

Percepción de profesionales de la salud sobre el aborto legal

Wesley Braga da Rocha¹, Anadely Castro da Silva², Solange Maria de Lacerda Leite³, Thiago Cunha⁴

Resumen

El presente estudio analizó el conocimiento y la percepción de los profesionales de la salud del Hospital Materno Infantil de Brasilia que no lidian directamente con los servicios de aborto legal en relación a los aspectos éticos involucrados en el Programa de Interrupción de la Gestación Prevista en la Ley. Se utilizó una metodología cuali-cuantitativa, cuyos resultados indicaron un desconocimiento por parte de estos profesionales acerca del funcionamiento y de los procedimientos necesarios para el servicio. Se observó también que ciertas cuestiones de cuño ético, moral, cultural y religioso ejercen una fuerte influencia en la percepción del tema por parte de los profesionales de la salud que lidian directamente con el tema. El estudio señala como principal causa de este cuadro la falta de divulgación del Programa asociada al estigma y el prejuicio implicados en la temática, indicando la necesidad permanente de capacitación ética de los profesionales como forma de brindar calidad a la atención de mujeres que utilizan el Servicio de Referencia para la Interrupción del Embarazo en los Casos Previstos en la Ley.

Palabras-clave: Aborto. Aborto legal. Violencia sexual. Ética profesional. Bioética.

Resumo

Percepção de profissionais da saúde sobre abortamento legal

Este estudo analisou o conhecimento e a percepção dos aspectos éticos envolvidos no Programa de Interrupção Gestacional Prevista em Lei, por parte de profissionais de saúde do Hospital Materno Infantil de Brasília que não lidam diretamente com os serviços de abortamento legal dessa instituição. Utilizou-se método quantitativo, cujos resultados indicaram desconhecimento por parte desses profissionais quanto ao funcionamento e aos procedimentos necessários ao serviço. Observou-se que as questões de cunho ético, moral, cultural e religioso exercem forte influência sobre a percepção do tema pelos profissionais da saúde que lidam indiretamente com ele. O estudo aponta como principal causa desse quadro a falta de divulgação do Programa associada ao estigma e ao preconceito presentes nessa temática, indicando a necessidade de capacitação ética contínua dos profissionais, como forma de qualificar o atendimento às mulheres que recorrem ao serviço de referência para interrupção de gravidez nos casos previstos em lei.

Palavras-chave: Aborto. Aborto legal. Violência sexual. Ética profissional. Bioética.

Abstract

Perception of health professions on legal abortion

The present study examined the knowledge and the perception of health professionals of the “Hospital Materno Infantil de Brasília” (Mother and Child Hospital of Brasilia) that do not deal directly with legal abortion services as the ethical aspects involved in the Programa de Interrupção da Gestação Prevista em Lei [Legal pregnancy interruption Program]. The study used a qualitative-quantitative method for which the results showed ignorance about the service and the procedures necessary for the service on the part of these. It was observed that moral, cultural and religious issues exert strong influence on the perception of the theme by health professionals who deal indirectly with the issue. The study points to the lack Program diffusion associated to the stigma and prejudice involved in the theme as the main causes of this situation, indicating the continuing need for ethical training of professionals in order to qualify the care of women who use the Reference Service for Pregnancy Interruption Where Applicable by Law.

Keywords: Abortion. Abortion, legal. Sexual violence. Ethics, professional. Bioethics.

Aprovação CEP Fapecs/SES/DF CAEE 34524414.0.0000.5553

1. **Especialista** wesleyrocha83@gmail.com 2. **Especialista** anadelyc@hotmail.com 3. **Especialista** solangelacerdaleite@hotmail.com – Universidade de Brasília, Brasília/DF, Brasil. 4. **Doutor** caixadothiago@gmail.com – Pontifícia Universidade Católica do Paraná, Curitiba/PR, Brasil; Universidade de Brasília, Brasília/DF, Brasil.

Correspondência

Anadely Castro da Silva – Quadra 31, lote 34, Setor Leste CEP 72460-310. Gama/DF, Brasil.

Declaram não haver conflito de interesse.

Es de conocimiento general que el aborto, grave problema de salud pública, está presente en el contexto brasileiro y que es tema motivador de varias discusiones, tanto a favor de la defensa de su legalización cuanto a favor de la manutención, parcial o irrestricta, de su prohibición¹. Pese al hecho de que la formación académica de los profesionales del área de la salud incluye diversas consideraciones acerca del asunto, la influencia de cuestiones éticas, morales, socioeconómicas, políticas, culturales y religiosas acaban por acarrear dificultades en su puesta en práctica. Como tema discutido en el campo de la llamada “bioética de las situaciones persistentes”², el aborto motiva reflexiones acerca de la autonomía de la mujer sobre su cuerpo, de la visión del profesional de la salud frente a tales decisiones, además de las implicaciones ético-políticas para el campo de la salud pública.

A pesar de que la palabra “aborto” sea comúnmente utilizada en varios países para indicar la interrupción del embarazo, desde el punto de vista técnico, por lo menos en Brasil, hay que diferenciar el acto de abortar del producto de dicho acto: el aborto. Así, según el criterio de la Organización Mundial de la Salud adoptado por Brasil³, el acto de abortar se caracteriza por la interrupción del embarazo hasta la 22ª semana, siempre y cuando el producto de la concepción – el aborto en sí – tenga un peso inferior a 500 gramos. Son variadas las causas que desencadenan naturalmente el acto de abortar, las cuales, la mayoría de las veces, permanecen indeterminadas. No obstante, inúmeras gestaciones son interrumpidas por decisión personal de la mujer, incluyendo casos en los que el embarazo es consecuencia de violencia sexual.

Tal como el acto de abortar, la violencia contra la mujer es un problema que integra el rol de las situaciones persistentes de la bioética, de las cuales la agresión sexual es una de las manifestaciones de la violencia de género más crueles y persistentes, visto que ha subsistido incólume durante toda la historia humana. Por una lado, en su dimensión pandémica, alcanza indiscriminadamente mujeres, adolescentes y niñas; por otro lado, bajo la forma de violencia simbólica y moral, aterroriza, particularmente, el imaginario de las mujeres, produciendo vulnerabilidades y una constante sensación de inseguridad⁴. Los resultados de esa violencia existen bajo la forma de impactos a la salud reproductiva, física y mental de las víctimas. Cerca del 30% de las adolescentes y mujeres desarrollan enfermedades sexualmente transmisibles, y el riesgo de embarazo indeseado llega al 5% de ellas, agravando el cuadro

ya traumático. Tales consecuencias permiten calificar la violencia sexual como una cuestión de salud pública y grave violación de los derechos humanos y reproductivos⁵.

