), *Bioética laica Vida, muerte, género, reproducción y familia* (Ed. rev., pp. 265–283). Ciudad de México, México: Instituto de investigaciones jurídicas UNAM.

- Pintos, A. Comisión de Salud (2022, febrero 2). *Parlamento Abierto en materia de Objeción de Conciencia*. Cámara de Diputados-H. Congreso de la Unión.
- Sagot, M., & Carcedo, A. (2002). Aborto inducido: ética y derechos. *Medicina legal de Costa Rica*, 19(2), 63–77.  
[https://www.scielo.sa.cr/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1409-00152002000200008](https://www.scielo.sa.cr/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1409-00152002000200008)
- Santillán, P. (2003). El consentimiento informado en la práctica clínica y en la investigación biomédica. *Revista de Investigación Clínica*, 55(3), 322–338.
- Santillán, P. (2014). La objeción de conciencia en la medicina: un intento de visión desde la trinchera. En R. Tapia & R. Vázquez (Eds.), *Logros y retos de la bioética*. Fontamara.
- Santillán, P. (2018), “¿Es justificable la objeción de conciencia en medicina?”, en Capdevielle, Pauline & Medina- Arellano, María de Jesús (coord.), *Bioética laica, Vida, muerte, género, reproducción y familia*, México, UNAM, Instituto de Investigaciones Jurídicas, pp. 285-305
- Santillán, P. (2018). La medicina en la era de la objeción de conciencia. *Revista Nexos*. <https://www.nexos.com.mx/?p=35945>
- Saldierna y Enrique Méndez, G. (2022, febrero 3). *Exigen juristas que objeción de conciencia de médicos no vulnere derechos de terceros*. La Jornada. <https://www.jornada.com.mx/notas/2022/02/03/politica/exigen-juristas-que-objecion-de-conciencia-de-medicos-no-vulnere-derechos-de-terceros/>
- Savulescu, J. (2006). Conscientious Objection in Medicine. *The British Medical Journal*, 294–297.
- Távora Orozco, L. (2017). Objeción de conciencia. *Revista peruana de ginecología y obstetricia*, 63(4), 581–590.  
[http://www.scielo.org.pe/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S2304-51322017000400010](http://www.scielo.org.pe/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S2304-51322017000400010)

# LA ENSEÑANZA ÉTICA EN MEDICINA, EN EL MARCO DE UN MUNDO EN TRANSICIÓN

En un mundo que se encuentra en constante transición y generación de conocimientos, existen elementos de la medicina que influyen tanto en los ámbitos de aplicación de la ética médica como los nuevos dilemas éticos, aquellos que surgen a partir de los avances científico- tecnológicos actuales y próximos en el marco de la salud, los cambios conceptuales que generan los avances médicos y el impacto de los mismos sobre la identidad profesional. Dichos cambios han modificado aspectos de la vida cotidiana y, a partir de ello, algunos comportamientos con los que se desarrollan los humanos y médicos (Durante et al., 2017).

## **El mundo en transición**

A partir de eventos tales como avances industriales y viajes espaciales en la década de los sesenta, teóricos sociales y empresarios estadounidenses observaron cómo se acortaban cada vez más las distancias a lo largo del mundo, acuñando el término de globalización (Scheuerman, 2018) en virtud del concepto “aldea global” que Marshall McLuhan propuso en torno al efecto que tendrían los avances tecnológicos sobre la organización humana y la comunicación por vía electrónica (Durante et al., 2017)

Con el paso de los años, el mundo se ha caracterizado por la transición permanente en aspectos tales como el político, económico, social, tecnológico, científico y cultural, llegando a modificar la vida cotidiana del ser humano (Durante et al., 2017); dichos cambios, han trastocado de igual manera al ámbito de la salud, la cual reforzó su impacto en la profesión médica (Cruess y Cruess, 2006) creando una serie de avances en cuanto a conocimiento y las aplicaciones del mismo y que ha ocasionado grandes cambios en la sociedad, cambios que han generado una serie de reflexiones en torno a la relación médico- paciente.

Es de esta manera que, en un mundo en el cual la globalización cobra más presencia día con día y en donde las migraciones son un hecho, aquellos que se comprendían como problemas locales, tienden a una creciente diseminación, generando así una demanda social que exige el origen de códigos, leyes y reglamentos cuyo fin sea minimizar la preocupación del personal de salud por regular su profesión.

Dichas normativas deben tomar como base aquellos principios filosóficos y éticos de los médicos sin dejar de garantizar aquellos principios y valores morales que esta sociedad considera como necesarios para mantener una adecuada convivencia en comunidad.

Por otra parte, cambios generales tales como la negativa de los estudiantes de medicina a experimentar con animales o de médicos a declarar muerte cerebral han sido reportados a lo largo de los años (Cancino et al., 2019) además de la ausencia

de enseñanza en materia de derechos sexuales y reproductivos y el papel que tendría el personal de salud en los mismos por parte de las Instituciones formativas, así como el reconocimiento de derechos con los que cuenta el personal médico como es el caso de la objeción de conciencia, generando de esta manera, un sesgo de información en futuros profesionales de la salud quienes al enfrentarse con situaciones cuya solución trastoca sus principios, caen en un conflicto de ideales acompañado de crisis de identidad (Cancino et al., 2019).

En cuanto a la percepción que guardan los médicos hacia curso de la enfermedad de los pacientes, dos temas han caracterizado a la medicina moderna; en primer lugar, los problemas de salud han dejado de considerarse hechos exclusivamente biológicos para percibirse como totalidades que incluyen un entorno biopsíquico y sociocultural.

Aunado a ello, la industria médica trasciende de su eminencia curativa e individualista, que ve la enfermedad desde un enfoque exclusivo a la alteración de la estructura para recuperar la función con un desenlace favorable y que ahora amplía su percepción, orientando los problemas de salud hacia el bienestar social.

Dichos factores de transición permanente crean el panorama en el que la medicina debe ser situada y, por ende, a la educación médica, identificando de esta manera aquellos dilemas que exigen un análisis, reflexión y comprensión en el marco de la ética médica y la identidad profesional.



## **Identidad profesional**

Se define a la identidad como el conjunto de relaciones que un individuo mantiene con otros objetos sociales tales como personas, grupos o instituciones; así mismo, la identidad es el producto de la convivencia comunitaria (Gómez y Osorio, 2017).

Para algunos autores como Giddens, la identidad no es algo fijo, al contrario, se crea y ordena conforme transcurre el tiempo y las experiencias que vive día a día el individuo en las instituciones (Giddens, 1997) involucrando en dichas experiencias las relaciones y estructuras sociales, encargadas de otorgarle al individuo una amplia gama de valores y normas aceptadas que le permiten al individuo actuar y desarrollarse a lo largo de la vida social (Berger y Luckmann, 1999);

Por otra parte, el individuo piensa, siente y desarrolla una identidad profesional concreta en virtud del contexto sociopolítico en el que se encuentre, pero también - y sin menor importancia- depende de su historia personal (Pérez y Rodríguez, 2010)

además de otros factores tales como la asistencia de los futuros prestadores de servicios en salud a los mismos cursos y las mismas oportunidades de poseer el mismo nivel de conocimientos, habilidades y aptitudes (Gutiérrez, 2008).

Es por ello que, el introducir una base cognitiva proporcionará a los alumnos una conciencia acerca de la naturaleza de la profesionalidad como de los principios bajo

los cuales se rigen, mismos que, mediante un proceso deliberativo los alumnos reflexionen e interioricen para crearse una identidad profesional (Hafferty, 2009).

Conforme se ha investigado la enseñanza del profesionalismo, se ha tomado como objetivo educativo el ayudar a los estudiantes a desarrollar una identidad profesional, a sabiendas de que los estudiantes ingresan a la carrera de medicina con una identidad establecida, misma que, como se mencionó anteriormente, se va modificando de tal manera que pasa de ser una identidad individual, aquel conjunto de rasgos propios de un individuo, a una identidad profesional, la identidad de un médico (Cruess y Cruess, 2006) producto de un proceso continuo que involucra la combinación de la experiencia profesional (Hilton y Slotnick, 2005) y la reflexión y cuestionamiento de la experiencia adquirida día con día.

Para que la identidad profesional sea comprendida, los estudiantes, además de estar expuestos a las experiencias necesarias para la conformación de dicha identidad (Hafferty, 2009) necesitan un tiempo y un espacio seguros que les permitan reflexionar aquellas situaciones a las que se enfrentarán como futuros prestadores de servicios en salud.

Finalmente, estos entornos deben contar con el apoyo de un entorno de aprendizaje, (Cruess y Cruess, 2006) son en este caso las instituciones aquellas encargadas de asegurar que sus programas de enseñanza proporcionen dicho ambiente junto con las circunstancias necesarias para apoyar el conocimiento y el libre desarrollo de identidad profesional de los alumnos.

Además, existe una creciente necesidad de asegurar que el perfil del egresado de pregrado de medicina cumpla con las necesidades de la población; al mismo tiempo, las instituciones educativas tienen que garantizar la calidad de sus egresados mediante los sistemas de acreditación y certificación (Durante et al., 2017).

### **Una enseñanza ética reforzada**

Durante las últimas décadas, la investigación científica en torno a los conocimientos anatómo-patológicos ha otorgado conocimientos, técnicas y destrezas en medicina, abriendo nuevos caminos de conocimiento y aplicaciones terapéuticas antes insospechadas.

Sin embargo, la educación médica no ha logrado ajustarse a los cambios en las necesidades en salud o incluso a los cambios demográficos registrados a nivel local, regional, nacional o internacional; mucho menos ha logrado adaptarse a los elementos éticos que surgen en el marco de la evolución científica (Durante et al., 2017);

Es entonces que, aunque parezca una ardua labor, se deben revisar de nueva cuenta aquellas normas de conducta que deberían regir el actuar médico en la actualidad.

La interdependencia entre el sector salud y la educación médica es un factor que no se puede ignorar; partiendo de que cada país requiere trabajar para que sus procesos de formación y ejercicio médico a la par de su sistema de salud, con motivo de lograr tanto eficiencia como equidad en la atención médica que brinde para atender las exigencias de los ciudadanos en materia de salud (Durante et al., 2017).

A la par de la preocupación en torno al avance tecnológico y las consecuencias que la globalización ha traído consigo, las escuelas médicas de los continentes europeo y americano han llegado a introducir o incrementar la enseñanza de la ética de manera formal, enfocando sus enseñanzas en los problemas éticos que el mismo alumnado encuentra en su día a día (Hicks et al., 2001).

Además de los aspectos comentados con anterioridad, la identidad profesional también se ve influenciada por factores propios de la formación profesional, tales como la relación estudiante profesor en donde los docentes fungen como modelo - positivo o negativo- del cual los alumnos obtienen una percepción con respecto al trato humano, a la forma en la que se relacionan con sus pacientes y a la presencia o ausencia de acciones éticas en su interacción con los mismos, conformando de esta manera un currículo oculto en ética que podría apoyar o quebrantar el desarrollo de su profesionalismo, tal es el caso de los profesores clínicos que sirven como modelo negativo demostrando comportamientos poco éticos hacia los pacientes (Hicks et al., 2001).

En 2019, el estudio “No queremos problemas: razones para negar el aborto legal basado en la objeción de conciencia en México y Bolivia” se documentaron las principales razones del personal médico declarado objetor de conciencia para negar sus servicios en torno al aborto, entre los más relevantes se encuentran la falta de conocimiento sobre las leyes relacionadas con el aborto despenalizado, falta de dominio de la técnica clínica, temor a problemas legales o estigma como consecuencia de la prestación de servicios; no hubo registro de reflexiones éticas, doctrinales, filosóficas o morales en los profesionales de salud objetores de conciencia (Ipas, 2021).

Partiendo de este hilo de ideas, en los dilemas resultantes del uso de la objeción de conciencia médica como instrumento para excusar al personal de salud de realizar procedimientos médicos que transgredan su identidad profesional, también pueden surgir modelos negativos en médicos que utilicen la objeción de conciencia de manera irracional como una decisión protocolaria, poco meditada y como medio para limitar la atención de la salud de las mujeres que soliciten interrumpir su embarazo, omitiendo un proceso que los lleve a ejercer su autonomía moral y la autonomía de las pacientes y, con ello, el derecho que tienen de ser referidas a otros médicos que sí puedan atender su solicitud, generando desviaciones en el currículo oculto y acciones similares en los estudiantes quienes, en caso de tomar esas conductas como ejemplo e imitar aquellos comportamientos observados sin ninguna clase de cuestionamiento, estarían siguiendo un hilo de atención que en un futuro profesional será el que rija su actuar médico.

Con base en lo anterior, se infiere que la educación médica actualmente se encuentra abarcando la mayor cantidad de conocimiento científico posible, imposibilitando a los alumnos de atender tanto los retos científicos como los éticos del mañana (Durante et al., 2017).

Ante esta urgencia, en estos casos son el estado y las instituciones los responsables de asegurar que los profesionistas en formación reciban todo el conocimiento médico- científico, legal y ético para que sus prácticas clínicas puedan considerarse adecuadas, generando así, una conciencia en los estudiantes de medicina acerca de las responsabilidades y exigencias que su profesión conlleva (Colegio de bioética a.c.) con el objetivo de crear en ellos un panorama completo que les permita analizar las circunstancias bajo las que se suscitan los dilemas que tienen en frente y con estos conocimientos sean capaces de reflexionar y cuestionar las decisiones de los médicos que en ese momento están brindando la atención en salud, esto con el fin de crear en ellos el ejercicio ético que les permita crear juicios de valor y tomar decisiones en el marco de la autonomía moral con el fin de crear una auténtica identidad profesional.

Por lo tanto, se debe asegurar que el proceso educativo de los futuros prestadores de servicios en salud cuente con las habilidades como herramientas básicas que les permitan recibir la información además de contar con la formación necesaria para afrontar cualquier cambio que traigan consigo los avances tecnológicos y científicos en la atención a la salud, los servicios médicos, la educación y la aplicación de la ética en dilemas resultantes de estos cambios (Durante et al., 2017).

Para lograr este objetivo, es necesario fortalecer el aprendizaje teórico y práctico que permita al estudiante generar esas herramientas de pensamiento para identificar, analizar y resolver los conflictos éticos en este mundo en transición a la vez que conserven sus principios y ética personal (Durante et al., 2017).

Si bien existen momentos de este conjunto de conocimientos que son más fáciles de enseñar y comprender conforme avanza el nivel de preparación de los estudiantes de pregrado, el saber ético sigue siendo un todo definible en todo momento y debe enseñarse como tal, debido a que se espera que los graduados de educación médica tengan una apreciación de la complejidad de las cuestiones éticas relacionadas con la vida humana y muerte, enfocándose en un núcleo de habilidades y conocimientos relacionados con la ética tan fundamentales para el ejercicio de la práctica médica como las ciencias básicas o las habilidades técnicas.

Este núcleo se encargaría de concientizar a los estudiantes para que reconozcan las principales cuestiones éticas y que sepan cómo tomar decisiones con respecto a esas cuestiones y el por qué de dichas decisiones.

Consideraciones de preguntas tales como ¿qué son los argumentos éticos y en qué se diferencian de otros argumentos?, ¿qué significa consentimiento informado y cómo funciona en la práctica?, ¿cómo desea morir la gente?, ¿qué curso de vida quieren seguir los pacientes? Son componentes esenciales en la educación médica que cae dentro del dominio de la ética (Kerridge et al., 2001).

Para ello, se deben reforzar los programas de ética en el marco de la acción médica, lo que consiste en fortalecer el sentido de responsabilidad en los futuros prestadores de servicios en salud mediante conocimientos básicos en ética y humanidades en salud.

Dicho reforzamiento tiene como fin que las decisiones médicas solicitadas en un dilema que involucre la interacción médico- paciente sean previamente meditadas y que sirvan como fundamento para construir una identidad profesional integral y coherente para la atención médica basada en principios universales aplicables a la mayor cantidad de situaciones posibles y que justifiquen de manera robusta la línea de conducta que el médico tendrá en cada caso particular, no sin antes tener en cuenta que, así como la identidad profesional, la ética no es fija y tampoco puede entrar en reduccionismos que califiquen al actuar ético como algo correcto o incorrecto, también debe adaptarse al tiempo, las circunstancias y el medio en el que el médico se desarrolla.

Debido a ello, bajo un pensamiento ético y con el fin de lograr un desarrollo personal cada vez más evolucionado, con el paso del tiempo los médicos deberán reflexionar si los principios bajo los que se guiarán para la toma de decisiones médicas siguen siendo, para el caso al que se enfrenten, los más adecuados.



Para que dicho actuar ético sea parte de los factores que contribuyen a la formación del profesionalismo médico, se sugieren una serie de características que refuerzan los programas institucionales (Kerridge et al., 2001):

1. La bioética debe ser un componente central en el currículo universitario;
2. Debe ser tratada con la misma seriedad con la que se tratan las materias que conforman la parte médico- científica;
3. El hacer consciente al alumnado acerca de la existencia de los problemas de ejemplo no es suficiente, los estudiantes deben sentirse parte de los problemas mediante el análisis y razonamiento de los mismos;
4. La atención debe centrarse en el compromiso intelectual de razonar, con fundamentos éticos, cada situación que evoque un dilema, no en aprender respuestas estándar a modo de algoritmos que se apliquen a todos los casos por igual;
5. Lo anterior no excluye los hechos; la evaluación crítica incluye tanto la identificación como la evaluación y reflexión de los hechos apropiados para cada problema en cuestión.

Si los médicos en formación logran comprender que la enseñanza ética no es una efímera asignatura, y que el análisis de los casos clínicos incluye una relación entre dos partes humanas que necesitarán siempre de un análisis cuidadoso del problema

que permita a los futuros prestadores de servicios en salud distinguir las cuestiones éticas de las técnicas y, una vez definido el problema, puedan realizar una toma de decisiones de manera empática y responsable, lograrán generar el mayor beneficio para la mayor cantidad de personas involucradas en estos dilemas, además de estar velando por los derechos humanos en materia de salud, de todos los derechos humanos, incluidos los del personal médico.

## **Conclusión**

La transición constante en la que se encuentra el mundo ha tenido consecuencias en diversas esferas, llegando a trastocar incluso la vida nacional de cada país. Se puede estar o no de acuerdo con la globalización, pero no se puede hacer caso omiso de los procesos, beneficios y daños que dicha transición ha provocado en diversos niveles (Durante et al., 2017). De igual manera, los problemas éticos que emergen de dichos cambios no desaparecerán sólo por ignorarlos, en cambio, cada día serán de un orden más complejo.

Como se mencionó de manera anterior, la enseñanza ética en los programas institucionales de medicina está ligada a los eventos de índole social del país; por lo que, tanto el estado como las instituciones comparten una responsabilidad única y formal frente a la sociedad.

