

## ARTÍCULO

# Objeción de conciencia, trabas y aborto en caso de violación: un estudio entre médicos de Brasil

Debora Diniz,<sup>a</sup> Alberto Madeiro,<sup>b</sup> Cristiano Rosas<sup>c</sup>

- a Catedrática, Programa de Estudios Superiores sobre Políticas Sociales, Universidad de Brasilia (UnB)/Anis, Instituto de Bioética, Derechos Humanos y Género, Brasilia, Brasil. Contacto: anis@anis.org.br
- b Catedrático, Centro de Investigación y Programa de Extensión sobre Salud de la Mujer. Universidad Estatal de Piauí (Uespi), Teresina, Brasil/Anis. Instituto de Bioética, Derechos Humanos y Género, Brasilia, Brasil.
- c Médico, Comisión de Violencia Sexual, Federación Brasileña de Obstetricia y Ginecología (FEBRASGO), Sao Paulo, Brasil

**Resumen:** *En Brasil, para tener un aborto legal en el caso de una violación, la declaración de la mujer de que fue violada es suficiente para garantizar su derecho al aborto. El objetivo de este estudio fue entender la práctica y las opiniones de ginecobstetras en Brasil con relación a la prestación de servicios de aborto en el caso de violación. Desde abril hasta julio de 2012 se realizó un estudio de métodos combinados, con 1690 gineco-obstetras que respondieron a un cuestionario electrónico estructurado. En la fase cuantitativa, el 81.6% de los médicos requerían una denuncia policial o autorización judicial para garantizar los servicios solicitados. Las entrevistas telefónicas a profundidad con 50 de estos médicos mostraron que a menudo verificaban la declaración de violación por parte de las mujeres, pidiéndoles que repitieran su historia a varios profesionales de la salud; el 43.5% de estos invocaron objeción de conciencia cuando no estaban seguros de que la mujer estuviera diciendo la verdad. El ambiente moral del aborto ilegal cambia el propósito de escuchar a una paciente: de brindarle atención a juzgarla. Los datos indican que el acceso de las mujeres a los servicios de aborto legal está siendo bloqueado por estas barreras a pesar de lo que señala la ley. Recomendamos que FEBRASGO y el Ministerio de Salud trabajen conjuntamente para aclararles a los médicos que la declaración de violación por parte de la mujer debe permitirle acceso a un aborto legal.* © 2015, edición en español, 2014 edición en inglés, Reproductive Health Matters.

**Palabras clave:** objeción de conciencia, ley y políticas de aborto, barreras al aborto, violación, violencia sexual, relaciones médico-paciente, Brasil.

El Código Penal de Brasil, 1940, solo autoriza el aborto en caso de violación o cuando la vida de la mujer está en riesgo.<sup>1</sup> En 2012, una resolución de la Corte Suprema de Brasil legalizó el aborto también en casos de anencefalia fetal.<sup>2</sup> A pesar de las restricciones penales, la magnitud de los abortos clandestinos en el país es alta. Un estudio nacional con métodos directos de recopilación de información, llevado a cabo en 2010, reveló que el 15% de las mujeres entre la edad de 18

y 39 años había abortado por lo menos una vez.<sup>3</sup>

La normativa vigente para los servicios de aborto fue formulada en los años noventa; sin embargo, en 1996 solo había cuatro centros de salud pública que practicaban abortos legales en el país.<sup>4</sup> En 1999, el Ministerio de Salud de Brasil publicó una serie de directrices técnicas para la *Prevención y tratamiento de lesiones causadas por violencia sexual contra mujeres y adolescentes*, las cuales estimularon la organización

de nuevos servicios. En 2001, se registraron 63 hospitales en 24 de los 27 estados de Brasil para practicar abortos siguiendo estas directrices. Aun así, la mayoría se concentró en las capitales de Estado y en las grandes ciudades, lo que constituye una barrera al acceso del servicio en un país que tiene las dimensiones de un continente.<sup>4,5</sup>