En Brasil, el Código Penal⁶ encuadra la violación como crimen contra la libertad sexual (artículo 213), con la finalidad de proteger la dignidad sexual de la víctima. En los últimos años, la atención a las víctimas de violencia sexual ha merecido atención por parte de los sectores político, social y judicial. Tales movilizaciones resultaron en la creación de servicios de asistencia a mujeres víctimas de violencia sexual y doméstica, así como de instrumentos legales, como la reciente Ley Maria da Penha⁷, que posibilita la atención más humanizada de esas mujeres.

En un intento por garantizar los derechos reproductivos y sexuales de las mujeres, definidos en acuerdos internacionales y firmados en la legislación nacional vigente, Brasil, por intermedio del Ministerio de la Salud, editó en 1999 la norma técnica “Prevención y tratamiento de los agravantes resultantes de la violencia sexual contra mujeres y adolescentes”⁴, con el fin de asegurar el derecho a la interrupción legal de la gestación por medio del Sistema Único de Salud (SUS). Insta frisar que el objetivo de esa norma es cumplir los fines específicos de la Política de Atención Integral a la Salud de la Mujer y sus planos de acción.

Esa norma ha sido instrumento imprescindible para que el tema de la violencia sexual sea definitivamente incorporado al sector de la salud y para que la sociedad comience a discutir la cuestión del acto de abortar de forma más amplia, una vez que esto representa un marco fundamental para la garantía de los derechos adquiridos por las mujeres, al permitir el rescate de su dignidad frente a un embarazo que sea consecuencia de violación.

En Brasil, a pesar de que el acto de abortar sea configurado como crimen, existen dos casos previstos como excepciones no punibles por el mismo Código Penal (art. 128, incisos I e II), siendo: 1) cuando el embarazo implique riesgo de vida para la gestante; 2) cuando la gestación sea resultado de violación y el aborto sea precedido del consentimiento de la gestante, o, si incapaz, por su representante legal⁶. Existe, todavía, el caso del feto con diagnóstico de anencefalia, que pasó a no ser punible por decisión reciente del Supremo Tribunal Federal⁸.

Frente a este contexto, se creó, en 1996, el Programa SOS Mujer-Aborto Previsto en la Ley, del

Hospital Regional del Ala Sur ^{9,10}, actual Hospital Materno Infantil de Brasília (HMIB), vinculado a la Secretaria de Estado de Salud del Distrito Federal (SES/DF) y considerado referencia nacional en este tipo de atención. Como consecuencia del prejuicio y estigma, aún hoy persistentes cuando se alude a la palabra “aborto”, a partir de junio de 2013, la denominación inicial del servicio fue alterada por Programa de Interrupción Gestacional Prevista en la Ley (PIGL) ¹¹.

Hasta el 2012, existían en Brasil 65 servicios habilitados para atender casos de aborto previsto en la ley, distribuidos por 26 estados ¹². Según un documento del Ministerio de la Salud ⁴, el Decreto MS/GM 1.508/2005 determinó que la denuncia policial dejaría de ser exigida para el acceso a los servicios ofrecidos por el programa. Un efecto práctico deseado por esta norma fue el de minimizar el encogimiento y la dificultad que muchas mujeres enfrentaban al realizar este procedimiento.

El HMIB también fue el primer hospital del Distrito Federal en introducir el Programa de Investigación, Asistencia y Vigilancia a la Violencia (PAV) – conocido como Programa Violeta –, que ofrece atención humanizada a mujeres víctimas de toda forma de violencia, sea física, psicológica o sexual. El programa cumple la Ley 12.845/2011 ¹³, que dispone la asistencia obligatoria e integral a personas en situación de violencia sexual. Esa ley prevé, en su artículo 1º, que la red hospitalaria del SUS debe atender a las víctimas de violencia sexual de forma absoluta, de emergencia y con un equipo multidisciplinar, con el fin de controlar y tratar todas las consecuencias físicas y psíquicas que son consecuencia de la violencia sufrida, incluyendo, entre diversos servicios, la práctica de la profilaxis del embarazo y, dado el caso, el aborto, que es realizado después de conducido el PIGL. Pese a las críticas por parte de ciertos grupos de la sociedad ¹⁴ cuanto a la regulación de ese acto normativo ¹⁵, el programa representa un avance en el cuidado humanizado y de los derechos de las mujeres víctimas de violencia sexual.

El presente estudio tuvo como objetivo identificar el conocimiento y la percepción de los aspectos éticos involucrados en el Programa de Interrupción Gestacional Prevista en la Ley, por parte de profesionales de la salud del Hospital Materno Infantil de Brasília que no lidian directamente con los servicios de aborto legal de esa institución. Se buscó presentar una mirada de observadores próximos de la realidad concreta de los casos de embarazo resultantes de violación, centro de este estudio.

Método

Se trata de un estudio cuali-cuantitativo, de tipo exploratorio-descriptivo, con una muestra probabilística estratificada, involucrando profesionales de la salud del HMIB. Como criterio de inclusión, fueron considerados los profesionales pertenecientes a las categorías previstas en el art. 7º del Decreto 485/2014 del Ministerio de la Salud, que rige sobre el servicio de atención a las personas en situación de violencia sexual en el ámbito del SUS ¹⁵. Como criterio de exclusión, se decidió no incluir ni a los profesionales actuantes en el ámbito del PIGL, ni a aquellos no encuadrados en las categorías previstas por el art. 7º del decreto ministerial. Para identificar a estos profesionales, se realizó un levantamiento en el sector de recursos humanos del HMIB.

La muestra de la investigación totalizó 177 profesionales de la salud, entre médicos, asistentes sociales, psicólogos, farmacéuticos, bioquímicos, enfermeros y técnicos de enfermería, todos estos trabajando en el HMIB y sin vínculos directos con el PIGL.

El contacto con los participantes ocurrió individualmente, en la misma institución de salud, durante el horario de trabajo, teniendo el cuidado de que ningún servicio o atención hospitalaria fuera interrumpido o postergado. En el momento, se les presentó a los profesionales el término de consentimiento libre y explicado (TCLE) y, posteriormente, un cuestionario impreso con preguntas estructuradas en dos bloques. Con el primer bloque, fue pretendido recoger datos con el fin de caracterizar el perfil sociodemográfico de los participantes. El segundo, consistió en preguntas cerradas y de selección múltiple, que permitieron identificar el conocimiento y la percepción de los profesionales de la salud acerca de los aspectos éticos involucrados en los servicios de referencia para la interrupción del embarazo en los casos previstos por la ley. El tiempo de respuesta fue aproximadamente de 20 minutos.