Es por ello que, al reconocer la existencia de los dilemas éticos en el ejercicio de la medicina, las escuelas de medicina tienen la obligación de realizar observaciones y

análisis al respecto, con el fin de coadyuvar en la adecuada resolución de problemas presentados día a día, creando en los médicos en formación una conciencia en torno a la existencia del razonamiento ético.

Por estas razones es esencial que el estudiante de medicina se confronte con los problemas que conciernen a su profesión con el fin de forjar en ellos una identidad profesional que resguarde un correcto actuar. Para englobar estos campos, la enseñanza ética tiene tres objetivos estratégicos:

- 1) Proteger el reconocimiento de los derechos humanos frente a los avances científicos en medicina;
- 2) Fomentar la reflexión de las normas éticas que regirán el futuro actuar profesional;
- 3) Establecer organismos, consejos y grupos de estudio encargados de estudiar los conflictos éticos planteados por los nuevos y futuros avances científicos en materia de medicina.

Una vez que estos campos estratégicos se desarrollen, los médicos en formación con estudios de ética pueden aumentar la sensibilidad a favor de las dimensiones humanas y personales, teniendo además, un incremento en la capacidad intelectual necesaria para adoptar decisiones humanas de la atención médica, con un mayor sentido de responsabilidad moral hacia las consecuencias que lleven dichas decisiones.

Además de los puntos anteriormente mencionados, la enseñanza ética debe conducir al alumnado a una profunda reflexión con respecto a la enseñanza y la investigación llevadas a cabo en las universidades, incluyendo el currículo oculto; dicha reflexión se tomará en una respuesta a las preguntas que tiene el individuo con razonamiento ético acerca de los fines y funciones de las instituciones de educación superior en el marco de los objetivos y visión que fundamentan sus programas educativos.

Para finalizar este hilo de pensamiento, la enseñanza de la ética y su aplicación a la resolución de problemas de atención médica favorecerá los siguientes aspectos:

- 1) Teniendo en cuenta que la dimensión ética da lugar a panoramas más completos, se ampliarán en el alumnado las perspectivas individuales en virtud del análisis de dilemas en la atención médica.
- 2) La aplicación de los conocimientos éticos permitirá al médico de pregrado desarrollar capacidades analíticas que le permitan diferenciar los mismos del conocimiento técnico, político y científico.
- 3) La creación de una conciencia ética en el alumnado, le dará un sentido de dignidad y una reafirmación de los principios que rijan su identidad profesional al momento de tomar decisiones en la práctica clínica.
- 4) Al forjar un pensamiento que cuestione y reflexione el aprendizaje adquirido, la aplicación de fundamentos éticos en servicios de medicina estimularía la

creatividad, dando lugar a posibles nuevos paradigmas en torno a la atención médica.

- 5) El uso de la ética en la resolución de problemas presentados de manera cotidiana en los alumnos de pregrado que se encuentren rotando en sedes clínicas les permitirá aceptar con mayor tolerancia las opiniones y criterios distintos a los suyos, minimizando así la tendencia hacia calificar otras opciones como negativas.

En caso de lograrse las estrategias de enseñanza y, con ello, los beneficios en el desarrollo de los futuros médicos, podremos apreciar un nuevo tipo de profesional médico, capaz de compartir de una manera objetiva sus propias experiencias y reflexiones con otros profesionales, con un amplio sentido humanista y con una conciencia hacia la ciencia como uno de tantos reflejos de la realidad y, como tal, una aproximación más o menos precisa de la forma en la que esta se organiza y funciona, siempre de la mano de las humanidades.

## Referencias

- Batenburg, V. (1996). Do professional attitudes change during medical education? *Advances in Health Sciences Education: Theory and Practice*, 1(2), 153–164. <https://doi.org/10.1007/BF00159279>
- Berger, P. L., & Luckman, T. (1999). *La Construcción Social de La Realidad*. Amorrortu editores.

- Braunack-Mayer, A. J., Gillam, L. H., Vance, E. F., Gillett, G. R., Kerridge, I. H., McPhee, J., Saul, P., Smith, D. E., Wellsmore, H. M., Koczwara, B., Rogers, W. A., McNeill, P. M., Newell, C. J., Parker, M. H., Walton, M., Whitehall, J. S., & Association of Teachers of Ethics and Law in Australian and New Zealand Medical Schools (ATEAM). (2001). An ethics core curriculum for Australasian medical Schools: A Working Group, on behalf of the Association of Teachers of Ethics and Law in Australian and New Zealand Medical Schools (ATEAM). *The Medical Journal of Australia*, 175(4), 205–210. <https://doi.org/10.5694/j.1326-5377.2001.tb143097.x>
- Cruess, R. L., & Cruess, S. R. (2006). Teaching professionalism: general principles. *Medical Teacher*, 28(3), 205–208. <https://doi.org/10.1080/01421590600643653>
- del Carmen Pérez Rodríguez, I., & Rodríguez Becerra, F. R. (2010). La Identidad Profesional Como Configuración Subjetiva De La Personalidad De Los Estudiantes De La Carrera De Enfermería. *Cuadernos de Educación y Desarrollo*, 19. <https://ideas.repec.org/a/erv/cedced/y2010i1913.html>
- Dolmans, D. H. J. M., De Grave, W., Wolfhagen, I. H. A. P., & van der Vleuten, C. P. M. (2005). Problem-based learning: future challenges for educational practice and research. *Medical Education*, 39(7), 732–741. <https://doi.org/10.1111/j.1365-2929.2005.02205.x>
- Durante Montiel, I., Morales López, S., Cruz Montoya, M., & Trejo Flores, P. (2017). La ética médica en un mundo en transición. *Revista de la Facultad de Medicina, Universidad Nacional Autónoma de México*, 60(3), 30–35. [http://www.scielo.org.mx/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=SOO26-17422017000300030](http://www.scielo.org.mx/scielo.php?script=sci_arttext&pid=SOO26-17422017000300030)
- Freakley, M., & Burgh, G. (1999). Improving teacher education students? Ethical thinking using the community of inquiry approach. *Analytic Teaching and Philosophical Praxis*, 19(1), 38–45. <https://philpapers.org/rec/FREITE-2>
- George, D., Gonsenhaus, I., & Whitehouse, P. (2006). Medical Professionalism. En *Professionalism in Medicine* (pp. 63–86). Kluwer Academic Publishers.
- Giddens A. (1997) *Modernidad e identidad del yo: el yo y la sociedad en la época contemporánea*. Península, Barcelona.
- Goldie, J., Schwartz, L., McConnachie, A., & Morrison, J. (2002). The impact of three years' ethics teaching, in an integrated medical curriculum, on students' proposed behaviour on meeting ethical dilemmas: The impact of ethics teaching. *Medical Education*, 36(5), 489–497. <https://doi.org/10.1046/j.1365-2923.2002.01176.x>

- Gutiérrez Chiñas, A. (2008). Identidad profesional de la bibliotecología en México a través de su enseñanza. *Investigación Bibliotecológica Archivonomía Bibliotecología e Información*, 22(44). <https://doi.org/10.22201/iibi.0187358xp.2008.44.4140>
- Graham, R. N. J. (2002). Ward ethics. Dilemmas for medical students and doctors in training: Edited by T K Kushner, D C thomasma. Cambridge university press, 2001, pound18.95, pp 265. ISBN 0-521-66452-7. *Journal of medical ethics*, 28(5), 332-b-333. <https://doi.org/10.1136/jme.28.5.332-b>
- Hicks, L. K., Lin, Y., Robertson, D. W., Robinson, D. L., & Woodrow, S. I. (2001). Understanding the clinical dilemmas that shape medical students' ethical development: questionnaire survey and focus group study. *BMJ (Clinical Research Ed.)*, 322(7288), 709–710. <https://doi.org/10.1136/bmj.322.7288.709>
- Mamede, S., & Schmidt, H. G. (2004). The structure of reflective practice in medicine. *Medical Education*, 38(12), 1302–1308. <https://doi.org/10.1111/j.1365-2929.2004.01917.x>
- McLuhan, M., & Powers, B. R. (1992). *The global village: Transformations in world life and media in the 21st century*. Oxford University Press.
- Paul, R. (1900). *Thinker's guide to understanding the foundations of ethical reasoning* (2a ed.). Foundation for Critical Thinking.
- Pearce, R. S. (2008). Assessing analysis and reasoning in bioethics. *Bioscience Education*, 12(1), 1–5. <https://doi.org/10.3108/beej.12.c2>
- Soleymani Lehmann, L., Kasoff, W. S., Koch, P., & Federman, D. D. (2004). A survey of medical ethics education at U.s. and Canadian medical schools. *Academic Medicine: Journal of the Association of American Medical Colleges*, 79(7), 682–689. <https://doi.org/10.1097/00001888-200407000-00015>
- Shumway, J. M. (2001). Thinking outside the box: reflections on teaching. *Medical Teacher*, 23(3), 229–230. <https://doi.org/10.1080/01421590120042973>
- Wolstenholme, G. (1985). Teaching medical ethics in other countries. *Journal of Medical Ethics*, 11(1), 22–24. <https://doi.org/10.1136/jme.11.1.22>

# ADAPTACIÓN Y VALIDACIÓN DEL INSTRUMENTO DE MEDICIÓN

## **Descripción del instrumento de medición**

Para la medición , se utilizó la escala de medición perteneciente al estudio original: Future health providers' willingness to provide abortion services following decriminalisation of abortion in Chile: M Antonia Biggs, Lidia casas, Alejandra Ramm, et al, 2019. Una encuesta transversal dirigida hacia alumnos en formación en áreas relacionadas con prestaciones de servicios en salud y partería.

La escala fue desarrollada con el objetivo de medir la disposición que guardaban los estudiantes hacia recibir un entrenamiento que les permitiera prestar servicios de aborto a mujeres que lo soliciten; además logra explicar las variables que fundamentan la postura que guardan hacia la objeción de conciencia médica y la interrupción despenalizada del embarazo y su concepción en torno a lo que la profesionalización médica exige en materia de aborto.

La prueba original consta de 69 items de aplicación individual con un formato de respuesta puntuadas de acuerdo a una escala tipo Likert de 5 puntos, con un nivel de medición ordinal que varía desde 1 (totalmente en desacuerdo) hasta 5 (totalmente de acuerdo). Puntuaciones más altas darían cuenta de una mayor



aceptación hacia la interrupción despenalizada del embarazo y brindar servicios en torno a este, es entonces que puntuaciones más bajas se traducirían como una menor aceptación hacia la interrupción despenalizada del embarazo y brindar servicios en torno a este.

### **Presentación de proyecto a comité de ética**

De manera previa a los procedimientos que implican la validación del instrumento de medición que se utilizó en el proyecto de investigación se estableció contacto con las autoridades académicas de la Facultad de Medicina de la Universidad Nacional Autónoma de México, de manera específica se presentó el proyecto de investigación a los comités de ética de la investigación y la comisión de investigación, pertenecientes a la División de investigación (anexo 1).

A consideración de los comités de ética de la investigación y la comisión de la investigación, siguiendo los protocolos de dichos centros de trabajo sobre la protección de la población objetivo de estudio y el derecho a la privacidad, se elaboró un consentimiento informado que permitiera a los alumnos cuya participación voluntaria enriquecería los resultados de la aplicación de la encuesta, conocer a manera de resúmen, los procedimientos que se realizaron en torno a las dos aplicaciones del cuestionario, además de los objetivos del estudio y la mención de la carta de revocación del consentimiento informado a la cual podían acceder sin algún tipo de cuestionamiento.

Debido a que la población estudiantil se considera como una población vulnerable, ya que, quien aplica las encuestas pertenece al cuerpo profesorado del departamento de Embriología y Genética, se hizo especial énfasis en que su participación o la ausencia de ésta no iba a interferir de ninguna manera en sus calificaciones o, en caso de aceptar participar en el proyecto de investigación, sus respuestas no serían mostradas a sus profesores debido a la confidencialidad con la que se manejaron los datos de los encuestados, por ende, sus respuestas no tendrían influencia alguna en la percepción de los profesores ni en la calificación que estos les otorgan al final de cada bloque. Además de ello, se mantuvieron canales de comunicación abiertos por si los alumnos interesados contaban con alguna duda con respecto a lo que se haría con sus datos obtenidos o con los objetivos del proyecto de investigación.

De esta manera, el proyecto de investigación registrado bajo el título “Percepción del aborto en los alumnos del primer año de la Facultad de Medicina, posterior al curso de Embriología Humana” en su versión del 29 de junio de 2021, fue aprobado por los comités de ética e investigación de la Facultad de Medicina de la Universidad Nacional Autónoma de México, en la sesión ordinaria el día 03 de agosto de 2021.

### **Validez de contenido**

Con previa solicitud y permiso de la autora, una vez adquirido el instrumento de medición, se inició la validación por parte de los jueces.

Para la adaptación del instrumento al contexto cultural en el cual se desarrolló el estudio, se realizó un abordaje teórico, cuidando, además del lenguaje el destinatario del mismo, es decir, cada conjunto de ítems por categoría se dirigió a identificar la percepción de los estudiantes con respecto a los atributos específicamente indicados en las variables de la escala. La ubicación de los ítems conservó la distribución intencional propuesta en su versión original.

De manera subsecuente, cuatro expertos en el área de docencia y bioética evaluaron el instrumento de medición, con base en criterios de pertinencia, suficiencia, coherencia, relevancia y sintaxis, señalando algunos cambios en la redacción de los ítems para adaptarlos a la población objetivo. Posteriormente, de acuerdo con la propuesta de Compás, Davis, Forsythe y Wagner (1987), se analizó la fiabilidad interjueces a través del índice de Kappa, donde los ítems obtuvieron un nivel significativo, demostrando el grado de acuerdo entre los jueces en relación con la redacción, pertinencia y la coherencia técnica de los ítems.

Una vez logrado el consenso entre los expertos comparando con la versión original del instrumento de medición se obtuvo un formato piloto del mismo, el cual fue exportado a la plataforma Forms® (Google LLC).

## **Prueba piloto**

La versión piloto del instrumento de medición fue administrada a la generación 2020-2021, misma que comparte características similares a la población objetivo de estudio.

La encuesta fue administrada a siete grupos de primer año que se encontraban cursando el primer año de la carrera de médico cirujano en la Facultad de Medicina de la Universidad Nacional Autónoma de México. Se extendió una invitación a cada grupo donde, previa explicación del proyecto, se solicitó la participación voluntaria, confidencial y anónima de cada miembro de la comunidad, logrando la participación de 197 estudiantes.

Durante el proceso de aplicación se abrieron canales de comunicación entre los alumnos y la responsable del proyecto para que los alumnos indicaran si algún ítem era confuso o difícil de comprender; posterior a la administración, se les pidió a los participantes que compartieran dudas que surgieran en torno a la aplicación del instrumento piloto, de igual manera se verificó que cada ítem tuviera más de una opción de respuesta (totalmente de acuerdo, de acuerdo, en desacuerdo, totalmente en desacuerdo), los datos del pilotaje mostraron que cada ítem obtuvo al menos dos opciones de respuesta y no se realizaron sugerencias para modificar algún ítem. Por tanto, se continuó con la siguiente fase del estudio donde se realizó el análisis de los resultados de este pilotaje estableciendo los índices de confiabilidad del instrumento de medición.

## **Consistencia interna**

La consistencia interna de las 8 dimensiones del instrumento de medición fue evaluada a través de la obtención de los coeficientes de Alfa de Cronbach utilizando el paquete estadístico IBM SPSS V 25.0. Se decide esta prueba estadística dado que permite establecer el índice de confiabilidad en aquellas escalas que no cuentan con respuestas correctas o incorrectas, sino que cada sujeto de estudio decide el valor que mejor represente su percepción, como es en el caso del instrumento de medición con el que se llevó a cabo el proyecto de investigación.

Los valores obtenidos según se muestran en las Tablas 1 y 2 se situaron entre .909 (afirmaciones sobre el aborto) y .151 (intenciones de proveer aborto).

**Tabla 4-1***Valores obtenidos a través de los coeficientes de Alfa de Cronbach*

<b>Dimensión</b>	<b>Alfa de Cronbach</b>
Actitudes sobre la entrega de métodos anticonceptivos	.769
Intenciones de proveer aborto	.151
Razones personales para no proveer servicios de aborto	.829
Las actitudes sobre el aborto	.861
Afirmaciones sobre el aborto	.724
Actitudes sobre la objeción de conciencia	.533
Actitudes sobre la denuncia y confidencialidad	.761
Enseñanza del aborto	.221

**Nota:** La lista de valores obtenidos en las siguientes dimensiones: actitudes sobre la entrega de métodos anticonceptivos, razones personales para no proveer servicios de aborto y las actitudes sobre el aborto, mostraron valores cuyo índice de confiabilidad era adecuado para incluirlas en el instrumento de evaluación definitivo; en el caso de las siguientes dimensiones: intenciones de proveer aborto y enseñanza del aborto, el grado de confiabilidad no aumentó a pesar de haber suprimido elementos dentro de las dimensiones, por lo que se consideró retirarlas del instrumento de evaluación definitivo.

**Tabla 4-2**

*Modificación en los coeficientes de Alfa de Cronbach si se suprimen elementos*

<b>Dimensión</b>	<b>Alfa de Cronbach</b>	<b>Alfa de Cronbach si el elemento se ha suprimido</b>
Afirmaciones sobre el aborto	.724	.909
Actitudes sobre la objeción de conciencia	.533	.778
Actitudes sobre la denuncia y confidencialidad	.761	.907

**Nota:** Acorde a los valores obtenidos en el sistema IBM SPSS mediante los coeficientes de Alfa de Cronbach, al suprimir ciertos ítems en las distintas dimensiones, la confianza aumenta de moderada a buena.

Se considera que un índice de confiabilidad superior a 0.75 es aceptable y mayor a 0.9 es elevado (Hernández y Fernández; 2007), sugiriendo que los resultados obtenidos serán los mismos siempre que se aplique un instrumento a una población que cumpla con las características similares a la población del estudio original y su aplicación se realice en condiciones similares, es así que los índices de confiabilidad obtenidos de las dimensiones actitudes sobre la entrega de métodos anticonceptivos ( $\alpha = .76$ ), razones personales para no proveer servicios de aborto ( $\alpha = .82$ ), las actitudes sobre el aborto ( $\alpha = .86$ ), actitudes sobre denuncia y confidencialidad ( $\alpha = .90$ ), afirmaciones sobre el aborto ( $\alpha = .90$ ) y actitudes sobre la objeción de conciencia ( $\alpha = .77$ ) superan el valor criterio para establecer una consistencia interna aceptable para los fines buscados en la población objetivo del estudio.

En cambio, las dimensiones intenciones de proveer aborto ( $\alpha = .15$ ) y enseñanza del aborto ( $\alpha = .22$ ) y la eliminación de cualquiera de sus ítems no reportó mejora alguna sobre la fiabilidad de las dimensiones, por lo que no se consideran consistentes para los análisis posteriores debido a que no muestran consistencia interna aceptable para los fines buscados en la población objetivo del estudio.