El acceso de las mujeres a servicios de aborto legal puede hacerse difícil por varias razones: desde la objeción de conciencia de los profesionales de la salud hasta la exigencia de exámenes médicos adicionales, documentos policiales, o autorizaciones judiciales, las cuales consideramos como “barreras”. La imposición de barreras puede causar daño a las mujeres, principalmente al postergar su acceso a la atención médica.<sup>6,7</sup> En Brasil, las normativas del Ministerio de Salud, exigen a las víctimas de tener que presentar una denuncia policial, un dictamen médico o una autorización judicial. El único documento necesario para el aborto en caso de violación es la autorización firmada por la mujer.<sup>8</sup>

Al igual que ocurre con normativas internacionales, el Código Brasileño de ética médica y las normas técnicas del Ministerio de Salud, reconocen el derecho del médico a la objeción de conciencia.<sup>8,9</sup> La base moral para la objeción de conciencia en casos de aborto parece ser distinta en países con tradición católica/cristiana, como Brasil, donde la ley es restrictiva y los servicios de derivación de aborto son públicos y están disponibles principalmente en las grandes ciudades.<sup>10</sup> En esta situación, la negativa a practicar un aborto puede ser una barrera adicional para las mujeres que han sido violadas.<sup>6</sup>

Los estudios sobre los conocimientos y opiniones de los gineco-obstetras sobre el aborto a principios de la década del 2000 en Brasil no investigaron sus prácticas concretas en la prestación de servicios de aborto. Sin embargo, un estudio de 2003 entre 4,323 gineco-obstetras sobre la normativa nacional de aborto, reveló que alrededor de dos tercios de los médicos pensaban que era necesaria una autorización judicial para practicar un aborto.<sup>11</sup> Otro estudio entre 572 gineco-obstetras lanzó hallazgos similares, ya que solo el 48% demostró tener un conocimiento adecuado sobre los requerimientos legales para la realización de un aborto.<sup>12</sup> En lo que respecta a

la opinión pública, un estudio reciente ha demostrado que, aunque los brasileños difieren respecto a cuándo el aborto debería ser legal, la mayoría está de acuerdo en que las mujeres no deberían ser encarceladas por dicha práctica.<sup>13</sup>

Los gineco-obstetras brasileños son profesionales con un rol central en lo que respecta a la salud sexual y reproductiva de las mujeres, ya que solo los médicos pueden practicar abortos. Los estudios internacionales demuestran que el principal motivo que aducen los médicos para alegar objeción de conciencia en casos de aborto son las creencias religiosas.<sup>14, 15</sup> Han sido pocos los estudios que analizan la realidad de las objeciones de conciencia en Brasil. En 2012, un estudio cualitativo con gineco-obstetras de un servicio de derivación para abortos legales en Salvador, una ciudad en el noreste brasileño, demostró que las principales razones para que los médicos se nieguen a practicar abortos son el temor a ser enjuiciados y el estigma relacionado al aborto.<sup>16</sup>

No hay información nacional sobre cómo proceden moralmente estos profesionales de la salud cuando una mujer violada pide abortar. No hay evidencia sobre las barreras que deben afrontar las mujeres ni, lo que es más importante, del impacto que tiene la negativa de un médico para brindar el servicio. Este artículo, describe los resultados de un estudio nacional que busca entender las opiniones y prácticas de los gineco-obstetras brasileños con respecto al aborto en el caso de violación.

## Metodología

Se realizó un estudio de método mixto entre médicos afiliados a la Federación Brasileña de Obstetras y Ginecólogos (FEBRASGO), la organización médica de obstetras y ginecólogos más grande del país. El estudio se llevó a cabo en dos fases entre abril y julio de 2012 – primero, la fase cuantitativa utilizando un cuestionario electrónico, luego, la fase cualitativa a través de entrevistas telefónicas más detalladas.