Los datos obtenidos con las preguntas cerradas del cuestionario fueron tratados estadísticamente, y las opciones de las respuestas abiertas, clasificadas y analizadas cualitativamente, de acuerdo con la metodología descrita por A. C. GIL ¹⁶. El análisis global de los resultados cuantitativos se fundamentó en el tratamiento teórico de las *situaciones persistentes en bioética* ², enfocando específicamente sus implicaciones para la salud pública. La pregunta orientadora para la discusión de este artículo fue: *¿Usted haría parte del Programa de Interrupción Gestacional Prevista en la Ley o en otro servicio de referencia que*

involucre el acto e abortar? La problemática se concentró en la discusión de los motivos por los cuales los encuestados no aceptarían participar.

El proyecto fue aprobado por los comités de ética en investigación de la Secretaría de Estado de Salud del DF (CEP/Fepecs) y de la Facultad de Ciencias de la Salud de la Universidad de Brasilia (CEP/FS/Unb). La investigación se desarrolló entre septiembre y noviembre de 2014. El instrumento de recolección de datos se encuentra disponible en el Anexo de este artículo.

Resultados y discusión

Perfil sociodemográfico

Esta encuesta fue realizada a 177 profesionales de la salud del HMIB: 32 ginecólogos/obstetras (18,1%), 3 clínicos (1,7%), 5 asistentes sociales (2,8%), 9 psicólogos (5,1%), 8 farmacéuticos/bioquímicos (4,5%), 68 enfermeros (38,4%) y 52 técnicos de enfermería (29,4%). De los encuestados, 115 (65%) informaron que nunca hicieron parte del servicio de interrupción de gestación en casos previstos en la ley; 10 (6%) hicieron parte anteriormente; 50 (28%) dijeron que de momento trabajan en el servicio de referencia para la interrupción de la gestación prevista en la ley, y 2 de ellos (1%) prefirieron no responder a la pregunta.

Con relación a esos datos, cabe subrayar que el PIGL instalado en el HMIB cuenta con un equipo fijo de 6 profesionales, que fueron previamente excluidos de la muestra del estudio. La discrepancia entre ese criterio de exclusión y el alto número de profesionales que dijeron actuar en el servicio de referencia para la interrupción de la gestación prevista en la ley será objeto de análisis pormenorizada en tópicos subsecuentes.

En cuanto al género, se verificó que 159 participantes pertenecen al sexo femenino (89,8%); 14, al sexo masculino (7,9%), y 4 (2,3%) no quisieron responder a la pregunta. Con relación a la edad, 10 tenían entre 18 y 24 años (5,6%); 69, entre 25 y 35 años (38,9%); 75, entre 36 e 50 años (42,4%); 22 contaban con 51 años o más (12,5%), y 1 no quiso responder (0,6%).

En lo que respecta a la orientación religiosa, 54,2% se dijeron católicos (96); 27,1%, protestantes/evangélicos (48); 10,2%, espíritas (18); el 1,7% se declaró simultáneamente católico y espírita (3); 4,5%, agnósticos/ateos (8), y 2,3%, de otras religiones (4). Respecto al grado de formación académica, fue identificado que 67 profesionales no poseen

posgrado *lato o stricto sensu* (37,9%); 96 tienen especialización (54,2%); 11 cursaron maestría (6,2%), y 2 hicieron doctorado (1,1%). Un participante no respondió a la pregunta (0,6%).

Conocimiento del PIGL

La investigación sobre el conocimiento de la existencia del PIGL en la institución reveló que 85 (48%) encuestados informaron conocer el programa; 43 (24,3%) dijeron conocerlo parcialmente; 46 (26%) declararon desconocerlo, y 3 (1,7%) prefirieron no responder a la pregunta. No obstante, de los 128 profesionales que afirmaron conocer total o parcialmente el programa, apenas 21 (16,5%) dijeron haber remitido (o que remitirían) al PIGL a un paciente que solicitó (o que solicitara) información sobre la disponibilidad de servicios asociados al aborto en la institución. A pesar de que el cuestionario aplicado no permitía evaluar si esos datos resultan de alguna restricción moral por parte de los profesionales, sus respuestas evidencian claramente un nivel mayor de desconocimiento del programa que aquel presentado en la auto-evaluación (perfil sociodemográfico).

Tal desconocimiento se hace más explícito cuando se considera el resultado discrepante encontrado en la caracterización de la muestra, en la cual el 28% de los participantes informaron, de manera equivocada, que participaban actualmente del PIGL, recordando que los únicos 6 profesionales del HMIB que hacen parte del programa habían sido previamente excluidos del estudio. Esos datos corroboraron la hipótesis de que, aun entre aquellos que informaron conocer el PIGL, parte importante desconoce su función y particularidades.

Por otro lado, esa discrepancia tal vez se deba al hecho de que esos profesionales posiblemente se identifiquen como actuantes en el programa, ya que el HMIB es considerado referencia nacional tanto en el atendimento a mujeres víctimas de violencia sexual como en los procedimientos de aborto legal. Como prueba de eso se encontró un número significativo de profesionales que generalmente llaman al PIGL de Programa Violeta o, también, Programa de Investigación, Asistencia y Vigilancia a la Violencia (PAV), integrantes del Núcleo de Estudios y Programas en la Atención y Vigilancia en Violencia (Nepav), de la SES/DF¹⁷, y destinados a la atención de usuarias víctimas de violencia, las cuales posteriormente pueden ser remitidas al PIGL. Otra posibilidad se relaciona con el hecho de que algunos profesionales, en la actividad cotidiana, participan de rutinas que incluyen la atención de abortos incompletos o espontáneos.

Conviene clarificar que, según informaciones de la SES/DF presentadas a la Comisión Parlamentar Mixta de Investigación del Senado, que investigó la situación de la violencia contra la mujer en Brasil¹⁸, el flujo de atención en salud a mujeres y adolescentes en situación de violencia en el HMIB se inicia con el acogimiento humanizado, escucha calificada, anamnesis y evaluación del riesgo; después de lo cual la mujer, adolescente o niña es remitida a los diferentes sectores del hospital, entre ellos el servicio de interrupción del embarazo como consecuencia de la violencia sexual.

De este modo, se considera que la remisión a los programas del hospital, como el Programa Violeta, por ejemplo, no desvirtúa el PIGL. Es necesario, de hecho, visibilizarlo dentro del hospital, lo cual exige, por parte de gestor público, providencias destinadas a su mejor divulgación en todo el cuerpo hospitalario.