## Descripción del instrumento de medición

Como resultado de los procesos de pilotaje y validación, se obtuvo un instrumento compuesto por 49 ítems distribuidos en 6 dimensiones con un formato de respuesta tipo Likert y en un nivel de medición ordinal cuyas respuestas varían desde “totalmente en desacuerdo” a “totalmente de acuerdo” distribuidos de la siguiente manera:

1. *Actitudes sobre la entrega de métodos anticonceptivos.* Compuesta por 4 ítems con un formato de respuesta tipo Likert de 4 puntos, que variaron desde “nunca es apropiado con o sin el consentimiento de los padres” (1) hasta “siempre es apropiado sin el consentimiento de los padres” (4). Puntuaciones altas apuntarían a mayor aceptación a proveer información y/o servicios anticonceptivos a los grupos de adolescentes incluidos en la dimensión.
2. *Razones personales para no proveer servicios de aborto.* Compuesta por 7 ítems con un formato de respuesta tipo Likert de 5 puntos, que variaron desde “muy en desacuerdo” (1) hasta “muy de acuerdo” (5). Puntuaciones altas apuntarían a mayores niveles de preocupación hacia los factores sociales que implicarían realizar un aborto.
3. *Las actitudes sobre el aborto.* Compuesta por 7 ítems con un formato de respuesta tipo Likert de 2 puntos, que variaron desde “en desacuerdo” (1) a “de acuerdo” (2). Puntuaciones altas apuntarían un

mayor nivel de aceptación hacia las condicionantes en las que las mujeres deciden interrumpir un embarazo.

4. *Afirmaciones sobre el aborto.* Compuesta por 14 ítems con un formato de respuesta tipo Likert de 5 puntos, que variaron desde “muy en desacuerdo” (1) a “muy de acuerdo” (5). Puntuaciones altas apuntarían a una mayor aceptación hacia afirmaciones en torno al aborto en mujeres.
5. *Actitudes sobre la objeción de conciencia.* Compuesta por 6 ítems con un formato de respuesta tipo Likert de 5 puntos, que variaron desde “muy en desacuerdo” (1) hasta “muy de acuerdo” (5). Puntuaciones altas apuntarían a una mayor afinidad al uso de la objeción de conciencia por el personal médico.
6. *Actitudes sobre la denuncia y la confidencialidad.* Compuesta por 11 ítems con un formato de respuesta tipo Likert de 4 puntos, que variaron desde “muy en desacuerdo” (1) hasta “muy de acuerdo” (4). Puntuaciones altas apuntarían a un mayor nivel de aceptación hacia denunciar todas aquellas prácticas que se encuentren calificadas como ilegales en el marco de normatividad actual.

## **Conclusión**

La versión adaptada del instrumento de medición utilizado en el estudio *Future health providers' willingness to provide abortion services following decriminalisation of abortion in Chile* finalmente se conforma por 49 ítems con una disposición a modo

de escala Likert, cuyas respuestas cuentan con un nivel de medición ordinal y responden a las dimensiones operacionalizadas en la presente investigación; su aplicación resulta ágil, pues demanda aproximadamente 45 minutos y puede ser aplicada de manera colectiva, salvaguardando las disposiciones actitudinales de los participantes y reflejándose en las respuestas frente a los ítems.

Se concluye así, que con los índices de confiabilidad y validez obtenidos a lo largo de este semestre, el instrumento de medición aquí planteado puede ser replicado con muestras más amplias que garanticen niveles de representatividad, confiabilidad y validez, en consecuencia, la información suministrada por este instrumento de medición da cuenta de la percepción que guardan los estudiantes frente a circunstancias que ocurren en la cotidianeidad del ejercicio médico; de esta manera, se trata de un instrumento que puede ser utilizado como punto de referencia en investigaciones cuyo interés gire alrededor de la comprensión y generación de propuestas de trabajo interventivas frente a los procesos de aprendizaje de los alumnos en torno a temas actuales como la interrupción legal del embarazo y la objeción de conciencia médica en México.

## Referencias

Biggs, M. A., Casas, L., Ramm, A., Baba, C. F., Correa, S. V., & Grossman, D. (2019). Future health providers' willingness to provide abortion services following decriminalisation of abortion in Chile: a cross-sectional survey. *BMJ Open*, 9(10), e030797. <https://doi.org/10.1136/bmjopen-2019-030797>

- Compas, B. E., Davis, G. E., Forsythe, C. J., & Wagner, B. M. (1987). Assessment of major and daily stressful events during adolescence: the Adolescent Perceived Events Scale. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 55(4), 534–541.
- Hernández-Rosete, D., & Hipólito, R. E. (2018). Una etnografía del aborto clandestino en contextos de interrupción legal del embarazo. Estudio de caso entre estudiantes de la Ciudad de México. *Sexualidad, salud y sociedad: revista Latinoamericana*, 30, 79–98. <https://doi.org/10.1590/1984-6487.sess.2018.30.04.a>
- Hernández, R., Fernández, C., & Baptista, M. del P. (2014). *metodología de la investigación*. McGrawhill, México.
- Hilton, S. R., & Slotnick, H. B. (2005). Proto-professionalism: how professionalisation occurs across the continuum of medical education. *Medical Education*, 39(1), 58–65. <https://doi.org/10.1111/j.1365-2929.2004.02033.x>
- Soler, S., & Soler, L. (2012). Usos del coeficiente alfa de Cronbach en el análisis de instrumentos escritos. *Revista Médica Elec*, 34(1684–1824), 01–06. [http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1684-18242012000100001](http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1684-18242012000100001)
- Supo, J. (2013). *Cómo validar un instrumento- la guía para validar un instrumento en 10 pasos*. Biblioteca Nacional de Perú.

## RESULTADOS PRIMER APLICATIVO

### **Descripción de la población**

El instrumento de medición, en ambos tiempos de aplicación, fue distribuido mediante un enlace en vías oficiales de comunicación a 2150 estudiantes de Facultad de Medicina que se encontraban cursando el primer año de la carrera de Médico Cirujano.

La encuesta correspondiente a la primera aplicación fue abierta por un total de 679 alumnos, de los cuales, 286 emitieron respuestas parciales, mismas que se eliminaron por no aportar datos suficientes para su análisis posterior, dejando una población de 393 estudiantes que completaron el cuestionario en su totalidad.

La encuesta correspondiente a la segunda aplicación fue abierta por un total de 497 alumnos, de los cuales, 103 emitieron respuestas parciales que, al igual que en la primera aplicación, no aportaron datos suficientes para su análisis posterior, dejando una población de 394 estudiantes que completaron el cuestionario en su totalidad.

De la población blanco a la que fue distribuido el instrumento de medición, el total de alumnos que respondieron la encuesta completa en ambos tiempos de la aplicación dejó una muestra final de 137 estudiantes de primer año de la Facultad de Medicina.

Esta población se integra por un total de 75% mujeres y un 25% hombres, cuyas edades oscilaron entre 18 y 19 años. La escuela de procedencia de dicha población fue en su mayoría de carácter público (90% de las mujeres, 30% de los hombres), y un poco más de la mitad de esta población es originaria de la CDMX (64% vs 36% originarios de otros estados), 52% practicaban una religión y 48% no practicaban ninguna religión al momento de realizar la encuesta.

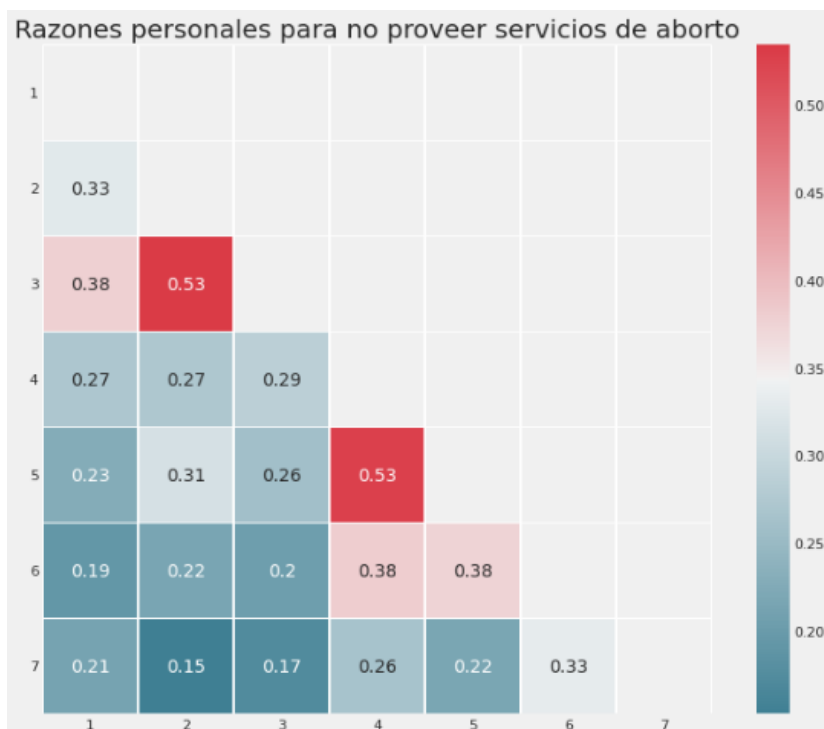
Debido a que el instrumento de medición se estructura a modo de una escala tipo Likert cuyas respuestas agrupadas en las dimensiones reflejan las disposiciones actitudinales de la población blanco de estudio en torno al aborto, se procedió a realizar un Test de Cramer's V que permitió observar el nivel de relación que guardan los ítems que componen cada una de las dimensiones. Valores más cercanos a 1.0 muestran mayor relación entre los ítems.

En los siguientes apartados se desglosarán aquellas respuestas cuya relación fue significativa y que, atendiendo a uno de los objetivos específicos, resaltan aquellas variables que sustentan la percepción previa y posterior que guarda el alumnado en torno al aborto.

### Dimensión: Razones personales para no proveer servicios de aborto

Tal como se muestra en la figura 5-1, los ítems de la dimensión “razones personales para no proveer servicios de aborto” que mostraron mayor relación fueron los siguientes:

1. “Está en contra de mis valores personales” y “Está en contra de mis creencias religiosas” ( $V= 0.53$ ).
2. “Tendría miedo de ser rechazado/a por mi familia o grupos de amigos” y “Tendría miedo de ser rechazado/a por mis colegas y/o estigmatizado/a en mi profesión” ( $V=0.53$ ).

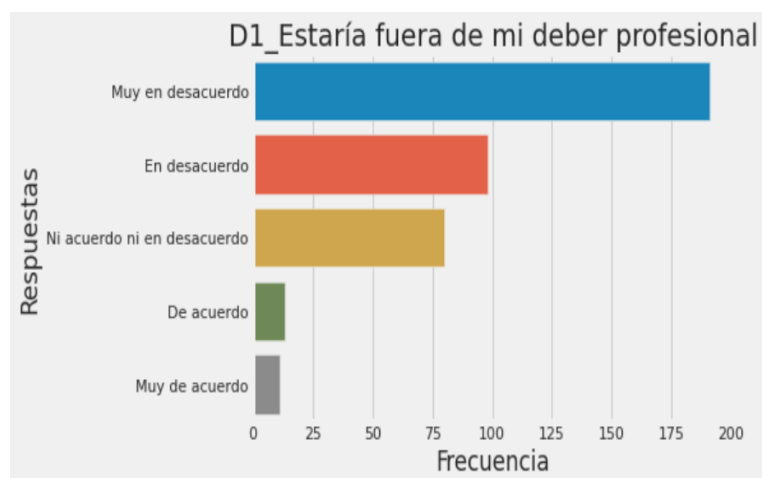


**Figura 5-1.** Cramer's V para la dimensión Razones personales para no proveer servicios de aborto.

Código	Ítem
1	Estaría fuera de mi deber profesional
2	Está en contra de mis creencias religiosas
3	Está en contra de mis valores personales
4	Tendría miedo de ser rechazado/a por mis colegas y/o estigmatizado/a en mi profesión
5	Tendría miedo de ser rechazado/a por mi familia o grupos de amigos
6	Tendría miedo de que hostiguen a mi familia o a mí
7	Tendría miedo de tener problemas legales

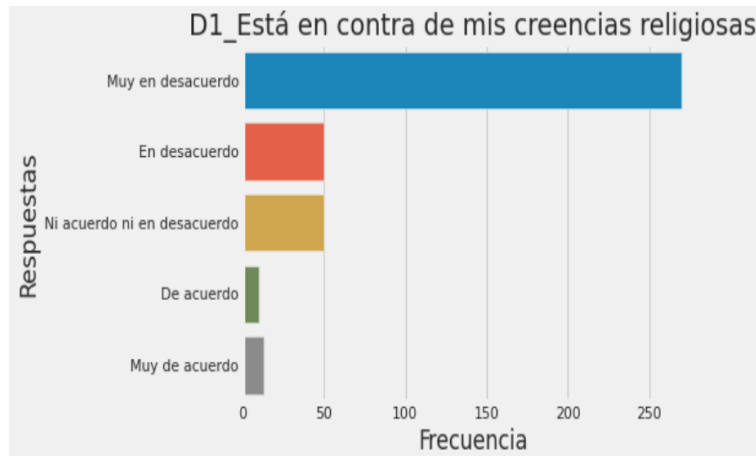
**Tabla 5-1.** Codificación de ítems para la dimensión Razones personales para no proveer servicios de aborto.

En la comparación de los ítems correspondientes a la primera relación -“Está en contra de mis valores personales” y “Está en contra de mis creencias religiosas”-, la tendencia se encontró inclinada hacia la respuesta “Muy en desacuerdo”, esta inclinación fue más notoria en el ítem “Está en contra de mis creencias religiosas”(68.7%).



**Figura 5-2.** Razones personales para no proveer servicios de aborto, ítem relacionado al deber profesional.

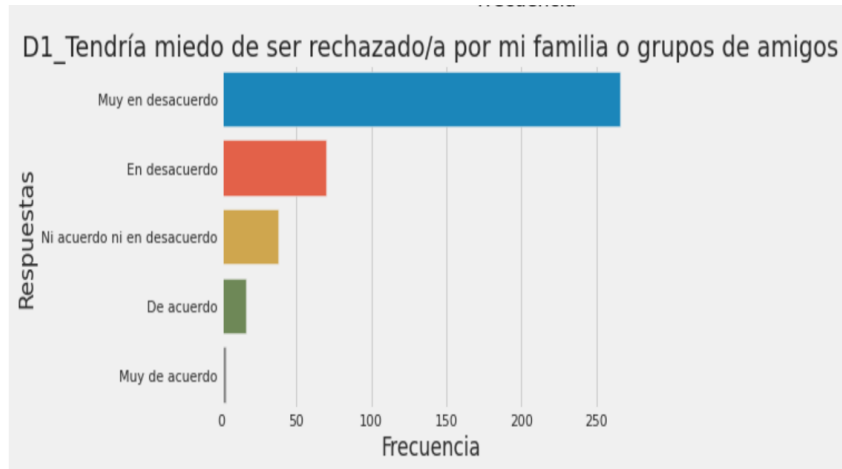




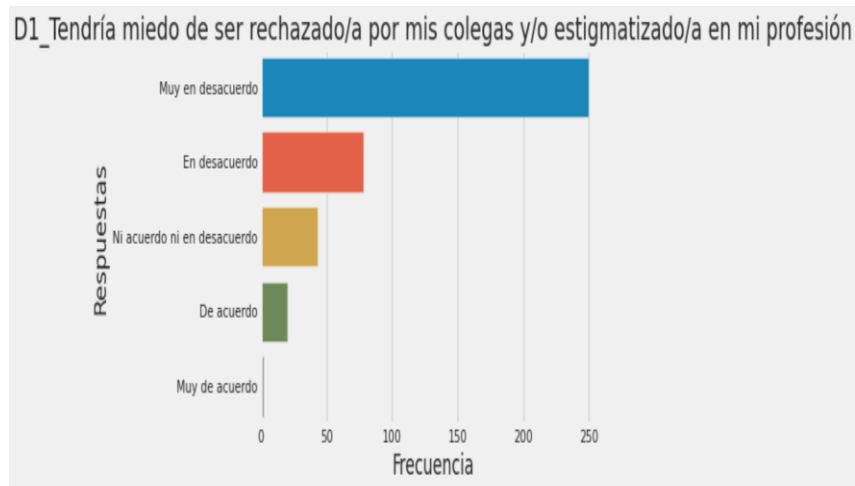
**Figura 5-3.** Razones personales para no proveer servicios de aborto, ítem relacionado a creencias religiosas.

Acorde al Test de Cramer 's V, la población blanco de estudio de la primera aplicación no está colocando sus creencias religiosas como principios que rigen su futuro actuar diario como profesionales en salud en el marco de la interrupción legal del embarazo.

En el caso de los ítems correspondientes a la segunda relación -“Tendría miedo de ser rechazado/a por mi familia o grupos de amigos” y “Tendría miedo de ser rechazado/a por mis colegas y/o estigmatizado/a en mi profesión”- , se encontró una tendencia hacia la opción “Muy en desacuerdo” donde, 67.68% de los alumnos no tendrían miedo de ser rechazados por sus familias o grupos de amigos y 63.61% no tendría miedo de ser rechazado por sus colegas y/o estigmatizado en su profesión.



**Figura 5-4.** Razones personales para no proveer servicios de aborto, ítem relacionado a rechazo de familia o amigos.



**Figura 5-5.** Razones personales para no proveer servicios de aborto, ítem relacionado a rechazo por colegas y estigma en profesión.

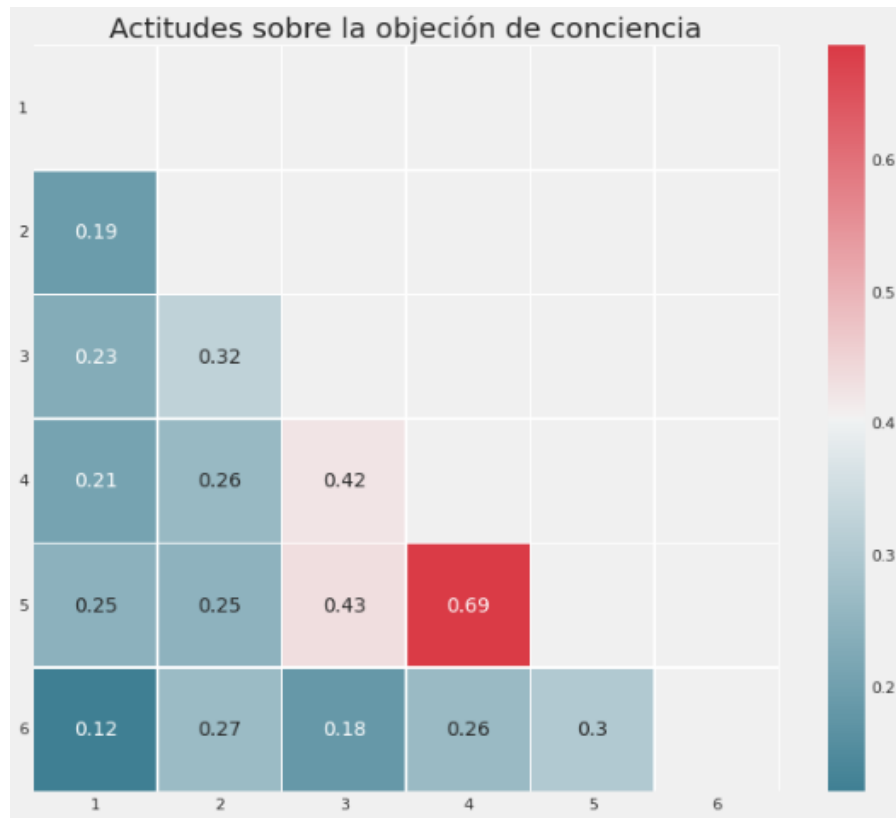
En torno al Test de Cramer's V los estudiantes mostraron que, de asistir un aborto en un futuro, no tendrían miedo de recibir acciones coercitivas por parte de sus círculos sociales o incluso laborales.

De igual manera, el test mostró que, aquellas personas que optaron por no prestar sus futuros servicios en torno al aborto tendieron a mostrar con igual frecuencia en ambos ítems, cierto grado de preocupación hacia el efecto que este procedimiento podría tener en sus relaciones sociales, familiares y laborales.

**Dimensión: Actitudes sobre la objeción de conciencia**

Acorde a la figura 5-6, en la dimensión “Actitudes sobre la objeción de conciencia”, se encontró un par de ítems con una relación muy marcada:

1. “Yo usaría la objeción de conciencia para evitar atender a una mujer que quisiera un aborto legal” y “Yo usaría la objeción de conciencia para evitar atender a una mujer que quisiera abortar, sin importar sus razones” ( $V=0.69$ ).

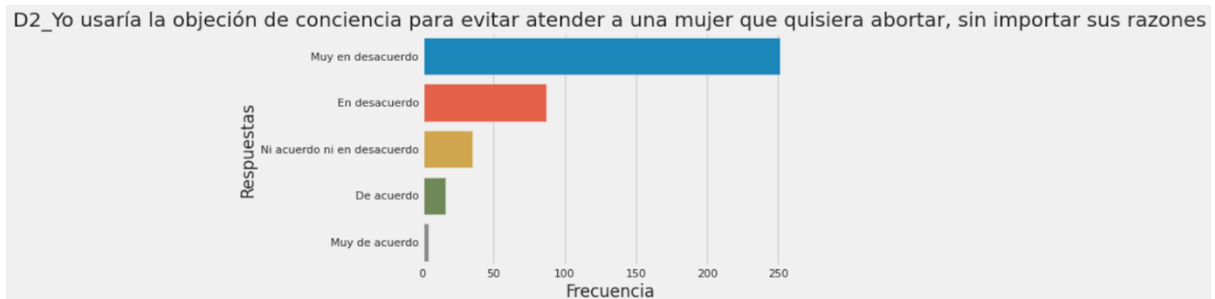


**Figura 5-6.** Cramer's V para la dimensión Actitudes sobre la objeción de conciencia.

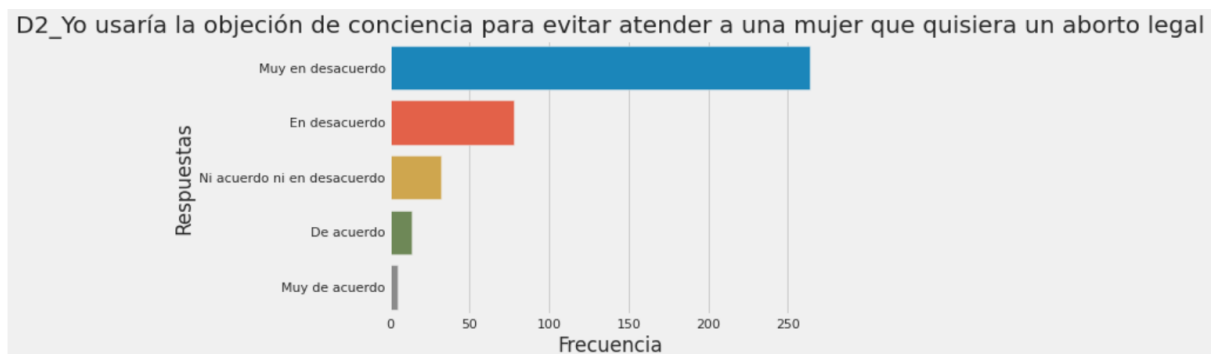
Código	Ítem
1	Los/as médicos objetores de conciencia deben derivar a las pacientes con posibilidades de aborto legal a un/a médico que esté dispuesto a realizarlo
2	Los/as médicos deben poder recurrir a la objeción de conciencia para evitar dar atención postaborto
3	Yo usaría la objeción de conciencia para evitar atender a una mujer con complicaciones post aborto
4	Yo usaría la objeción de conciencia para evitar atender a una mujer que quisiera abortar, sin importar sus razones
5	Yo usaría la objeción de conciencia para evitar atender a una mujer que quisiera un aborto legal
6	A nivel personal generalmente apoyo la objeción de conciencia

**Tabla 5-2.** Codificación de ítems para la dimensión Razones personales para no proveer servicios de aborto.

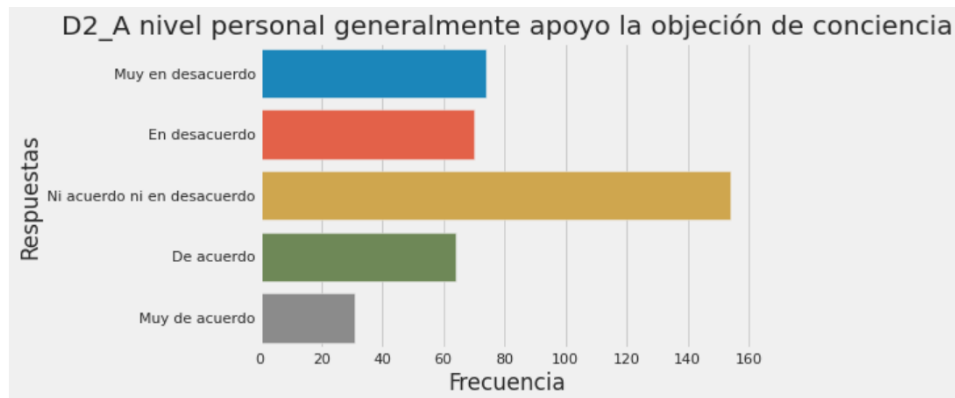
En este par de ítems se mostró mayor índice de respuestas hacia la opción “Muy en desacuerdo”, mostrando una menor afinidad del grupo blanco hacia utilizar la objeción de conciencia en torno al aborto.



**Figura 5-7.** Actitudes sobre la objeción de conciencia, ítem relacionado a usos de la objeción de conciencia en medicina bajo cualquier situación.



**Figura 5-8.** Actitudes sobre la objeción de conciencia, ítem relacionado a usos de la objeción de conciencia en medicina bajo supuestos legales.



**Figura 5-9.** Actitudes sobre la objeción de conciencia, ítem relacionado a apoyo a la objeción de conciencia en medicina.

En torno al Test de Cramer's V, las opciones de ambos ítems mostraron que, más de la mitad de los estudiantes manifestó que evitaría usar la objeción de conciencia en un futuro, ante mujeres que quieran abortar y cuyos motivos se encuentren dentro del marco legal de la interrupción del embarazo (67.18%), incluso aún si las mujeres quisieran abortar sin importar sus razones (63.87%),

Esta relación, aunada a que el 39.9% de la población eligió con mayor frecuencia una posición neutra hacia el ítem "generalmente apoyo la objeción de conciencia" nos sugiere la falta de reconocimiento hacia la objeción de conciencia que tiene la población blanco.

**Dimensión: Afirmaciones sobre el aborto**

Acorde al Test de Cramer's V, el par de ítems pertenecientes a la dimensión "Afirmaciones sobre el aborto" con mayor relación son los siguientes "El aborto es

aceptable si la mujer tiene una discapacidad sensorial -por ejemplo es ciega o sorda- y “el aborto es aceptable si la mujer tiene una discapacidad intelectual” (V= 0.69).

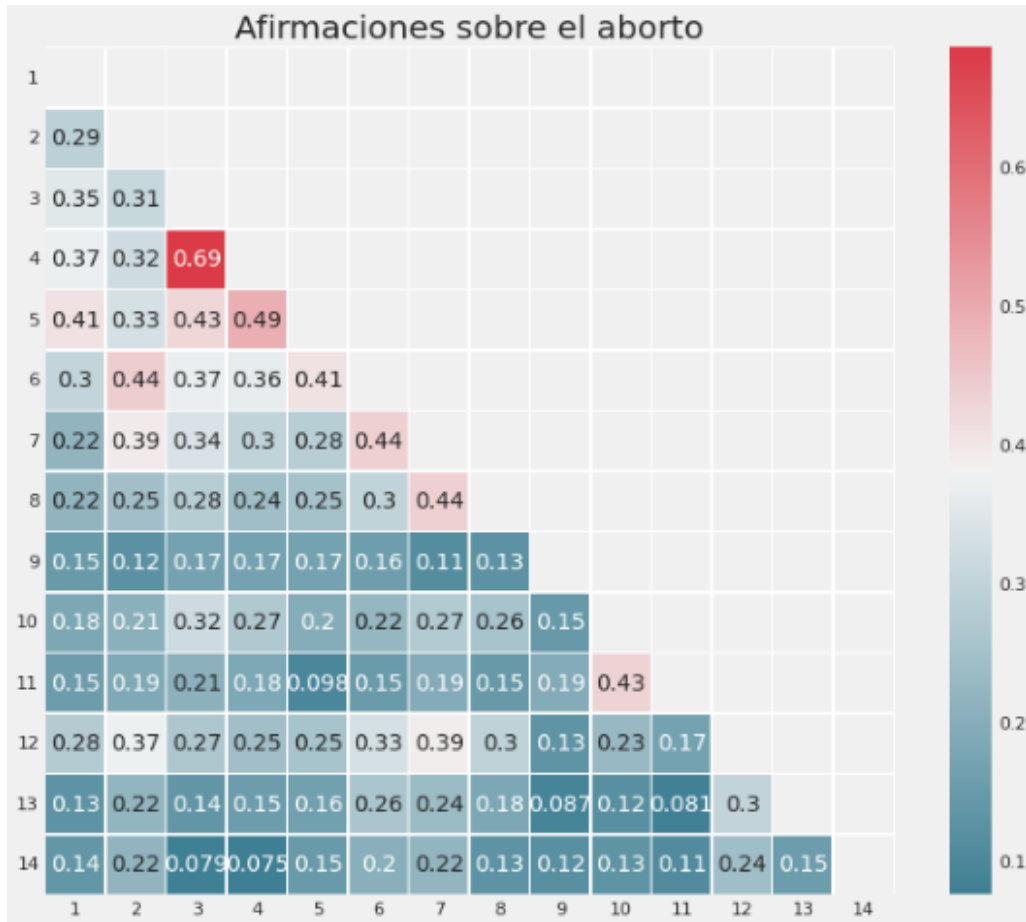


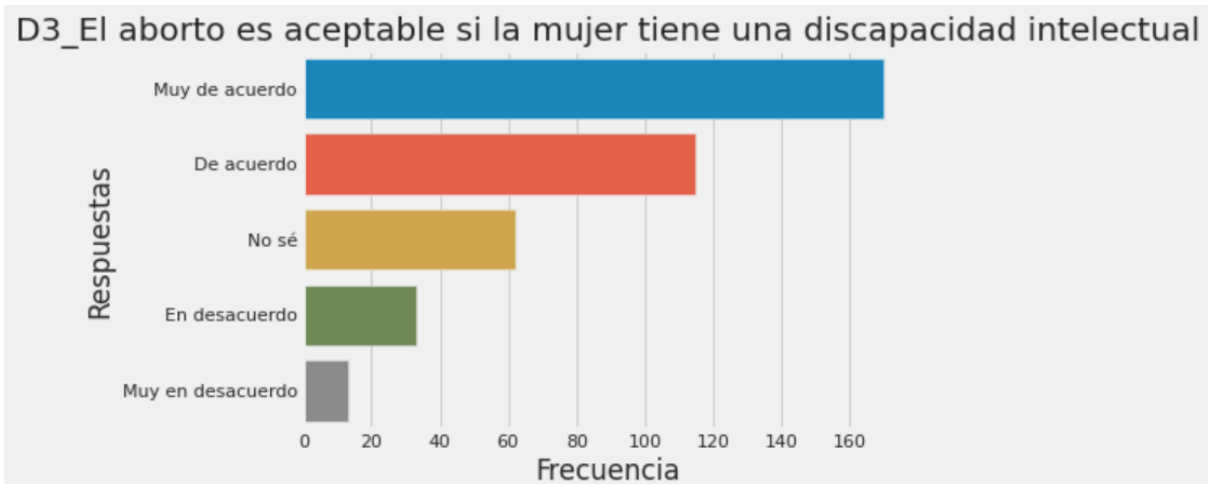
Figura 5-10. Cramer's V para la dimensión Afirmaciones sobre el aborto.

Código	Ítem
1	El aborto es aceptable si la mujer no tiene el apoyo de la familia
2	El aborto es aceptable en cualquier situación
3	El aborto es aceptable si la mujer tiene una discapacidad intelectual
4	El aborto es aceptable si la mujer tiene una discapacidad sensorial (por ejemplo es ciega o sorda)
5	El aborto es aceptable si el hombre no apoya a la mujer en tener el hijo
6	El aborto es aceptable si la mujer considera que ya tiene suficientes hijos
7	El aborto es un derecho de la mujer
8	El aborto puede ser algo bueno para algunas mujeres en algunas situaciones
9	El aborto es la manera más fácil de salir de un embarazo no planificado
10	El aborto es aceptable pasado el primer trimestre en situaciones excepcionales
11	El aborto es aceptable pasado el primer trimestre de embarazo en cualquier situación
12	Brindar servicios de aborto es una contribución positiva para la sociedad
13	Las necesidades de los pacientes son más importantes que las creencias de los/las médicos/obstetras
14	Los/las médicos/obstetras tienen la responsabilidad de aconsejar a sus pacientes en contra del aborto

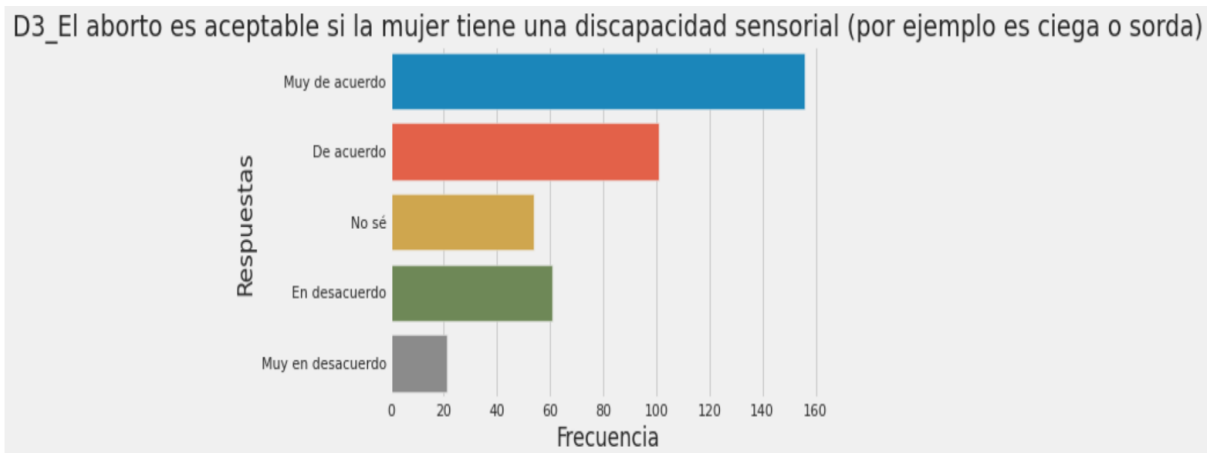
**Tabla 5-3.** Codificación de ítems para la dimensión Afirmaciones sobre el aborto.

En dichos ítems, se encontró una tendencia hacia la opción “Muy de acuerdo” donde, menos de la mitad de la población (43.26%) declaró apoyar el aborto cuando se trata de una mujer con discapacidad intelectual y cuando tiene una discapacidad sensorial (39.69%).





**Figura 5-11.** Afirmaciones sobre el aborto, ítem relacionado a aceptar un aborto en mujeres con discapacidad intelectual.



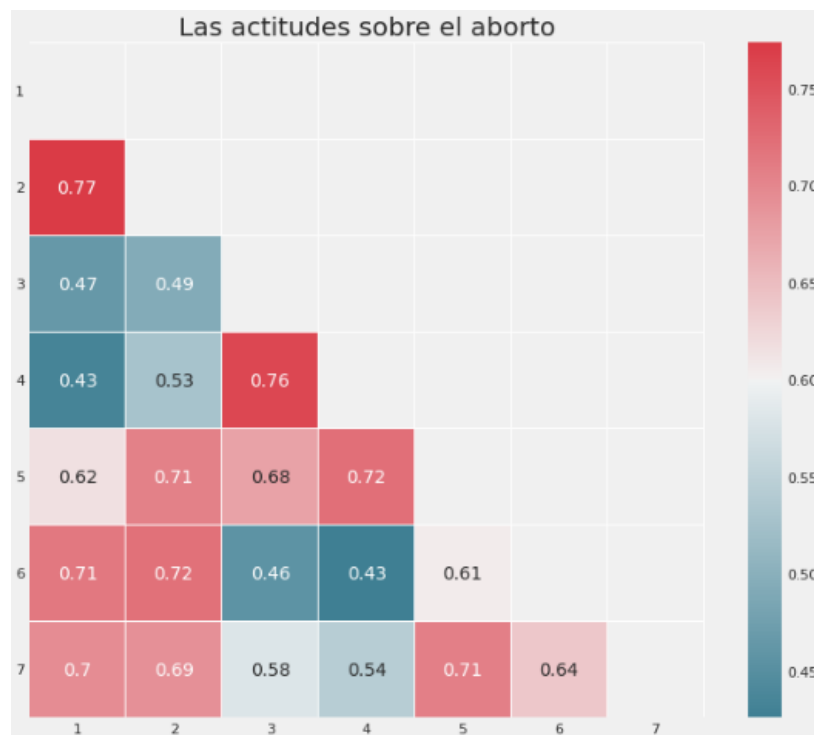
**Figura 5-12.** Afirmaciones sobre el aborto, ítem relacionado a aceptar un aborto en mujeres con discapacidad sensorial.