Participación en el PIGL y justificaciones de rechazo

Al tomar posiciones con relación a la posibilidad de participar en un servicio de referencia para la interrupción del embarazo en casos previstos por la ley, o en cualquier otro que involucrase el aborto, la mayoría – 113 (63,8%) – respondió que no participaría, mientras que 60 (33,9%) informaron que participarían, y 4 (2,3%) prefirieron no responder a la pregunta.

A la pregunta sobre si el profesional participaría o no en un servicio de referencia que involucrase el aborto, fue añadida la pregunta de tipo subjetivo pidiendo al participante que justificase su posición, caso hubiera respondido negativamente al ítem anterior. Con esa pregunta abierta – y orientadora del presente artículo –, se pretendió que los participantes lanzaran sus opiniones, a pesar de que estas hayan consistido en fragmentos complejos acerca de la postura de no participar en el programa de la institución, o en cualquier otro servicio con la misma finalidad, debido a la influencia de cuestiones morales, religiosas, éticas, emocionales, culturales que afligen nuestra sociedad.

Fue considerable el número de justificaciones a dicho ítem. Dada la diversidad y complejidad, las respuestas fueron codificadas en palabras-clave que clasifican los motivos de rechazo, aglutinando la subjetividad de cada colaborador: “Estigma”, 1 (0,9%); “Sin opinión formada”, 3 (2,7%); “Moralidad”, 5 (4,4%); “Inviolabilidad de la vida”, 10 (8,8%); “Religioso”, 19 (16,8%); “Emocional”, 20 (17,7%);

“Profesional”, 20 (17,7%); “Objeción de conciencia”, 22 (19,5%), y 13 (11,5%) no respondieron. Pese a ser la religión un factor extremadamente significativo en la toma de decisión por parte de personas, por hacer parte de nuestra cultura, conforme observan Faúndes y Barzelatto¹⁹, en ese análisis cualitativo el argumento religioso fue encontrado explícitamente en apenas 19 de los 113 profesionales que afirmaron que no participarían en los servicios de interrupción voluntario de la gestación. De cualquier modo, conforme será presentado en tópicos siguientes, el factor religión (especialmente la orientación protestantes/evangélica) es significativo en las correlaciones con la opinión contraria al derecho de aborto en cualquier caso y favorable a persuadir a una mujer embarazada por violación de llevar a finalización la gestación.

A respecto de las justificaciones, cabe destacar que uno de los participantes sopesó que no haría parte del programa por motivos relacionados con la veracidad de las informaciones ofrecidas por la víctima; “Porque en algunos casos de violencia sexual creo que algunas pacientes dan informaciones falsas, por lo tanto no sé si me gustaría participar y juzgar esos casos”. Ese discurso confirma el peso de la desconfianza y de la sospecha²⁰ como marcador de la moralidad del profesional frente a la mujer que busca atención para el aborto en los casos previstos en la ley.

Los servicios de referencia existentes en los hospitales deben ofrecer a la mujer embarazada pos-violación todo el aporte para que decida o no por la interrupción del embarazo. Por medio de entrevistas con la paciente, asistentes sociales, psicólogos y médicos pueden asociar la edad gestacional con la fecha del evento del crimen sexual. Por otro lado, la mujer que busca el servicio de referencia confirmando haber sufrido violación sexual posee credibilidad; de modo que, al recibirla, el equipo debe presumir la veracidad.

La finalidad de la asistencia a la salud prestada por el Estado es afianzar el ejercicio de ese derecho a la víctima, no siendo de la competencia del profesional el juicio prematuro de la información prestada por ella, corriendo el riesgo de agravar las implicaciones sufridas como consecuencia del acto criminal. En un estudio realizado con 82 profesionales de la salud de cinco servicios de referencia para el aborto legal, siendo uno de cada región del país, Diniz y colaboradores²⁰ verificaron, en las entrevistas, que la palabra de la mujer no era suficiente para configurar la veracidad de la violencia sufrida. Los autores notan, también, que la mayoría de los

servicios de aborto legal se estructuran de modo a reproducir la postura de desconfianza de los profesionales de la salud a respecto de la narrativa de la víctima.

La reflexión sobre el discurso transcrito a continuación permite examinar, también, la predisposición del profesional que no ve con buenos ojos la hipótesis de ser estigmatizado en su ambiente de trabajo: *“Me gusta trabajar en la parte de cesáreas y cirugías optativas, y el colega que trabaja en esa área [de aborto legal] no es bien visto por los otros colegas”*. Esa declaración indica que la dimensión negativa del aborto reproduce una perspectiva estigmatizada tanto para la mujer que lo vivencia, como para el profesional que lo ejecuta.

Es oportuno mencionar que, según afirman Godoy y Garrafa ²¹, el artículo 11 de la Declaración Universal sobre Bioética y Derechos Humanos (DUBDH) ²², incluye el principio de la no discriminación y estigmatización, al principio de dignidad de la persona humana, a los derechos fundamentales y a las libertades individuales, motivo por el cual nadie deberá sufrir cualquier reprobación o ser disminuido debido a lo que sea que haga o escoja, so pena de ver retirada su dignidad. Aunque aquí no se está a equiparar, ni siquiera a comparar, el sufrimiento de la mujer que aborta al del profesional que ejecuta el procedimiento, cabe destacar que todos aquellos involucrados en el acto de abortar, aunque sea legal, parecen ser vulnerables a diferentes procesos de estigmatización y discriminación.

De hecho, Soares ²³ verificó, en su estudio, que la dificultad de identificar profesionales de la salud dispuestos a actuar en servicios de aborto legal es uno de los principales obstáculos para la instauración de ese tipo de asistencia en la red hospitalaria. Según la autora, tales dificultades se deben a diversos factores, entre ellos: el desconocimiento, por parte de los profesionales de la salud, de la legislación vigente sobre el aborto legal; la fuerte influencia de los valores ético-religiosos sobre esos profesionales, que la mayoría de las veces no logran desvincular la práctica profesional de sus concepciones y valores personales; el repudio a ser tachados de “abortadores” [“aborteiros”].

Como refuerzo, se puede mencionar la mejoría en las políticas públicas destinadas a la promoción, en el ámbito de la red hospitalaria, de discusiones sobre el difícil y delicado problema del aborto. Tales debates podrán favorecer el cambio de actitud por parte del cuerpo hospitalario, llevándolo a desvincular preceptos morales de la práctica profesional y a reconocer que los derechos humanos y la dignidad

de las mujeres deben ser respetados en cualquier ocasión, de manera que, al lidiar con los casos de mujeres embarazadas víctimas de violencia sexual, esos profesionales podrán sufrir menor incomodidad y reprobación al realizar un aborto.

Capacitación ético-jurídica y conocimiento sobre la exención de la denuncia policial [boletim de ocorrência – BO]

El cuestionario permitió identificar que 56 profesionales de la salud del HMIB ya habían participado en cursos, conferencias y talleres en que fueron discutidos aspectos éticos o jurídicos del abortamiento. Entre esos colaboradores, se averiguó, no obstante, que apenas 5 (8,1%) conocían los documentos exigidos a la mujer en la atención de los servicios de aborto legal, y que una grande parte de estos todavía creía ser indispensable la presentación de denuncia policial [BO] por parte de la víctima.

Es de sobremanera importante señalar que, para la realización en la red hospitalaria del aborto en casos de embarazo por violencia sexual, no se exige ningún documento comprobatorio del crimen, siendo considerada la inexistencia del respaldo legal en ese sentido, dado que la norma técnica “Prevención y trato de los agravantes resultantes de la violencia sexual contra mujeres y adolescentes”, editada por el Ministerio de la Salud, eliminó la exigencia de denuncia policial [BO] en esos casos ⁴. Vale notar, también que la exención de la denuncia policial no implica que la víctima no deba ser orientada por un profesional de la salud a ejecutar las acciones legales oportunas, con el fin de castigar al agresor; pero, en caso de que no lo haga, no puede ver su derecho cercenado.

Así, se puede vislumbrar que el objetivo de esta norma técnica es la preservación del interés individual de esas mujeres que no deseen exponer su sufrimiento ante las autoridades policiales. Además, caso el médico sea inducido en error por la paciente y haga efectivo el procedimiento de aborto legal, estará inmune a cualquier pena, ya que en ese caso se configura la eximente de responsabilidad del artículo 20, § 1º, del Código Penal ⁶.

Orientación religiosa y discordancia con relación al derecho de interrupción voluntaria de la gestación

Se verificó que 27,1% (48) de todos los encuestados concuerdan con el derecho de la interrupción voluntaria de la gestación; 37,9% (67) concuerdan parcialmente; 23,7% (42) discrepan; 4,6% (8) discrepan parcialmente 5,6%; (10) no tienen opinión

formada, y 1,1% (2) no respondieron si concuerdan o discrepan con ese derecho.

En lo que se refiere a la correlación entre orientación religiosa y concordancia total o parcial con el derecho a la interrupción voluntaria de la gestación, se observó que 45,8% de los católicos, 41,7% de los protestantes y 38,9% de los espíritas son favorables a la interrupción apenas en los casos de violación, riesgo de vida para la gestante e incompatibilidad del feto con la vida. Entre los 25 profesionales que se manifestaron contrarios al derecho de aborto en cualquier ocasión, 14 (56%) se declararon católicos; 10 (40%), protestantes/evangélicos, y 1 (4%), espírita. Esos datos corroboraron, una vez más, el análisis de Soares ²³, que señaló la influencia de la religiosidad en la práctica profesional.

En lo que se refiere a la actitud del profesional de convencer a una mujer embarazada post-violación a llevar a término la gestación, 116 (65,5%) dijeron no considerar correcta tal postura, en cuanto 48 (27,1%) afirmaron que sería correcta, y 13 (7,4%) prefirieron no responder a la pregunta.

Entre los 48 profesionales que concuerdan con esa actitud de convencimiento, 24 (50%) se declararon católicos; 17 (35%), protestantes/evangélicos, y 7 (15%), espíritas. A pesar de que en este caso el número absoluto de católicos haya sido mayor, el número de profesionales evangélicos/protestantes favorable al convencimiento fue, relativamente, más representativo, dado que, del total de 96 católicos, apenas 24 (25%) de ellos se posicionaron de ese modo, mientras que, entre los 48 evangélicos, 17 (35%) concordaron con esa postura.

Área profesional y conocimiento sobre la objeción de conciencia

El cuestionario también posibilitó observar la relación frente al conocimiento del derecho a la objeción de conciencia en el área profesional. En la compilación de datos, se reveló que apenas 4 (2%) participantes revelaron conocimiento acerca del derecho a la objeción de conciencia, al señalar simultáneamente las afirmaciones: *El derecho a la objeción de conciencia no es procedente en los casos de necesidad de abortamiento por riesgo de vida para la mujer* y *El derecho a la objeción de conciencia no es procedente en situación de aborto jurídicamente permitido, en la ausencia de otro(a) médico(a) que lo haga*.

Se notó que 12 (6,8%) profesionales optaron por responder solamente a la primera afirmación, y 10 (5,6%), apenas a la segunda. Se hizo claro, tam-

bién, que 38 (21,5%) de estos marcaron únicamente la afirmación *La objeción de conciencia es un derecho del profesional y puede ser alegado en cualquier ocasión*, en cuanto 59 (33,3%) no supieron dar informaciones al ser preguntados acerca de ese derecho.

Es sabido que la objeción de conciencia está prevista en varios actos normativos o códigos profesionales consubstanciados en la Constitución Federal, con el objetivo de resguardar al individuo en situaciones contrarias a sus principios morales. No obstante, tal derecho no es absoluto cuando hay prejuicios a la salud de otras personas. De ese modo, el derecho a la objeción de conciencia encuentra límites, no siendo posible para los profesionales invocarlo en las situaciones consideradas de urgencia, siendo estas: riesgo de muerte de la gestante; aborto jurídicamente permitido; ausencia de otro(a) profesional que lo haga; posibilidad de la mujer sufrir daños o agravamientos en su salud debido a la omisión del profesional, y complicaciones en consecuencia de aborto inseguro ⁴. En ese sentido, Diniz destaca:

En materia de políticas públicas de salud, mi tendencia es la de entender la objeción de conciencia como un dispositivo de protección de sentimiento, pudiendo ser garantizado por medidas administrativas de acomodación interina a los servicios de salud. Sí, me arriesgo a re-describir el dispositivo de la objeción de conciencia como un ajuste de protección, pero no como un derecho absoluto cuando amenaza necesidades de la salud ²⁴.

Los datos revelados en nuestro estudio también corroboraron el estudio de Camargo y colaboradores ²⁵, en el cual se observó que los profesionales de la salud tienen poco conocimiento sobre la utilización de la objeción de conciencia en el contexto del aborto legal en Brasil. Se verificó, también, que el vínculo entre objeción de conciencia y aborto legal es escasamente abordado por los autores académicos, y que estos, cuando lo hacen, establecen su conexión a penas con los códigos de ética profesional, en particular de la áreas de enfermería y medicina. Además, los autores del estudio sugieren la inserción del término "objeción de conciencia" como descriptor controlado, con el fin de ampliar las investigaciones sobre el tema.