Acorde al Test de Cramer's V, la relación entre ambos ítems para la primera aplicación de la encuesta generó en los estudiantes una distribución de respuestas que sugieren que, ante un aborto en el marco de una discapacidad intelectual o sensorial, los alumnos no toman una postura tan marcada tal y como se fue mostrando en otras dimensiones y

la opción “no sé” llegó a tener mayor presencia a comparación con otras dimensiones, sugiriendo que en futuras prácticas profesionales en los cuales se presente una situación como las que se comentaron con anterioridad, una gran parte de los encuestados no ofrecería sus servicios de una manera tan marcada. También se puede observar que, en la dimensión anterior, si bien los alumnos manifestaron apoyar el aborto sin importar la razón de la mujer, en este caso hubo una mayor distribución de respuestas hacia posturas no tan radicales.

**Dimensión: Las actitudes sobre el aborto**

Finalmente tenemos los ítems asociados a la dimensión “las actitudes sobre el aborto”, en donde las relaciones resultantes del Test de Cramer’s V se muestran en las siguientes figuras:



**Figura 5-13.** Cramer’s V para la dimensión Las actitudes sobre el aborto.

Código	Ítem
1	Si una mujer no desea tener un hijo
2	Si una pareja en conjunto decide no tener un hijo
3	Si la vida de la madre corre grave peligro por el embarazo
4	Si el feto tiene un defecto que lo hace inviable, o sea, que es seguro que morirá antes de nacer o al poco tiempo de nacer
5	Si la mujer quedó embarazada producto de una violación
6	Si la mujer o pareja no tiene los medios económicos para criar al hijo
7	Si la madre es menor de 14 años

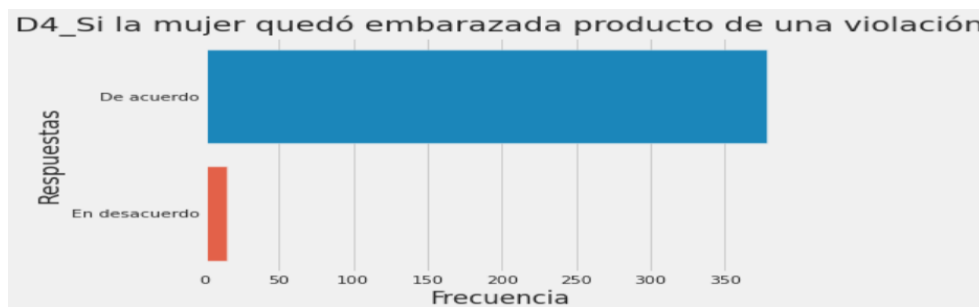
**Tabla 5-4.** Codificación de ítems para la dimensión Las actitudes sobre el aborto.

Como se puede observar, el ítem “Si la mujer quedo embarazada producto de una violación” está estrechamente relacionada con otros 3 ítems:

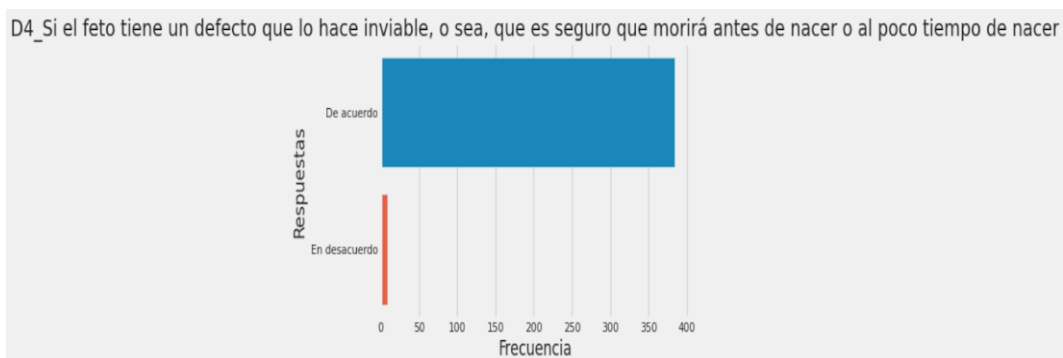
1. “Si el feto tiene un defecto que lo hace inviable, o sea, que es seguro que morirá antes de nacer o al poco tiempo de nacer” (V=0.72).
2. “Si la mujer corre grave peligro por el embarazo” (V=0.68).
3. “Si la mujer no desea tener un hijo” (V=0.62).

En esta misma dimensión, los ítems donde existe una mayor relación son “Si la vida de la madre corre grave peligro por el embarazo” y “Si el feto tiene un defecto que lo hace inviable, o sea, que es seguro que morirá antes de nacer o al poco tiempo de nacer” (V=0.76).

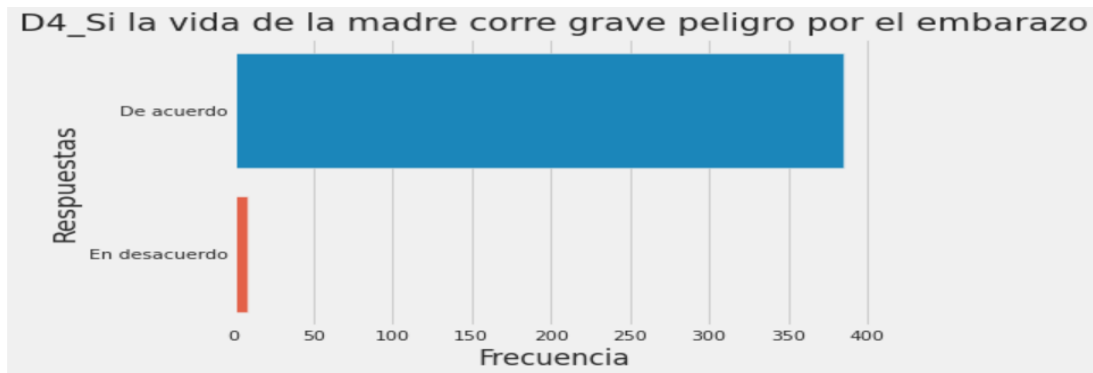
En el caso de estos ítems, se encontró una tendencia hacia la opción “De acuerdo” donde, La mayoría de los estudiantes aceptó que se realicen abortos en casos de violación (96.18%), cuando el feto tenga un defecto que lo haga inviable (97.71%) o cuando la vida de la madre corra peligro (97.96%)



**Figura 5-14.** Actitudes sobre el aborto, ítem relacionado a aceptar un aborto bajo causales despenalizadas como violación.



**Figura 5-15.** Actitudes sobre el aborto, ítem relacionado a aceptar un aborto bajo causales despenalizadas como compromiso en la vida del producto.



**Figura 5-16.** Actitudes sobre el aborto, ítem relacionado a aceptar un aborto bajo causales despenalizadas como compromiso en la vida de la madre.

Acorde al Test de Cramer's V, además de haber una marcada afinidad hacia apoyar el aborto en las causales anteriormente mencionadas, se puede observar que, la mayor parte de los estudiantes apoyan el aborto si el embarazo es producto de violación y se acompaña de compromiso para la vida de la madre y del feto.

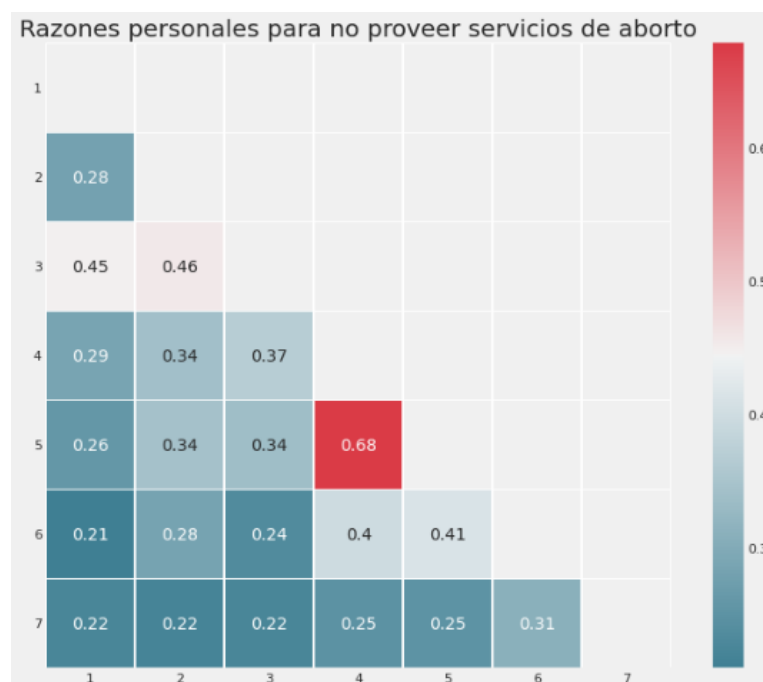
Además, bajo la misma situación, apoyan en mayor medida si la mujer decide interrumpir el embarazo a consecuencia de abuso sexual.

## RESULTADOS SEGUNDO APLICATIVO

### Dimensión: Razones personales para no proveer servicios de aborto

En la siguiente figura se puede observar que, en la segunda aplicación de la encuesta, para la dimensión “Razones personales para no proveer servicios de aborto”, la mayor relación se encuentra entre los siguientes ítems:

1. “Tendría miedo de ser rechazado/a por mi familia o grupos de amigos” y “Tendría miedo de ser rechazado/a por mis colegas y/o estigmatizado/a en mi profesión” (V=0.68).

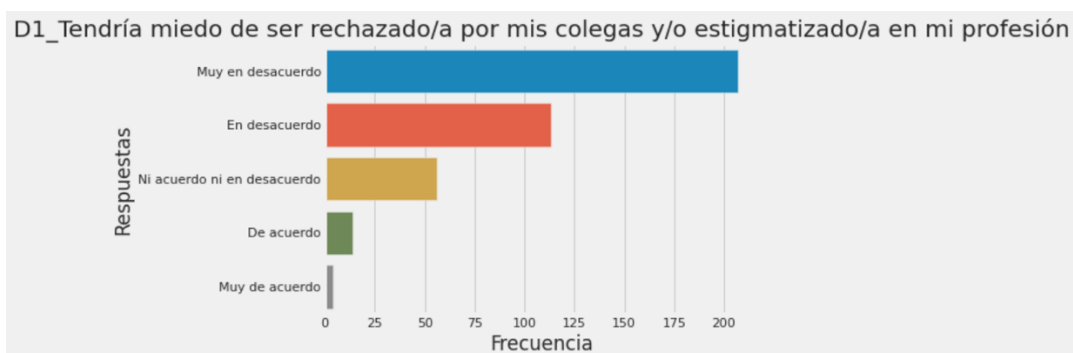


**Figura 6-1.** Cramer's V para la dimensión Razones personales para no proveer servicios de aborto.

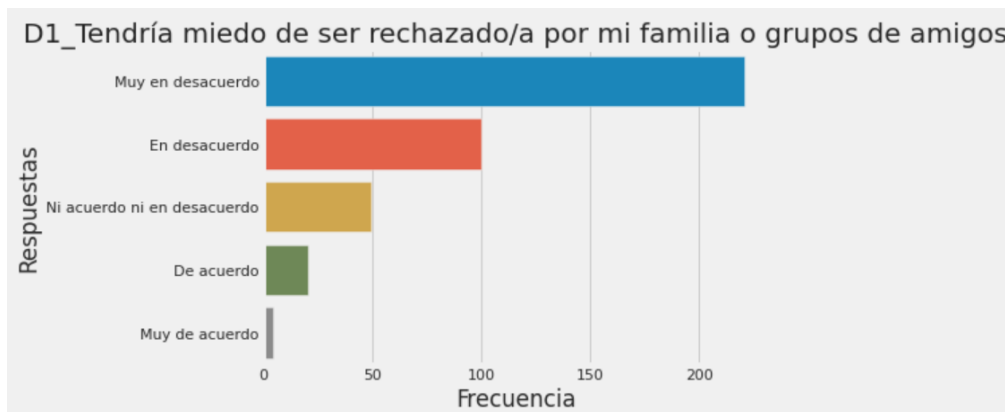
Código	Ítem
1	Estaría fuera de mi deber profesional
2	Está en contra de mis creencias religiosas
3	Está en contra de mis valores personales
4	Tendría miedo de ser rechazado/a por mis colegas y/o estigmatizado/a en mi profesión
5	Tendría miedo de ser rechazado/a por mi familia o grupos de amigos
6	Tendría miedo de que hostiguen a mi familia o a mí
7	Tendría miedo de tener problemas legales

**Tabla 6-1.** Codificación de ítems para la dimensión Razones personales para no proveer servicios de aborto.

En el caso de los ítems correspondientes a esta relación, en esta segunda aplicación se encontró una mayor tendencia hacia la opción “Muy en desacuerdo” donde la mitad de los alumnos (56.76%) contestó que no tendrían miedo del rechazo por parte de sus grupos sociales, así como de ser rechazado por sus colegas y/o estigmatizado en su profesión (53.62%).



**Figura 6-2.** Razones personales para no proveer servicios de aborto, ítem relacionado a rechazo por colegas.



**Figura 6-3.** Razones personales para no proveer servicios de aborto, ítem relacionado a rechazo por colegas y estigma en profesión.

Acorde al Test de Cramer's V, los alumnos relacionaron con mayor intensidad las consecuencias en sus relaciones interpersonales y laborales que su postura en torno al aborto podría traer en un futuro, pero, al igual que en la primera encuesta, la tendencia se inclina hacia continuar apoyando el aborto sin importar las consecuencias sociales que esta postura conlleve.

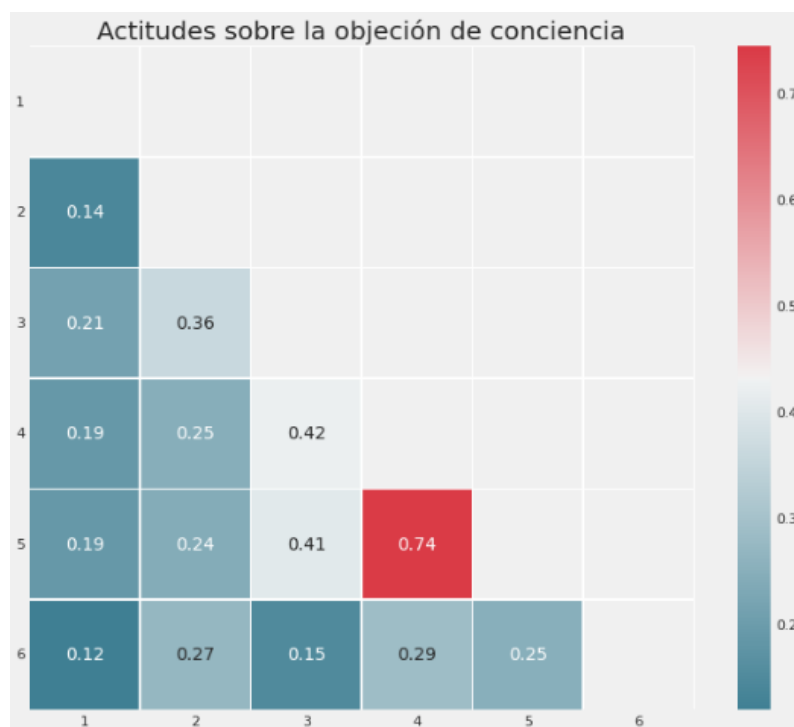
En el caso de la relación obtenida entre los principios y las creencias religiosas, los resultados obtenidos por el Test de Cramer's V demostraron que en esta segunda aplicación no hubo relación significativa para los alumnos.



### Dimensión: Actitudes sobre la objeción de conciencia

En esta dimensión, se encuentra una relación muy marcada por los siguientes ítems:

1. “Yo usaría la objeción de conciencia para evitar atender a una mujer que quisiera un aborto legal” y “Yo usaría la objeción de conciencia para evitar atender a una mujer que quisiera abortar, sin importar sus razones” ( $V=0.74$ ).

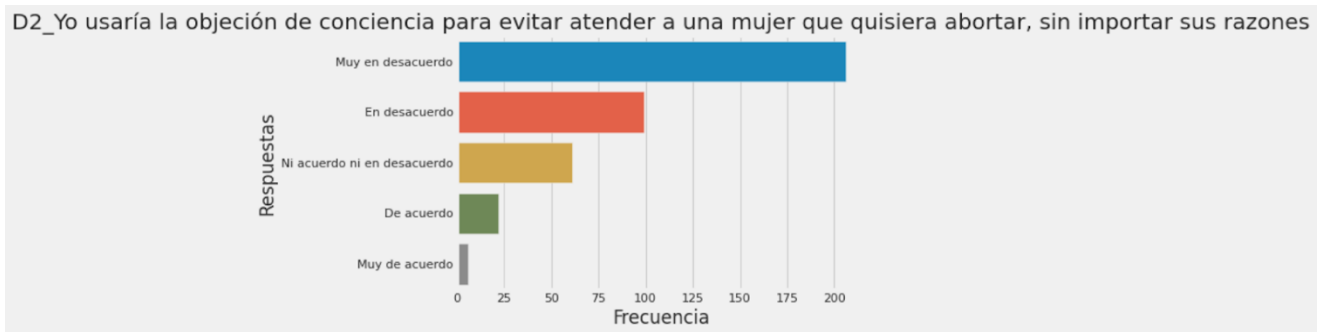


**Figura 6-4.** Cramer's V para la dimensión Actitudes sobre la objeción de conciencia.

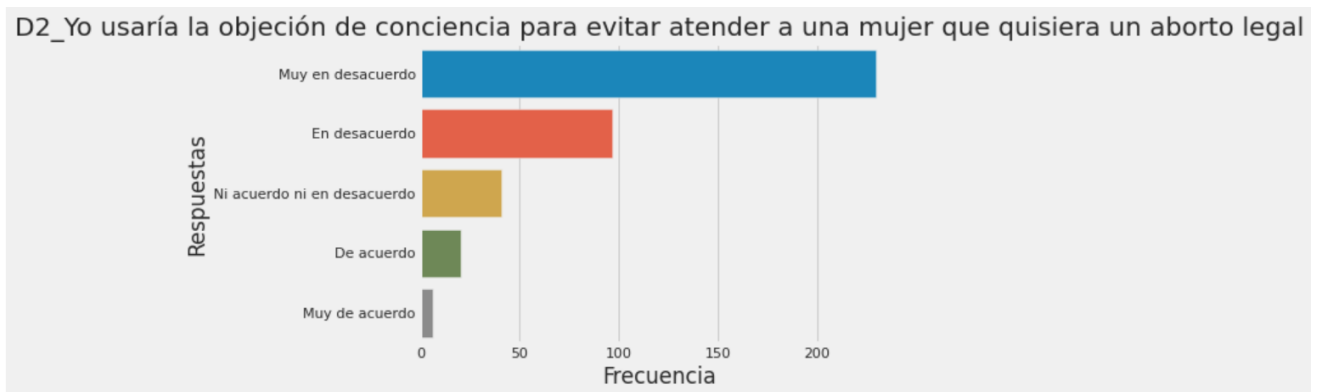
Código	Ítem
1	Los/as médicos objetores de conciencia deben derivar a las pacientes con posibilidades de aborto legal a un/a médico que esté dispuesto a realizarlo
2	Los/as médicos deben poder recurrir a la objeción de conciencia para evitar dar atención postaborto
3	Yo usaría la objeción de conciencia para evitar atender a una mujer con complicaciones post aborto
4	Yo usaría la objeción de conciencia para evitar atender a una mujer que quisiera abortar, sin importar sus razones
5	Yo usaría la objeción de conciencia para evitar atender a una mujer que quisiera un aborto legal
6	A nivel personal generalmente apoyo la objeción de conciencia

**Tabla 6-2.** Codificación de ítems para la dimensión Actitudes sobre la objeción de conciencia.

En los ítems correspondientes a esta relación, en esta segunda aplicación se encontró una tendencia hacia la opción “Muy en desacuerdo” donde, la mitad de los alumnos declaró que no usaría la objeción de conciencia para evitar atender a una mujer que solicite un aborto legal (59.42%) sin importar las razones por las cuales quiera interrumpir su embarazo (53.14%).