Área profesional y cualificación profesional

En lo tocante a la averiguación acerca de la cualificación específica del profesional que trabaja directamente en el PIGL, 79,1% (140) se dijeron favorables a la cualificación, 18,1% (32) fueron con-

trarios a ella y 2,8% (5) no respondieron. De las sugerencias presentadas por los participantes favorables a la cualificación, se destacaron los talleres de capacitación, entrenamiento, cursos, formación o conocimiento en psicología, ética, bioética, legislación, servicio social, enfermería, medicina, obstétrica, derechos humanos, entre otras.

También es oportuno registrar la opinión de dos de los profesionales, que mencionaron, respectivamente *“Adecuado conocimiento de la legislación, entrenamiento en cómo atender al paciente sin reprobaciones o prejuicios, así como en apoyo psicológico”* y *“Cualificación para atención humanizada que tenga en consideración el deseo de la mujer”*. Cabe resaltar, en ese sentido, que uno de los objetivos del Ministerio de la Salud es justamente buscar promover la atención cualificada y humanizada a las mujeres en situación de aborto, y, entre los principios basilares para la concretización de ese objetivo se encuentran la igualdad, la libertad y la dignidad de la persona humana, siendo asegurado el acceso de la víctima a la asistencia en salud³. Para el profesional, la atención humanizada implica una conducta en la cual debe abstraer sus convicciones morales, culturales, religiosas, así como otros aspectos que puedan influir en la atención al paciente; es decir, su actitud debe ser orientada, sobretodo, por la imparcialidad (justicia).

Las consideraciones de esos participantes se coadunan con la bioética principalista, según la cual es necesario respetar la autonomía de la mujer en lo que se refiere a su vida y su cuerpo; procurar su bienestar integralmente, maximizándolo y disminuyendo el daño (beneficencia), y evitar cualquier perjuicio que le cause sufrimiento (no maleficencia). Para Faúndes y Barzelatto²⁰, los principios de no maleficencia y de beneficencia implican varios desencadenamientos, entre los cuales el repudio a cualquier restricción de acceso a los servicios de aborto y a actos burocráticos que lo hagan inaccesible al paciente.

Consideraciones finales

El análisis de los resultados del estudio hizo evidente que, a pesar de haberse originado en 1996, el servicio de referencia para el aborto en casos previstos en la ley del HMIB, permanece poco conocido y poco divulgado, tanto entre los usuarios de la sa-

lud y la población en general como entre los propios profesionales de la salud, como consecuencia de la ultrapasada visión acerca del aborto, que acaba por discriminar y vulnerar a las mujeres. A pesar de que en este estudio la creencia religiosa de los profesionales haya sido correlacionada a posturas estigmatizadoras con relación al servicio de aborto legal, por ejemplo, en la tendencia de profesionales de orientación cristiana a afirmar que no harían parte del PIGL y estar de acuerdo con persuadir a una mujer víctima de violación a proseguir con la gestación, contribuye negativamente a esa cuestión el hecho de que también los mismos profesionales de la salud involucrados en esos servicios parecen sufrir las consecuencias del estigma y del prejuicio asociados al aborto.

A ese cuadro se suma el desconocimiento de los demás profesionales de la salud sobre la estructura y el funcionamiento del PIGL en el HMIB, observable en el hecho de que la mayoría de los participantes de ese estudio confundió ese servicio con otros ofrecidos por el hospital, notoriamente aquellos destinados a la violencia, como el Programa Violeta y el Programa de Investigación, Asistencia y Vigilancia a la Violencia, los cuales se dirigen a la atención en casos de violencia y apenas cuando necesario remiten al PIGL a las mujeres embarazadas víctimas de violación. Importa resaltar que el PIGL no presta asistencia apenas a gestantes víctimas de violación, sino a todos los casos en los que el aborto es permitido por la ley, tales como, gestaciones de alto riesgo para la mujer y casos comprobados de anencefalia fetal.

Frente a ese resultado, indicamos no solamente la necesidad de mayor divulgación institucional y técnica de los servicios de interrupción de gestación en los casos previstos en la ley, sino también la creación y la consolidación de espacios de diálogo y debates que favorezcan la reflexión adecuada sobre la moralidad del aborto entre los diversos grupos de la sociedad. Aunque no haya sido un objetivo de este trabajo proponer tales soluciones, se puede defender que la bioética se constituye como espacio potencialmente propiciador del diálogo entre administradores, profesionales de la salud, usuarios de la salud, movimiento sociales, educadores, medios – en fin, entre todos los diversos grupos que componen el tejido social y que, dialécticamente, fomentan y son víctimas de los procesos de estigmatización, vulneración y reproducción de los derechos sexuales y reproductivos de las mujeres.

Trabajo producido en el ámbito del Programa de pos-gradado en Bioética y Cátedra Unesco de Bioética de la Universidad de Brasilia, Brasilia/DF, Brasil.