**Figura 6-5.** Actitudes sobre la objeción de conciencia, ítem relacionado a usos de la objeción de conciencia.

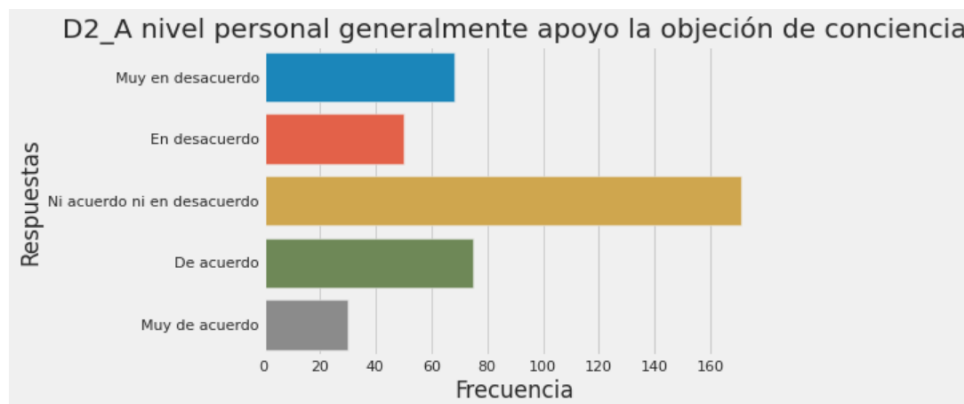


**Figura 6-6.** Actitudes sobre la objeción de conciencia, ítem relacionado a usos de la objeción de conciencia.

Acorde al Test de Cramer 's V, la relación entre ambos ítems incrementó en comparación con los resultados obtenidos en la primera aplicación de la encuesta.

En este caso, los alumnos continuaron sin reconocer la objeción de conciencia ante situaciones como las causales que permiten el aborto legal en la actualidad o cualquier otra causal que no se encuentre dentro de este marco legal.

Además de ello, el ítem “generalmente apoyo la objeción de conciencia”, si bien tuvo un ligero incremento, continúa sugiriendo, junto con los ítems anteriormente comentados, una falta de conocimiento y reconocimiento de la objeción de conciencia.

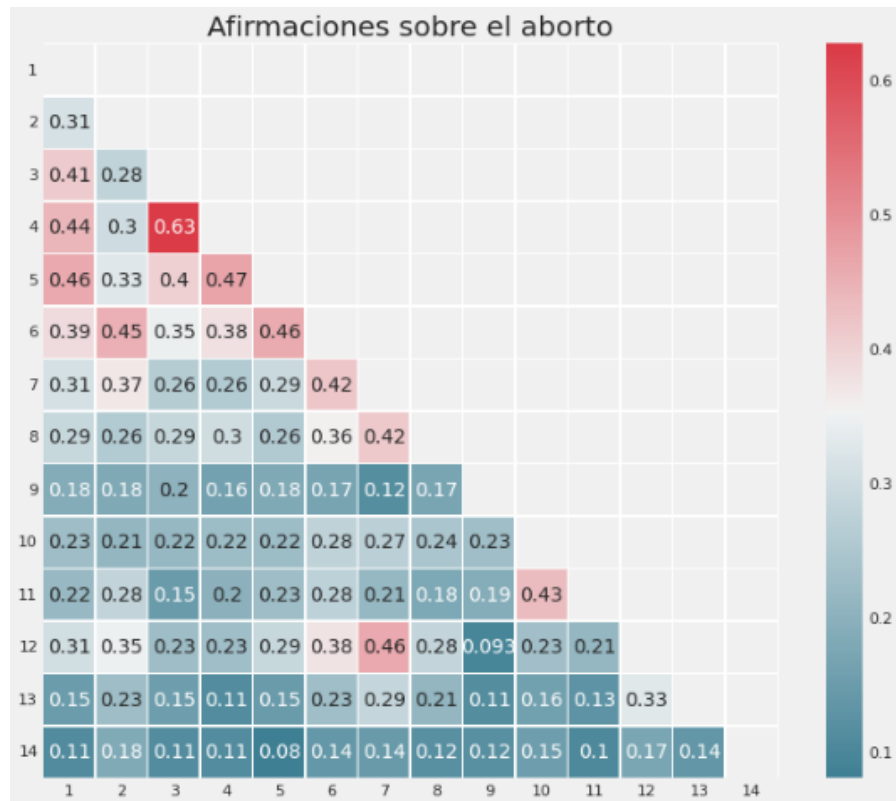


**Figura 6-7.** Actitudes sobre la objeción de conciencia, ítem relacionado a apoyo hacia la objeción de conciencia.

#### **Dimensión: Afirmaciones sobre el aborto**

Pasando a la dimensión “Afirmaciones sobre el aborto”, los resultados correspondientes al Test de Cramer’s V demostraron relación entre los siguientes ítems:

1. “El aborto es aceptable si la mujer tiene una discapacidad sensorial -por ejemplo, es ciega o sorda-” y “El aborto es aceptable si la mujer tiene una discapacidad intelectual” ( $V=0.63$ ) perdiendo relación en comparación a los ítems resultantes de la primera aplicación.

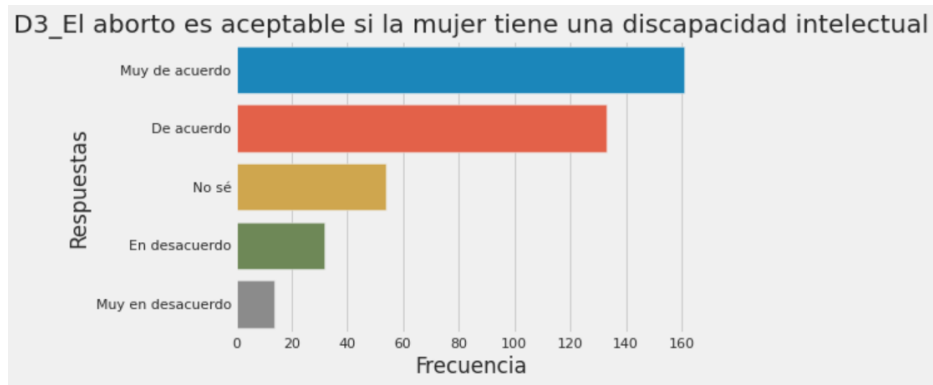


**Figura 6-8.** Cramer's V para la dimensión Afirmaciones sobre el aborto.

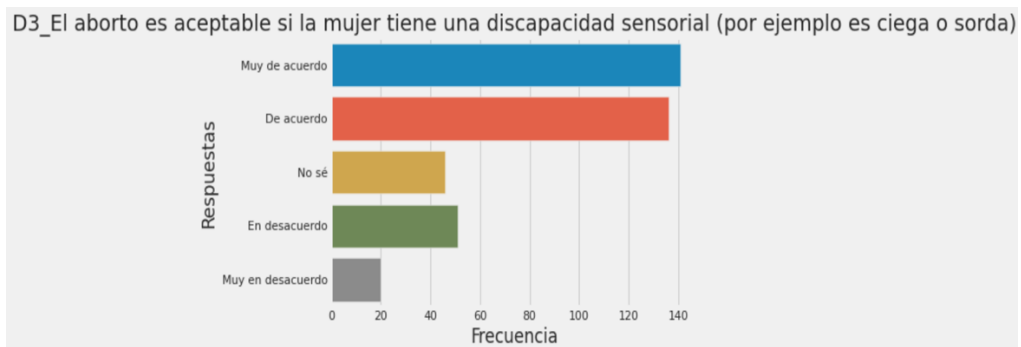
Código	Ítem
1	El aborto es aceptable si la mujer no tiene el apoyo de la familia
2	El aborto es aceptable en cualquier situación
3	El aborto es aceptable si la mujer tiene una discapacidad intelectual
4	El aborto es aceptable si la mujer tiene una discapacidad sensorial (por ejemplo, es ciega o sorda)
5	El aborto es aceptable si el hombre no apoya a la mujer en tener el hijo
6	El aborto es aceptable si la mujer considera que ya tiene suficientes hijos
7	El aborto es un derecho de la mujer
8	El aborto puede ser algo bueno para algunas mujeres en algunas situaciones
9	El aborto es la manera más fácil de salir de un embarazo no planificado
10	El aborto es aceptable pasado el primer trimestre en situaciones excepcionales
11	El aborto es aceptable pasado el primer trimestre de embarazo en cualquier situación
12	Brindar servicios de aborto es una contribución positiva para la sociedad
13	Las necesidades de los pacientes son más importantes que las creencias de los/las médicos/obstetras
14	Los/las médicos/obstetras tienen la responsabilidad de aconsejar a sus pacientes en contra del aborto

**Tabla 6-3.** Codificación de ítems para la dimensión Afirmaciones sobre el aborto.

En esta agrupación de ítems, se encontró de nuevo una tendencia hacia la opción “Muy de acuerdo” donde, menos de la mitad (40.82%) declaró apoyar el aborto cuando se trata de una mujer con discapacidad intelectual y cuando tiene una discapacidad sensorial (35.75%).



**Figura 6-9.** Afirmaciones sobre el aborto, ítem relacionado a aceptación del aborto en mujeres con discapacidad intelectual.



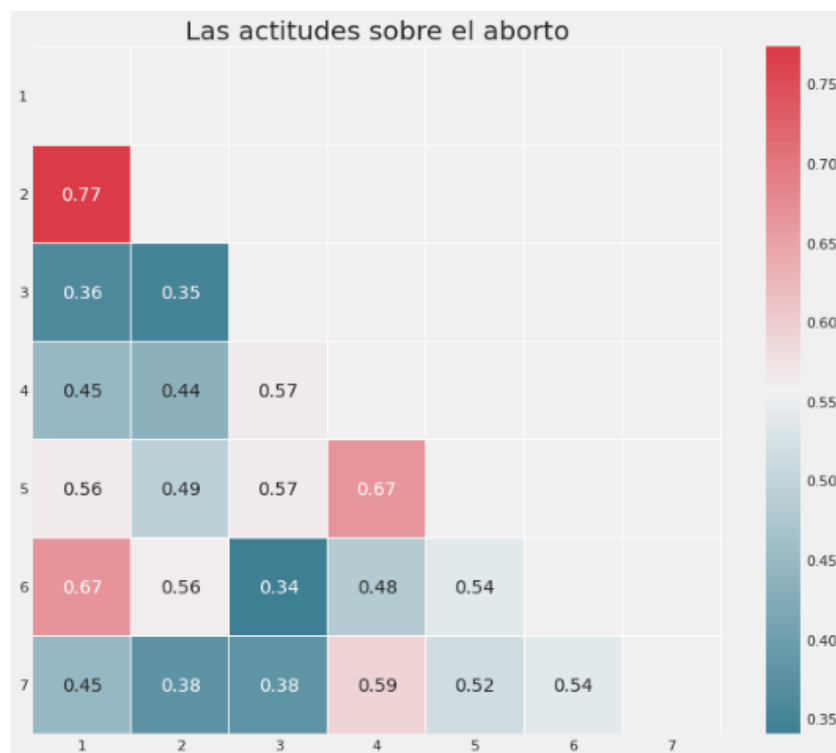
**Figura 6-10.** Afirmaciones sobre el aborto, ítem relacionado a aceptación del aborto en mujeres con discapacidad sensorial.

Acorde al Test de Cramer's V y en comparación con los resultados de la primera aplicación, la distribución de respuestas cambia de manera significativa en la opción "De acuerdo", sugiriendo que, en esta segunda aplicación existió una inclinación de la población hacia aceptar el aborto en el marco de una discapacidad intelectual o sensorial.

Sin embargo, la distribución de respuestas continúa sugiriendo que, ante un aborto suscitado dentro de dichos rubros, hay parte de la población que pone en duda prestar sus servicios, de nuevo manifestando que, si bien los alumnos de nuevo mostraron no reconocer la objeción de conciencia en cualquier situación, en este tipo de situaciones podrían a futuro, reconsiderarla.

**Dimensión: Las actitudes sobre el aborto**

Finalmente tenemos los ítems asociados a la dimensión “las actitudes sobre el aborto”, donde las relaciones se muestran en la siguiente figura:



**Figura 6-11.** Cramer's V para la dimensión Las actitudes sobre el aborto.



Código	Ítem
1	Si una mujer no desea tener un hijo
2	Si una pareja en conjunto decide no tener un hijo
3	Si la vida de la madre corre grave peligro por el embarazo
4	Si el feto tiene un defecto que lo hace inviable, o sea, que es seguro que morirá antes de nacer o al poco tiempo de nacer
5	Si la mujer quedó embarazada producto de una violación
6	Si la mujer o pareja no tiene los medios económicos para criar al hijo
7	Si la madre es menor de 14 años

**Tabla 6-4.** Codificación de ítems para la dimensión Las actitudes sobre el aborto.

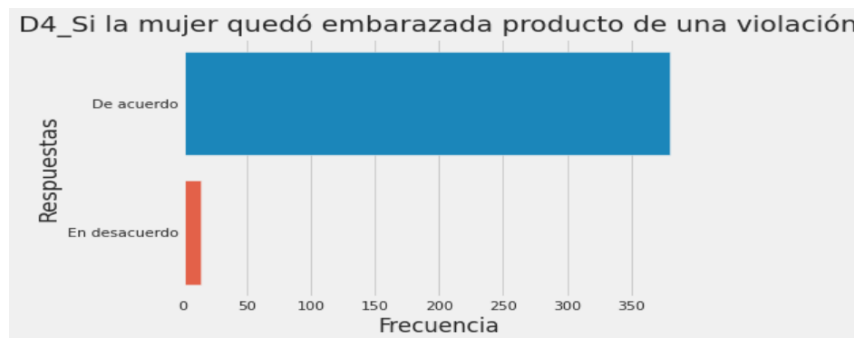
Como se puede observar, el ítem “Si la mujer quedo embarazada producto de una violación” se encuentra de igual manera relacionada con los siguientes ítems:

1. “Si el feto tiene un defecto que lo hace inviable, o sea, que es seguro que morirá antes de nacer o al poco tiempo de nacer” (V=0.67).
2. “Si la vida de la madre corre grave peligro por el embarazo” (V=0.57).
3. “Si la mujer no desea tener un hijo” (V=0.49).

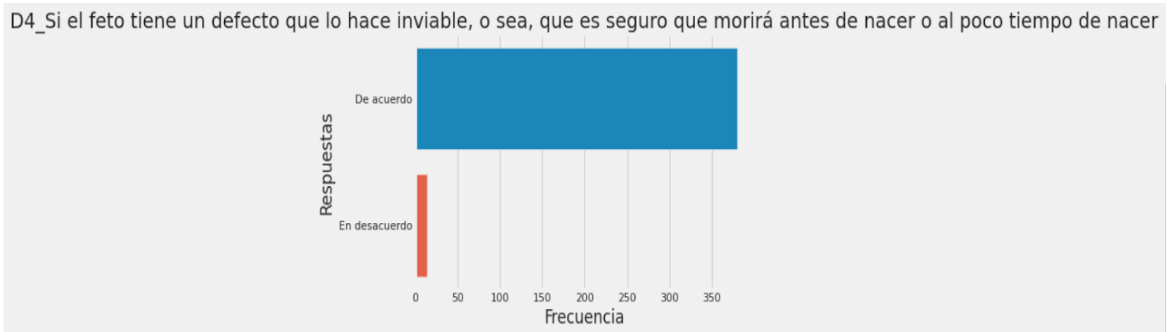
Cabe destacar que, si bien existe una relación entre los ítems anteriormente mencionados en ambos tiempos de aplicación de la encuesta, la relación obtenida mediante el Test de Cramer 's V en la segunda aplicación fue menor con respecto a la relación obtenida en la primera aplicación.

Así mismo, a diferencia de la primera aplicación, los ítems más relacionados en esta dimensión son “Si la mujer quedo embarazada producto de una violación” y “Si el feto tiene un defecto que lo hace inviable, o sea, que es seguro que morirá antes de nacer o al poco tiempo de nacer” ( $V=0.67$ ).

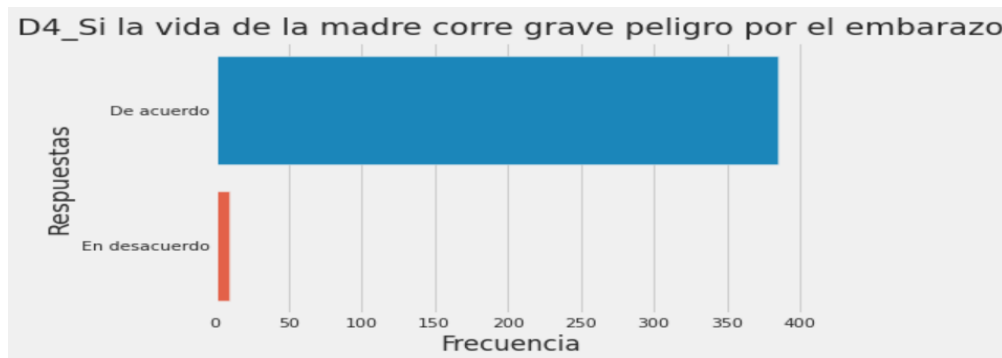
En el caso de estos ítems, la tendencia hacia la opción “De acuerdo” se mantuvo al igual que en la primera encuesta donde, la mayoría de los estudiantes aceptó que se realicen abortos en casos de violación (96.62%), cuando el feto tenga un defecto que lo haga inviable (96.38%) o cuando la vida de la madre corra peligro (97.58%).