Referências

1. Santos VC, Anjos KF, Souza R, Eugênio BG. Criminalização do aborto no Brasil e implicações à saúde pública. [Internet]. Rev. bioét. (Impr.). 2013 [acesso 22 jul 2014];21(3):494-508. Disponível: http://revistabioetica.cfm.org.br/index.php/revista_bioetica/article/view/778/933
2. Garrafa V, Porto D. Intervention bioethics: A proposal for peripheral countries in a context of power and injustice. Bioethics. 2003;17(5-6):399-416.
3. Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. Atenção humanizada ao abortamento: norma técnica. 2ª ed. Brasília: Ministério da Saúde; 2011. (Série A. Normas e Manuais Técnicos). (Série Direitos Sexuais e Direitos Reprodutivos; Caderno nº 14).
4. Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. Prevenção e tratamento dos agravos resultantes da violência sexual contra mulheres e adolescentes: norma técnica. 3ª ed. atual. e ampl. Brasília: Ministério da Saúde; 2012. (Série A. Normas e Manuais Técnicos). (Série Direitos Sexuais e Direitos Reprodutivos; Caderno nº 6).
5. Drezett J. Violência sexual contra mulheres, adolescentes e crianças [entrevista]. [Internet]. Revista SGOB (Associação de Ginecologia e Obstetrícia do DF). 2014 jan-fev [acesso 6 dez 2014];20(95):10-4. Disponível: <http://www.sgob.org.br/novo/uploads/revista/principal/5a8d4-SGOB-95.pdf>
6. Brasil. Decreto-Lei nº 2.848, de 7 de dezembro de 1940. Código Penal. [Internet]. 1940 [acesso 22 jul 2014]. Disponível: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/decreto-lei/Del2848compilado.htm
7. Brasil. Lei nº 11.340, de 7 de agosto 2006. Cria mecanismos para coibir a violência doméstica e familiar contra a mulher, nos termos do § 8º do art. 226 da Constituição Federal, da Convenção sobre a Eliminação de Todas as Formas de Discriminação contra as Mulheres e da Convenção Interamericana para Prevenir, Punir e Erradicar a Violência contra a Mulher; dispõe sobre a criação dos Juizados de Violência Doméstica e Familiar contra a Mulher; altera o Código de Processo Penal, o Código Penal e a Lei de Execução Penal; e dá outras providências. [Internet]. 2006 [acesso 5 dez 2014]. Disponível: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_ato2004-2006/2006/lei/l11340.htm
8. Carvalho J, Gonçalves DWPO, Carvalho H. A legalização do aborto em casos de anencefalia no Brasil. [Internet]. RIDB. 2013 [acesso 23 jul 2014];2(4):2791-830. Disponível: http://www.idb-fdul.com/uploaded/files/2013_04_02791_02830.pdf
9. Distrito Federal. Conselho de Saúde do Distrito Federal. Resolução nº 1, de 13 de maio de 1996. Dispõe sobre a criação do Serviço Multiprofissional de Assistência Integral à Mulher, para realização de aborto, nos casos previstos em lei, no Hospital Regional da Asa Sul – HRAS. Diário Oficial do Distrito Federal. Brasília, v. 17, nº 140, p. 4, 24 jul. 1996. Parte 3.
10. Selli L. Os significados morais da solidariedade no Programa do Aborto Legal. Saúde em Debate. 2004;28(67):118-29.
11. Vilela, LF, coordenadora. Manual para atendimento às vítimas de violência na rede de saúde pública do Distrito Federal. Brasília: Secretaria de Estado de Saúde do Distrito Federal; 2009.
12. Portal Brasil. SUS vai ampliar até dezembro número hospitais habilitados a fazer abortos legais. [Internet]. 13 abr 2012 [atualizado 28 jul 2014] [acesso 30 nov 2014]. Disponível: <http://www.brasil.gov.br/cidadania-e-justica/2012/04/sus-vai-ampliar-ate-dezembro-numero-hospitais-habilitados-a-fazer-abortos-legais>
13. Brasil. Lei nº 12.845, de 1º de agosto de 2013. [Internet]. 2013 [acesso 3 dez 2014]. Disponível: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_ato2011-2014/2013/lei/l12845.htm
14. Confederação Nacional dos Bispos do Brasil. CNBB divulga nota sobre a sanção da Lei 12.845/2013. [Internet]. 8 ago 2013. [acesso 30 nov 2014]. Disponível: <http://www.cnbbr.org.br/imprensa/sala-de-imprensa/notas-e-declaracoes/12541-cnbb-divulga-nota-sobre-a-sancao-da-lei-128452013>
15. Brasil. Ministério da Saúde. Portaria nº 485, de 1º de abril de 2014. Redefine o funcionamento do serviço de atenção às pessoas em situação de violência sexual no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS). Diário Oficial da União. Brasília, p. 53, 2 abr. 2014. Seção 1.
16. Gil AC. Metodologia do ensino superior. 4ª ed. São Paulo: Atlas; 2005.
17. Greca, AL. Professora americana visita programa contra a violência do HMIB. Portal da Saúde do DF. Notícias. [Internet]. 15 maio 2013 [acesso 30 nov 2014]. Disponível: <http://www.saude.df.gov.br/noticias/item/3063-professora-americana-visita-programa-contra-a-viol%C3%Aancia-do-hmib.html>
18. Brasil. Senado Federal. Comissão Parlamentar Mista de Inquérito – CPMI. Relatório nº 1, de 2013-CN. [Internet]. Brasília; 13 jun 2013 [acesso 3 dez 2014]. Disponível: <http://www.senado.gov.br/atividade/materia/getPDF.asp?t=133656&tp=1>
19. Faúndes A, Barzelatto J. O drama do aborto: em busca de um consenso. Campinas: Komed; 2004. p. 127.
20. Diniz D, Dios VC, Mastrella M, Madeiro AP. A verdade do estupro nos serviços de aborto legal no Brasil. [Internet]. Rev. bioét. (Impr.). 2014 [acesso 7 dez 2014]; 22(2):291-8. Disponível: <http://dx.doi.org/10.1590/1983-80422014222010>
21. Godoi AMM, Garrafa V. Leitura bioética do princípio de não discriminação e não estigmatização. Saúde Soc. [Internet]. 2014 [acesso 6 dez 2014]; 23(1):157-66. Disponível: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0104-12902014000100157&lng=en

22. Organização das Nações Unidas para a Educação, Ciência e Cultura. Declaração Universal sobre Bioética e Direitos Humanos. [Internet]. Paris/Lisboa: Unesco; 2006 [acesso 18 jun 2015]. Disponível: <http://unesdoc.unesco.org/images/0014/001461/146180por.pdf>
23. Soares GB. Profissionais de saúde frente ao aborto legal no Brasil: desafios, conflitos e significados. Cad Saúde Pública. 2003 [acesso 7 dez. 2014];19(2):399-406. Disponível: <http://dx.doi.org/10.1590/S0102-311X2003000800021>
24. Diniz D. Estado laico, objeção de consciência e políticas de saúde. Cad. Saúde Pública. [Internet]. 2013 set [acesso 3 dez 2014];29(9). Disponível: <http://dx.doi.org/10.1590/0102-311XPE010913>
25. Camargo MG, Guilhem DB, Lago DMSK, Rodrigues SG. Objeção de consciência e aborto legal sob a perspectiva da saúde: revisão integrativa. Rev Enferm UFPE On Line. 2014 [acesso 16 jun 2015];8(6):1774-81. Disponível: http://www.revista.ufpe.br/revistaenfermagem/index.php/revista/article/view/4231/pdf_5358

Participación de los autores

Wesley Braga da Rocha, Anadely Castro da Silva y Solange Maria de Lacerda Leite participaron en el diseño del estudio, aplicación del cuestionario, análisis de los datos y producción del artículo. Thiago Cunha participó en todas las etapas, en calidad de orientador del trabajo de grado.



Recebido: 13.2.2015
Revisado: 7.6.2015
Aprovado: 12.6.2015

Anexo

Semi-structured questionnaire

Parte 1. Perfil sociodemográfico

Estimado(a) colaborador(a), siéntase libre para no responder a cualquier información aquí solicitada. Ninguna información que lo(a) identifique será divulgada.