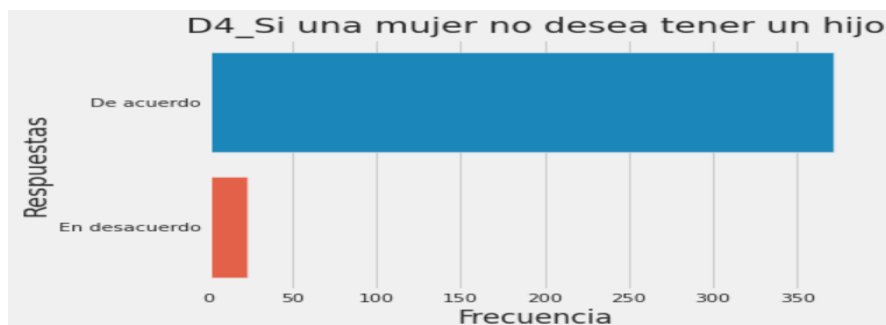
**Figura 6-12.** Actitudes sobre el aborto, ítem relacionado a aceptar un aborto bajo causales despenalizadas como violación.



**Figura 6-13.** Actitudes sobre el aborto, ítem relacionado a aceptar un aborto bajo causales despenalizadas como compromiso en la vida del producto.



**Figura 6-14.** Actitudes sobre el aborto, ítem relacionado a aceptar un aborto bajo causales despenalizadas como compromiso en la vida de la madre.



**Figura 6-15.** Actitudes sobre el aborto, ítem relacionado a aceptar un aborto si la mujer decide no tener un hijo.

Acorde al Test de Cramer's V, al igual que en las relaciones obtenidas en la encuesta anterior, en las causales anteriormente comentadas persiste la afinidad hacia apoyar el aborto si el embarazo es, además, producto de abuso sexual.

La misma relación reveló que la postura a favor del aborto será aún mayor por parte de los futuros prestadores de servicios en salud si el embarazo es consecuencia de abuso sexual y la viabilidad del producto se encuentra comprometida.

## RASTREO Y COMPARATIVA

Los resultados anteriores muestran la relación que existe entre las distintas percepciones tanto profesionales como personales frente al aborto. Cada relación entre las respuestas muestra que, dada una opinión a favor del aborto en el ámbito personal, las respuestas profesionales siguen el mismo comportamiento.

Con base en este comportamiento, se analizaron 393 encuestas anteriores al curso de embriología y 394 encuestas de manera posterior al curso, en las cuales el comportamiento a favor del aborto prevalece.

La prueba de hipótesis se enfocará en aquella población que respondió tanto la primera, como la segunda encuesta. Registrando una población inicial de 2,150 alumnos, se procedió a realizar el teorema de Yamane, en el cual se considera que una muestra es representativa cuando el nivel de confianza es superior al 90%.

Con dicha prueba estadística se sustenta que los siguientes resultados tienen una validez poblacional para el análisis, dado que la cantidad de encuestas necesarias para una significancia del 90% es de 96 encuestas. Es así que, la base de datos final con alumnos que respondieron la primera y segunda encuesta es de 137, generando una base de datos sólida que permitirá evaluar las actitudes de la población blanco en torno al aborto.

### **Definición de Calificación (Score)**

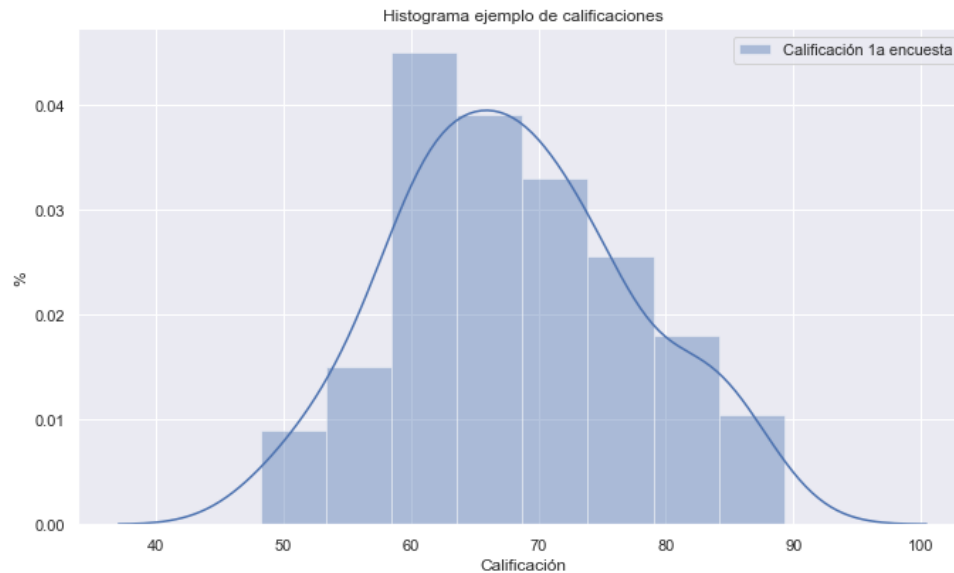
Para evaluar el grado de inclinación hacia o en contra del aborto se elaboró un score denominado calificación.

El método de cálculo consiste en la generación de variables ordinales con respecto a las respuestas de los alumnos, dichas respuestas son clasificadas de 1 a 4 en nivel del grado de aceptación de la pregunta respecto al aborto.

Todas las respuestas son sumadas para generar un valor numérico el cual es estandarizado para obtener valores entre 1 y 100. Es decir, cada alumno obtendrá una calificación del 1 al 100 respecto a la percepción del aborto tanto en la encuesta inicial como en la encuesta post curso.

Aquellos alumnos con calificaciones más cercanas a 100 son aquellos con opiniones más a favor del aborto, por el contrario, alumnos con calificaciones más bajas serán aquellos con más reticencia hacia el aborto.

La siguiente gráfica muestra como ejemplo el resultado de la calificación en la encuesta inicial.



**Figura 7-1.** Histograma de calificaciones ejemplo.

### Resultados de la prueba de hipótesis

Como se planteó con anterioridad, la prueba de diferencia de medias permitirá determinar si existe un cambio significativo en la percepción del aborto en una misma población antes y después del curso.

Los 137 alumnos que conforman la muestra fueron evaluados con la calificación del estado inicial vs el estado final. La metodología de cálculo de ambas calificaciones está basada en las mismas preguntas.

En este caso el problema se plantea de la siguiente manera:

$$\begin{aligned} H_0 : \mu_1 &= \mu_2 \text{ donde;} \\ \mu_1 &= 68.13 \\ \mu_2 &= 69.91 \end{aligned}$$

Obteniendo la prueba estadística de estas dos poblaciones obtenemos los siguientes resultados:

$$Z_{\alpha/2} = 1.96$$

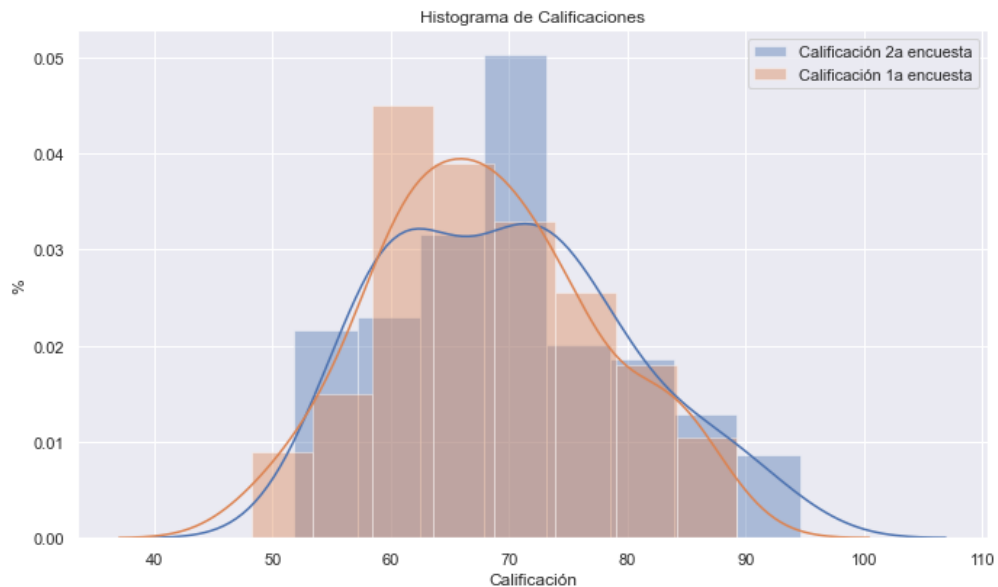
(obtenido de la tabla de una distribución normal)

$$Z = 1.47$$

$$p\text{-value} = 0.143$$

Estos resultados nos ayudan a concluir que, a pesar de que algunos alumnos pudieran cambiar su percepción en torno al aborto, a nivel poblacional no es significativo dicho cambio, concluyendo así que el curso de “Embriología Humana” no modifica significativamente dicha percepción.

A modo ilustrativo se pueden observar los resultados en la siguiente gráfica que distingue las dos calificaciones.



**Figura 7-2.** Resultado gráfico de la prueba de hipótesis.



1a. Encuesta				2a. Encuesta			
Promedio	Desv. Est.	Mediana	Moda	Promedio	Desv. Est.	Mediana	Moda
68.1	9.3	67.9	62.5	69.9	10.2	69.6	62.5 ; 75

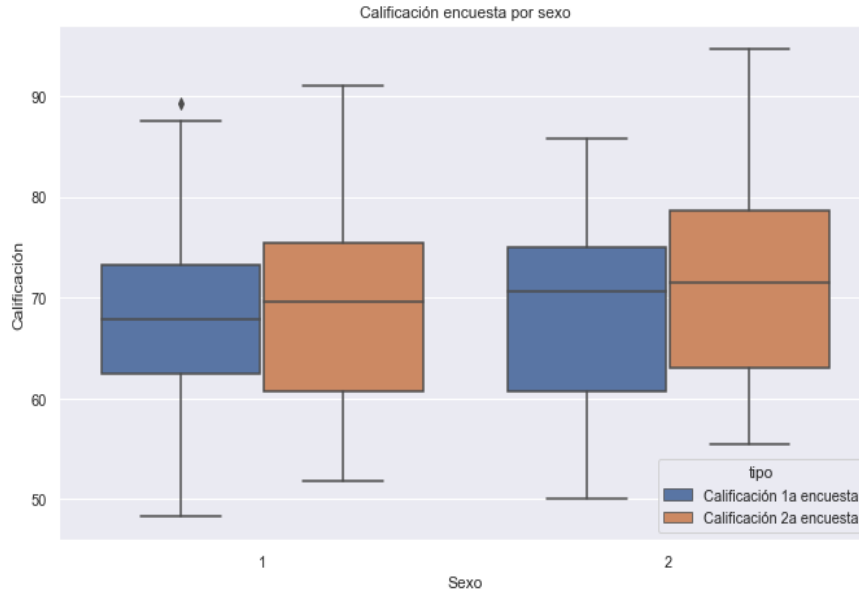
**Tabla 7-1.** Medidas de tendencia central correspondientes a la prueba de hipótesis.

Tal como se expresa en la gráfica anterior, no existen cambios drásticos hacia la derecha o izquierda en alguna de las distribuciones, sin embargo, ciertos alumnos aumentaron su opinión positiva hacia el aborto.

### **Cambios en las subpoblaciones**

A continuación, se evalúa que tipo de alumnos cambiaron su opinión con respecto al aborto.

Este análisis se realizó con la misma población de 137 alumnos, tomando en cuenta que, a nivel población no existen cambios significativos, sin embargo, gráficamente podríamos percibir algún tipo de modificación.



**Figura 7-3.** Cambio de calificación por sexo, en donde el sexo masculino se codificó con el número 1 y el sexo femenino se codificó con el número 2.

Sexo	1a. Encuesta				2a. Encuesta			
	Promedio	Desv. Est.	Mediana	Moda	Promedio	Desv. Est.	Mediana	Moda
1	68.1	8.9	67.9	62.5;69.6	69.3	10.2	69.6	62.5
2	68.3	10.5	70.5	75	71.7	10.4	71.4	67.8;71.4

**Tabla 7-2.** Medidas de tendencia central correspondientes a cambio de calificación por sexo.

Para el caso de la figura 7-3, se observa que, después del curso de Embriología Humana, las mujeres incrementaron positivamente su percepción en torno al aborto.

Es decir, tomando la sección 2 correspondiente a las mujeres, el boxplot correspondiente a la primera aplicación muestra que el 50% de la población femenina se encontraba entre 61 y 75 puntos de calificación, mostrando inicialmente una postura favorable hacia el aborto.

En contraste, en el boxplot correspondiente a la segunda encuesta, se muestra que el 50% de la población femenina ahora está entre los 63 y casi los 80 puntos de calificación, mostrando una tendencia más positiva hacia el aborto.

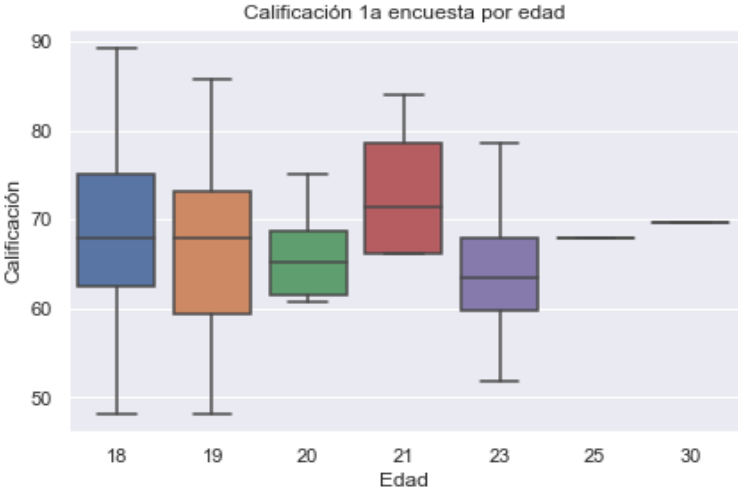


Figura 7-4. Comparativo por edad y calificación.

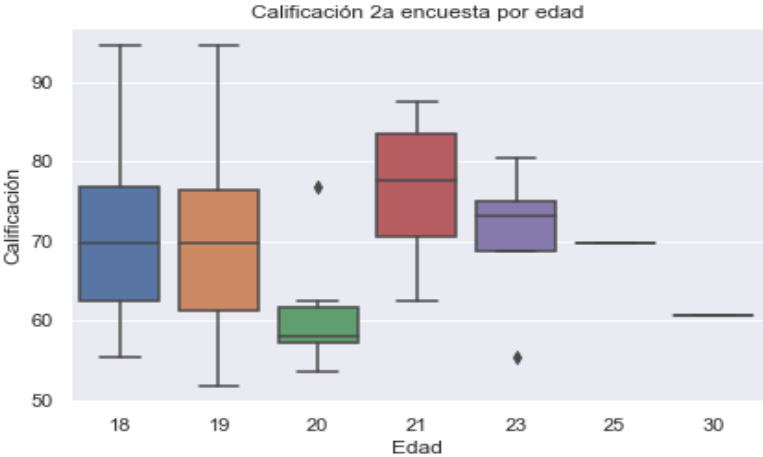


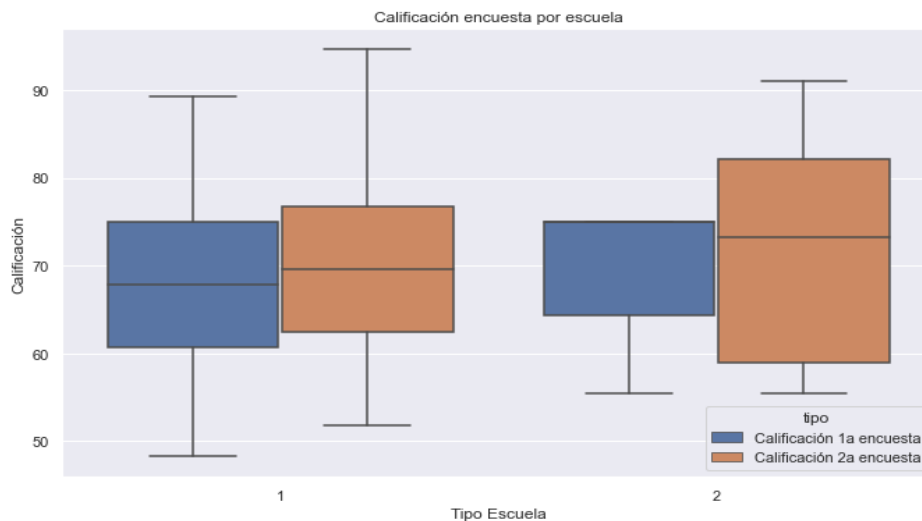
Figura 7-5. Comparativo por edad y calificación.

Edad	1a. Encuesta				2a. Encuesta			
	Promedio	Desv. Est.	Mediana	Moda	Promedio	Desv. Est.	Mediana	Moda
18	68.6	9.3	67.9	62.5	70.6	9.9	69.6	62.5
19	67.4	10.0	67.9	67.8	69.5	10.8	69.6	71.4
20	66.1	5.5	65.2	60.7	61.0	8.3	58.0	57.1
21	73.2	8.7	71.4	66	76.3	10.9	77.7	---
23	64.3	11.0	63.4	---	70.5	10.7	73.2	73.2

**Tabla 7-3.** Medidas de tendencia central correspondientes a comparativo por edad y calificación.

De modo semejante al sexo, las cajas correspondientes a las edades 18, 19, 21 y 23 años mostraron un aumento en la afinidad hacia el aborto, incluso el boxplot correspondiente a los 18 y 19 años logró mostrar una calificación que sobrepasó los 90 puntos en los resultados de la segunda aplicación de la encuesta.

Sin embargo, el 50% de la población de 20 años muestra una menor dispersión de respuestas y menor afinidad hacia el aborto en los resultados del segundo aplicativo.



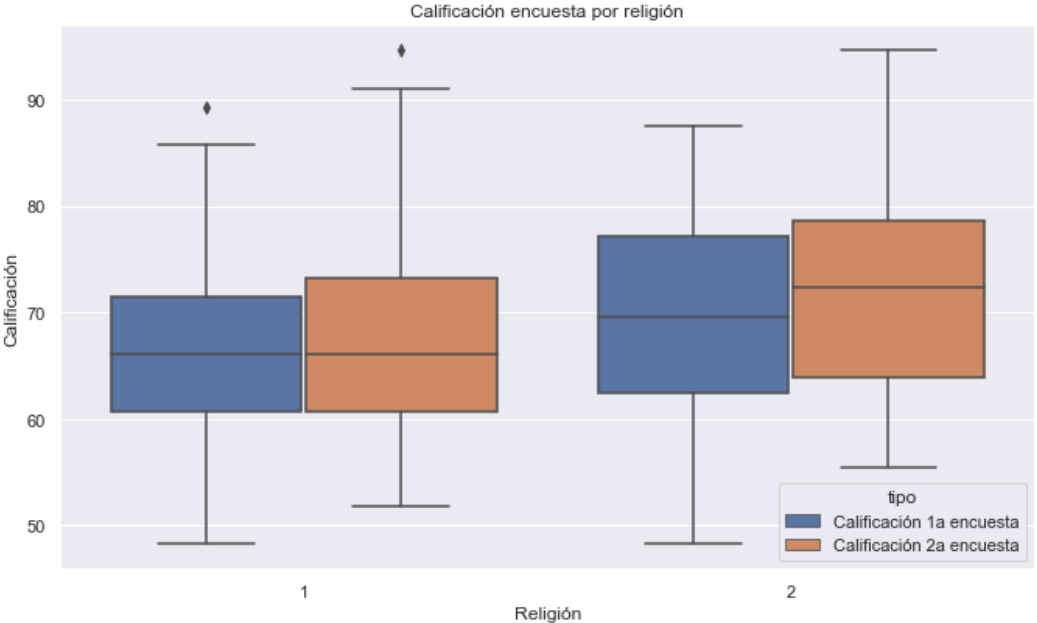
**Figura 7-6.** Cambio en calificación por escuela, de procedencia, donde 1 corresponde a escuela pública y 2 a escuela privada.

Escuela	1a. Encuesta				2a. Encuesta			
	Promedio	Desv. Est.	Mediana	Moda	Promedio	Desv. Est.	Mediana	Moda
1	68.1	9.4	67.9	62.5	69.8	10.1	69.6	62.5
2	68.9	8.9	75.0	75	72.1	15.1	73.2	---

**Tabla 7-4.** Medidas de tendencia central correspondientes a cambio en calificación por escuela.

La escuela de procedencia muestra un comportamiento significativo. Escuelas públicas aparentemente mostraron un ligero aumento en la afinidad hacia el aborto después del curso, donde 50% de su población presentó una calificación de entre 61 y 75 puntos en la encuesta inicial, en cambio, en la segunda encuesta mostró entre 63 a 75 puntos de calificación.

Por el contrario, 50% de los alumnos de escuelas privadas muestran calificaciones entre 65 a 75 puntos en la primera encuesta, generando, tal como se indica en el boxplot correspondiente a ese tiempo de aplicación, una serie de posturas menos variadas, a comparación del boxplot correspondiente a la segunda aplicación, que mostró un incremento considerable en la dispersión de las respuestas y en el puntaje, el cual alcanza valores cercanos a 90 en la población total proveniente de escuelas privadas.



**Figura 7-7.** Cambio en calificación por religión, donde 1 corresponde a la población que no practica alguna religión y 2 corresponde a población que practica alguna religión.

Religión	1a. Encuesta				2a. Encuesta			
	Promedio	Desv. Est.	Mediana	Moda	Promedio	Desv. Est.	Mediana	Moda
1	66.3	8.3	66.1	62.5	67.8	10.1	66.1	62.5
2	70.3	10.0	69.6	69.6; 75	72.4	9.9	72.3	71.4

**Tabla 7-5.** Medidas de tendencia central correspondientes a cambio en calificación por religión.

En el ítem correspondiente a religión, alumnado que inicialmente no profesa religión alguna mantiene una distribución similar antes y después del curso, es decir, en ambos boxplot correspondientes a la primera y segunda aplicación de la encuesta, el 50% de la población mantuvo puntajes de entre 60 a 70 puntos.

Caso contrario, aquella población que manifestó practicar alguna religión mostró un incremento considerable entre la primera y la segunda encuesta, ya que, en el segundo boxplot los puntajes de la población mostraron una mayor aceptación en torno al aborto.

## DISCUSIÓN

Una vez revisados los resultados obtenidos en ambos tiempos de aplicación, se busca responder a la pregunta de investigación ¿Puede la formación médico-científica generar cambios en la percepción en torno al aborto en la comunidad estudiantil de primer año de la carrera de Médico Cirujano de la Facultad de Medicina de la Universidad Nacional Autónoma de México?

Tal como se puede ver en apartados anteriores, a pesar de existir ligeros cambios en la percepción que tienen los alumnos de la Facultad de Medicina en torno al aborto, no son cambios significativos, por lo que, la formación médico- científica que proporciona el curso de embriología humana no es suficiente para dar fundamentos a la percepción del alumnado en el marco de temas como el aborto o la objeción de conciencia.

Partiendo de ello, los resultados arrojan que, más de la mitad del alumnado, tanto al inicio como al final del curso no teme prestar sus futuros servicios de aborto aun cuando esto traiga consecuencias en su entorno social y laboral.

Este hallazgo indica que, la población blanco es potencialmente capaz de cumplir uno de los requisitos mencionados con anterioridad para la toma de decisiones



autónoma ante un conflicto ético derivado de un aborto, la ausencia de disposiciones externas o acciones coercitivas que infunden un miedo o inclinación a los futuros prestadores de servicios en salud para que estos emitan una postura a favor o en contra del aborto.

Si bien el hallazgo anterior indica que nos encontramos ante una generación que puede tomar potenciales decisiones autónomas y libres de influencias externas, también demostraron no cumplir con la condición de actuar con el mayor grado de conocimiento para la toma de decisiones autónoma, ya que, menos de la mitad de la población estuvo de acuerdo con prestar servicios de aborto a mujeres con discapacidad sensorial o intelectual, el resto de la población mostró respuestas referentes a posiciones inciertas, pero muy pocos demostraron una posición en contra.

Ante esta situación y en ítems previos, la mayoría de la población no reconoce la objeción de conciencia como un derecho al que tienen acceso y como una situación que con las nuevas legislaciones es potencialmente regulable.

Incluso mostraron que no utilizarían la objeción de conciencia, prefiriendo mantener una posición incierta ante problemas éticos tales como el marco de una discapacidad, derribando así sus posturas iniciales en las cuales aceptaron el aborto en cualquier situación.

Estos hallazgos refuerzan que, el alumnado de primer año de la Facultad de Medicina de la UNAM no tiene conocimiento acerca de lo que implica la objeción de conciencia en medicina, hasta este punto de su formación tampoco cuentan con las herramientas necesarias que les permitan conocer de qué manera y bajo qué situaciones -tales como aquellas que pongan en conflicto sus principios con su práctica médica- pueden ejercer la objeción de conciencia.

El rastreo y comparativa final, demuestran que, las posturas finales de la generación tienden más a estar a favor del aborto que las posturas obtenidas de manera inicial, sin embargo, tal como se muestra en la figura 7-2, se registran posturas con tendencia hacia un punto neutro, casi indeciso.

De esta manera, la información obtenida nos enfrenta ante una generación cuyas posturas ayudarán a futuro a aquellas pacientes que decidan interrumpir su embarazo, pero, no se debe omitir que, los estudiantes necesitan algo más que la formación médico- científica para fundamentar sus posturas para que estas puedan ser emitidas como el producto de una profunda reflexión y no como el vano seguimiento de un paradigma.

En comparativa con el estudio original “Future health providers’ willingness to provide abortion services following decriminalisation of abortion in Chile” de M. Antoniaa Biggs se encontraron los siguientes resultados:

1. En ambos estudios, los factores asociados a mostrar mayor aceptación hacia el aborto fueron proceder de escuelas laicas y no practicar religión alguna.
2. Así mismo, ambos estudios coincidieron con que, los factores relacionados en población que mostró menor afinidad hacia el aborto fueron una edad mayor -25 años en adelante en el estudio aplicado en Chile vs. personas de 23 en adelante en el estudio aplicado en México-.
3. Además, en ambos estudios, las preocupaciones principales en torno a proveer servicios de aborto fueron mayores en estudiantes con creencias religiosas que en estudiantes que no practican alguna religión.

Entre las principales preocupaciones acerca de brindar servicios de aborto a futuro, mientras que en Chile las principales causas incluyeron proveer aborto en contra de los valores personales (32%) o creencias religiosas (18%) y problemas legales (23%), en México la población blanco no mostró preocupaciones en torno a sus valores personales (5.8%; 5.1%) creencias religiosas (5.8 %; 8.1%), sin embargo, mostró mayor preocupación por tener problemas legales (30%; 31.8 %).

Por último, en el estudio realizado en Chile, tres cuartos (77%) de la población se mostró de acuerdo o muy de acuerdo en que las necesidades de las pacientes son más importantes que las creencias de los médicos, en México se obtuvieron resultados similares (79.9 %; 80.6%).

En relación a la serie de estudios en torno a la percepción del alumnado hacia el aborto, junto con las investigaciones realizados en Polonia y España, también se

encontró que, mientras mayor preparación tengan los alumnos de medicina, reportarán percepciones más favorables hacia el aborto y prestar sus futuros servicios en torno a éste.

### **Limitaciones y fortalezas del estudio**

Dentro de las limitaciones y fortalezas presentadas en este estudio se encuentran las siguientes

1. El estudio se llevó a cabo en el marco de la pandemia por Covid-19, por lo que, la promoción y aplicación en ambos tiempos de la encuesta fueron por medios electrónicos.
2. Si bien la muestra fue representativa, el índice de respuesta de la generación fue menor de lo esperado.
3. Debido a que el estudio fue llevado a cabo en la Universidad Nacional Autónoma de México, se contó con una gran y diversa población procedente de varios estados y escuelas, con distintas creencias religiosas y principios que lograron enriquecer el trabajo de investigación y, con ello, los resultados obtenidos.
4. El tiempo en el cual se realizó la investigación coincidió con el año en el cual se declaró la inconstitucionalidad de la penalización del aborto dictaminada por la Suprema Corte de Justicia de la Nación y con la invalidación del artículo BIS de la Ley General de Salud, generando así un entorno que contextualiza a los futuros prestadores en servicios de salud hacia lo que será su próximo ejercicio profesional.

## **Conclusión y relevancia del estudio**

El presente proyecto de investigación es el primero en evaluar a estudiantes de medicina de la Universidad Nacional Autónoma de México en torno a temas como el aborto y la objeción de conciencia, posicionando a México dentro de la lista de países que se han dedicado a analizar en los últimos 3 años las percepciones y posturas que guarda el futuro personal de salud en torno a dilemas con el inicio de la vida. Además, es un puente para futuras investigaciones interesadas en conocer más a fondo a generaciones venideras y, con ello, los puntos de oportunidad que permitan mejorar el perfil de egreso del Médico Cirujano de la Facultad de Medicina de la UNAM.

Al concluir este trabajo de investigación, varios temas invitan a una reflexión final.

El desarrollo de nuevas tecnologías y el avance de la ciencia han alcanzado lo que alguna vez se consideró una tarea únicamente sagrada, como es la reproducción.

En el momento en el cual las mujeres han dejado de ser consideradas un simple medio con fines reproductivos, resaltaron una serie de luchas y cambios socio políticos alrededor del mundo, principalmente en países desarrollados.

La globalización ha traído consigo una serie de cambios en la cultura y el pensamiento de las nuevas generaciones, así como la empatía hacia las luchas que

se han presentado en diversas sociedades a lo largo de las décadas, tal es el caso de la lucha por los derechos sexuales y reproductivos de las mujeres.

Es entonces que el médico en formación se está enfrentando a dos cambios colosales que hoy en día no van a resolverse si son ignorados por la comunidad en salud, en primer lugar, una globalización que genera conocimiento científico con cada vez mayor rapidez, mismo que rompe los paradigmas que, tal vez, hace una semana eran irrefutables; y en segundo lugar, una serie de cambios históricos en las legislaciones correspondientes a la interrupción legal del embarazo que, en algún momento exigirán al futuro profesional su intervención para que las pacientes sigan su curso de vida elegido.

Ante este par de situaciones, no se debe olvidar que, al hablar de médicos en formación también se está hablando de humanos con ideales, proyectos de vida y principios que no les permiten asumir una posición de medio, sino de un fin en sí mismo.

Es por ello, y con base en los resultados obtenidos, que se debe intervenir de manera urgente en la educación médica con temas pertenecientes al campo de la bioética, temas que le brinden al alumnado aquellas herramientas y conocimientos necesarios para que desarrollen un pensamiento ético, crítico y humanista que les

permita afrontar los dilemas éticos a los cuales tendrán que hacer frente en su día a día, permitiéndoles de esta manera, hacer un balance de intereses y principios para aquellas situaciones complejas en las cuales el personal médico tenga que detenerse para reflexionar la mejor solución al dilema y no por miedo a las múltiples consecuencias que su actuar médico conlleve.

### **Preguntas de investigación futuras**

Tal como se mencionó en la discusión, la tendencia observada en este tipo de estudios remarca que, las posturas y la afinidad hacia el aborto en estudiantes se modifica conforme avanzan en sus años de preparación y entran a ciclos clínicos donde comienzan a interactuar con médicos que se enfrentan a estos dilemas, generando así una identidad profesional que regirá su futuro actuar médico.

Es por ello que, este trabajo de investigación debe tener un seguimiento en la misma generación para analizar qué cambios suceden durante su proceso educativo, qué variables sustentan ese cambio y, con base en los resultados de dicho seguimiento, qué puntos de oportunidad tiene la Universidad para generar profesionales de salud con calidad y calidez humana.

# ANEXOS



COMITÉ DE ÉTICA DE LA INVESTIGACIÓN

OFICIO NO. FMED/CEI/PMSS/059/2021

ASUNTO: Dictamen Proyecto FM/DI/029/2021

**Dra. Irene Durante Montiel**  
Profesor Asociado "C" T.C.  
División de Estudios de Posgrado  
Presente.

Estimada doctora Durante Montiel:

Su proyecto **FM/DI/029/2021** de título "Percepción del aborto en los alumnos del primer año de la Facultad de Medicina, posterior al curso de Embriología Humana" en su versión del 29 de junio de 2021, ha sido **APROBADO** por el Comité de Ética de la Investigación, en sesión ordinaria de fecha **03 de agosto de 2021**, teniendo en consideración el dictamen aprobatorio de la Comisión de Investigación.

- La vigencia del registro será de **3 años** contados a partir de la fecha de la sesión.
- El proyecto deberá ejecutarse de acuerdo con lo especificado en la versión aprobada.
- Se aprueba el Consentimiento Informado integrado en la versión aprobada.
- Es necesario que envíe al correo [ceim@unam.mx](mailto:ceim@unam.mx), un informe anual de avance en formato PDF. De lo contrario, se podrá cancelar la vigencia del proyecto.
- Deberá notificar cualquier modificación o enmienda al mismo y esperar la autorización correspondiente.

Sin otro particular, aprovecho la oportunidad para enviarle un cordial saludo.

**A T E N T A M E N T E**  
"POR MI RAZA HABLARÁ EL ESPÍRITU"  
Ciudad Universitaria, Cd. Mx., a 10 de agosto de 2021.

LA PRESIDENTA

  
DRA. PAZ MARÍA SALAZAR SCHETTINO

  
\*PMSS/ETF.

  
La Universidad  
de la Nación

**Anexo 1.** Oficio de aprobación de proyecto emitido por el Comité de Ética de la Investigación perteneciente a la División de investigación de la Facultad de Medicina de la Universidad Nacional Autónoma de México.



← **Antonia Biggs** @BiggsAntonia ⓘ

**Antonia Biggs** @BiggsAntonia

Associate Professor and Social Psychologist,  
PhD @UCSF @ANSIRH, she/her

289 Siguiendo 328 Seguidores

Se unió en enero de 2017



Please feel free reach out.

28/12/20, 11:51 a. m.

Thank you very much Dr. Is it okay for you if I tell you about the proyect here on this media?

28/12/20, 11:56 a. m. ✓



You can email me  
[antonia.biggs@ucsf.edu](mailto:antonia.biggs@ucsf.edu)



28/12/20, 11:57 a. m.

Thanks a lot. I will be writing to you in a few moments

28/12/20, 12:03 p. m. ✓

**Anexo 2.** Serie de mensajes enviados vía Twitter con la doctora Antonia Biggs para sollicitar contacto con ella a través de correos electrónicos.



montserrat gl

Asking for permission

Para: antonia.biggs@ucsf.edu

28 de diciembre de 2020, 12:22

Good afternoon Dr. Biggs, hoping you meet well in this pandemic that afflicts the world, thank you for letting me get in touch.

First of all let me tell you that I admire the way you analyze all the factors possible among abortion, since prevention to years after the events and all the perspectives that enrich such a complex and interesting topic.

The second thing I will do is introduce myself. My name is Montserrat González López, I am 26 years old and a recently graduated student in medicine from the Faculty of Medicine of the National Autonomous University of Mexico UNAM. I recently entered a postgraduate degree in Bioethics at the Postgraduate Unit of UNAM, I am currently a first semester student.

The reason of my letter is because the study that I plan to do for my thesis project is called "perspective of abortion in students of UNAM and Anahuac, after taking the course in human embryology".

The study I want to carry out arose from the report published by the WHO, which reveals that women living in developing countries have higher maternal morbidity and mortality in relation to gynecological care than women living in developed countries. Among the causes found is the practice of clandestine abortions with untrained personnel or "midwives" who do not comply with the necessary hygiene measures to attend an abortion, but these practices continue to occur due (among other factors) to the refusal of the medical staff to attend abortions.

Doing a research of articles, I found the study you made in Chile "Willingness of future health providers to provide abortion services after the decriminalization of abortion in Chile: a cross-sectional survey" and the reasons why students show concern about performing an abortion caught my attention since, in Mexico, the issue of religion is also a very important factor in medical decision-making regarding abortion in addition to other factors such as fear of rejection in social circles that do not share similar ideas as them. Therefore, I would like to ask your permission to validate your survey among first-year students of the UNAM Faculty of Medicine and first-year students of the Anahuac University, the first University is public with a secular learning and the second one is a private University with a catholic learning.

My intention is to apply the survey to these students twice, in the first month of admission and at the end of the first year of the degree. I chose these moments since in the first year the subject of human embryology is taught, in which the first scientific and objective information of the processes necessary for the formation of a human being is provided. I am very interested in seeing the changes of opinion of the students on this subject and I would love to be able to include Mexican universities in the network of studies related to the perspectives of health students about abortion.

I really appreciate your attention

**Anexo 3.** Correo enviado a la doctora Antonia Biggs en donde se solicita el permiso para utilizar la encuesta utilizada en el estudio "Willingness of future health providers to provide abortion services after decriminalization of abortion in Chile" enviado el día 28 de diciembre del año 2020.



**Biggs, Antonia**

11 de enero de 2021, 15:35

RE: Asking for permission



Para: montserrat gl

Hi Montserrat,  
Sorry for the delay getting back to you.  
This works sounds very exciting. You are welcome to use our survey in Chile to explores these questions.  
I've attached some of the questions.  
Good luck,  
antonia

[Ver más de montserrat gl](#)



Encuesta  
estudia...L.docx

**Anexo 4.** Respuesta por parte de la doctora Antonia Biggs vía correo electrónico en donde permite que se utilice la encuesta utilizada en el estudio “Willingness of future health providers to provide abortion services after decriminalization of abortion in Chile”, recibido el día 11 de enero del año 2021.