Área profesional:

- Asistente social
- Clínico
- Enfermero(a)
- Farmacéutico(a)
- Ginecólogo/obstetra
- Psicólogo(a)
- Técnico(a) de enfermería
- Otro. Cuál: _____

Experiencia profesional en servicios de interrupción de la gestación previstos en la ley:

- Nunca hice parte de un servicio de interrupción de gestación en casos previstos en la ley
- Hice parte anteriormente de un servicio de referencia para la interrupción de la gestación en casos previstos en la ley
- Hago parte actualmente en un servicio de referencia para la interrupción de la gestación en casos previstos en la ley

Género: Femenino Masculino

Lugar de nacimiento: _____

Franja etaria:

- De 18 a 24 años De 36 a 50 años
- De 25 a 35 años Más de 51 años

Estado civil: No tengo compañero(a)/cónyuge

Tengo compañero(a)/cónyuge

Orientación religiosa:

- Católica Umbanda/candomblé
- Protestante/evangélica Agnóstico/ateo
- Espírita Otra (): _____

Tempo de trabajo en la unidad de salud: _____

Local de formación académica: _____

¿Posee pos-grado?

- No
- Especialización
- Maestría
- Doctorado

Área: _____

Parte 2. Conocimiento y percepción de los servicios de referencia del Programa de Interrupción Gestacional Prevista en la Ley

1) ¿Usted concuerda o discrepa con el llamado "derecho al aborto", es decir, con el derecho a la interrupción voluntaria de la gestación?

- Concuerdo
- Concuerdo parcialmente
- Discrepo
- Discrepo parcialmente
- No tengo opinión formada
- Otro (describir): _____

2) Marque abajo tan solo la afirmación que mejor corresponda a su opinión acerca del derecho al aborto:

- Contrario en cualquier caso
- Favorable apenas en caso de gestación resultante de violación
- Favorable apenas en caso de riesgo de vida a la gestante
- Favorable apenas en caso de incompatibilidad del feto con la vida
- Favorable en los tres casos anteriores (violación, riesgo de vida de la gestante e incompatibilidad del feto con la vida)
- Favorable hasta la 12ª semana de gestación
- Favorable hasta la 22ª semana de gestación
- Otra opinión (describir): _____

3) ¿Conoce el servicio de referencia para la interrupción del embarazo en los casos previstos en la ley?

- Sí
- No
- Parcialmente
- Otro (describir): _____

4) Independientemente de la respuesta a la pregunta anterior, marque aquellos servicios que piensa haber realizado en el ámbito de referencia para la interrupción del embarazo en los casos previstos en la ley:

- Atención médica (ginecológica y obstetra)
- Exámenes de laboratorio para diagnósticos y ecografía
- Atención psicosocial a todas las pacientes sometidas al aborto
- Atención psicosocial apenas a las mujeres víctimas de violencia sexual
- Profilaxis para ETS
- Anticonceptivos de emergencia
- Aborto en casos de violación y riesgo de muerte de la mujer
- Aborto en caso de incompatibilidad del feto con la vida
- Aborto apenas en casos de violación
- Aborto para gestantes que no atienden a los criterios previstos por ley, desde que expresen voluntariamente la decisión en término de consentimiento libre y explicado
- Colecta y conservación de material genético de mujer víctima de violencia sexual
- Acompañamiento psicosocial y médico por 15 días después del aborto
- Acompañamiento psicosocial por tiempo indeterminado
- No sé informar

5) ¿Alguna paciente del HMIB ya le solicitó informaciones sobre la disponibilidad de servicios para realización de aborto en la institución?

- Sí
- No
- No lo recuerdo

6) Caso la respuesta anterior sea positiva, ¿cuál fue su orientación? O, caso ese asunto nunca haya sido abordado, en una situación hipotética, ¿cuál sería su orientación?

- Remisión al Programa Violeta
- Remisión al Programa de Interrupción Gestacional Previsto en la Ley
- Información a la paciente de que el hospital no ofrece ese tipo de atención
- Remisión a otro sector/servicio del hospital (informar): _____

7) ¿Usted ya atendió a una mujer embarazada pos-violación?

- Sí
- No

8) Caso la respuesta anterior sea positiva, ¿sabe informar si la mujer fue remitida al Programa de Interrupción Gestacional Prevista en la Ley?

- Sí
- No
- No sabe informar

9) ¿Qué debe ser exigido a la víctima de violencia sexual que solicita la realización del aborto?

- Denuncia policial con registro de la violencia sexual ocurrida
- Denuncia policial seguido de orden judicial
- Apenas el consentimiento de la mujer o de su representante legal
- Consentimiento de la mujer o de su representante legal, desde que definido el nexo por pericia médica
- Consentimiento de la mujer o de su representante legal, desde que presentado laudo psicosocial emitido por equipo de referencia
- No sé informar

10) ¿Cuál es su opinión frente a la realización de abortos en el Programa de Interrupción Gestacional Prevista en la Ley?

- Discrepo con los procedimientos que resulten en aborto
- Concuerdo con los procedimientos de interrupción de la gestación en los casos previstos en la ley
- No tengo opinión formada sobre el asunto
- Otro (describir): _____

11) ¿Considera correcto convencer a una mujer embarazada pos-violación a continuar con la gestación?

- Sí
- No

12) ¿Usted haría parte del Programa de Interrupción Gestacional Prevista en la Ley o en otro servicio de referencia que involucre el aborto?

- Sí
- No

13) Caso la respuesta anterior sea negativa, informe, por favor, el motivo por el cual usted no haría parte del programa:

14) Con relación a la objeción de conciencia en servicios de aborto reglamentados por el Ministerio de la Salud, marque los ítems que considera verdaderos:

- El derecho a la objeción de conciencia no cabe en los casos de necesidad de aborto por riesgo de vida para la mujer
- El derecho a la objeción de conciencia no cabe en situación de aborto jurídicamente permitido, en la ausencia de otro(a) profesional médico que lo haga
- La objeción de conciencia es un derecho del profesional de la salud y puede ser alegado en cualquier ocasión
- El derecho a la objeción de conciencia puede ser alegado por motivación religiosa y/o de fuero íntimo, desde que debidamente justificado
- No sé informar

15) ¿Usted ya participó de algún curso, taller o conferencia en que fueran discutidos los aspectos éticos o jurídicos del aborto?

No

Sí

¿Cuál? _____

16) ¿Considera que el profesional que trabaja directamente con el Programa de Interrupción Gestacional Prevista en Ley deba poseer alguna cualificación específica?

No

Sí

¿Cuál? _____

Thank you for your invaluable contribution to the research.