En la primera fase, los 15, 000 miembros de FEBRASGO recibieron una invitación electrónica a participar, enviada por

dicha federación, y se obtuvo un muestreo por conveniencia de encuestados. Se subió un cuestionario para ser completado por los mismos encuestados a un sitio web donde estuvo disponible durante tres meses, entre abril y junio 2012. Cada mes, durante los siguientes tres meses, se volvió a enviar la invitación. La encuesta electrónica era estructurada y anónima e incluía preguntas sobre la edad, sexo, lugar de residencia, religión, tiempo que llevan ejerciendo la profesión y experiencia brindando atención a mujeres que habían sido violadas. Luego, el instrumento tenía dos preguntas sobre los documentos que una mujer debe presentar para poder acceder a un servicio de aborto y sobre la objeción de conciencia del médico. Estas dos preguntas permitían múltiples alternativas. Una prueba previa del cuestionario o pre-test se logró en dos etapas con la participación de especialistas académicos y 35 gineco-obstetras. Los datos obtenidos del pre-test fueron descartados.

En esta fase cuantitativa la información se tabuló en una hoja de cálculo de Microsoft Excel 2007 para el análisis descriptivo de la información sociodemográfica.

Las preguntas que permitían múltiples respuestas fueron categorizadas con valores: 0 (no) y 1 (sí) y las respuestas fueron tabuladas (solo la declaración de la mujer, solo una denuncia policial, la declaración de la mujer más una denuncia policial, etc.). Se computaron la frecuencia y el porcentaje de las respuestas y las que fueron nombradas más veces se presentaron en cuadros.

En la segunda fase, los médicos de la fase cuantitativa fueron invitados a participar en entrevistas cualitativas y más detalladas y se les pidió que proporcionaran su correo electrónico y/o número de teléfono para un contacto posterior. De los 582 médicos, sobre el total de 1690 que manifestaron estar interesados en seguir participando, fueron seleccionados 50 basados en el criterio de que anteriormente habían brindado servicios de aborto a mujeres violadas, pertenecían a distintas edades, (por encima y por debajo de los 50 años de edad), sexos y regiones geográficas distintas (diez de cada una de las cinco regiones más importantes del país)

**CUADRO 1. Características socio-demográficas de los/as gineco-obstetras (n = 1 690)**

| Características                         | Nº.   | %    |
|---|-------|------|
| Sexo                                    |       |      |
| Femenino                                | 904   | 53.5 |
| Masculino                               | 786   | 46.5 |
| Edad (rango de 25 – 84 años)            |       |      |
| < 50 años                               | 989   | 58.5 |
| ≥ 50 años                               | 701   | 41.5 |
| Tiempo de ejercicio de la especialidad  |       |      |
| < 10 años                               | 441   | 26.1 |
| 10 – 20 años                            | 389   | 23.0 |
| >20 años                                | 860   | 50.9 |
| Religión                                |       |      |
| No                                      | 453   | 26.8 |
| Sí                                      | 1 237 | 73.2 |
| Católica                                | 846   | 50.1 |
| Espírita                                | 219   | 12.9 |
| Evangélica                              | 115   | 6.8  |
| Otras                                   | 45    | 2.7  |
| No especificada                         | 12    | 0.7  |
| Atendió a mujeres víctimas de violación |       |      |
| No                                      | 902   | 57   |
| Sí                                      | 788   | 43   |

En junio y julio de 2012, se realizaron las entrevistas telefónicas detalladas con los 50 encuestados. Se utilizó un instrumento semiestructurado con todos los participantes. Los datos fueron recopilados utilizando 15 preguntas organizadas en tres secciones: “¿Qué documentos debe proporcionar una mujer para que se le practique un aborto?”; 2) “¿Cuál es su postura con relación a la objeción de conciencia en casos de aborto?”; y 3) “¿Se ha negado usted en alguna ocasión a practicar un aborto legal?”

En esta fase cualitativa, las entrevistas fueron grabadas y transcritas. Dos investigadores se dedicaron a leer y codificar las transcripciones (un médico y un científico social) independientemente. La información fue tabulada utilizando un instrumento de cinco preguntas sobre la experiencia de los médicos en atención sanitaria a mujeres víctimas de violación, los documentos requeridos para el aborto y la objeción de conciencia. Los investigadores

compararon la información y cuando hubo discrepancias, se discutieron los análisis.

Se obtuvo consentimiento informado en ambas fases de la investigación. En la fase cuantitativa, este fue solicitado electrónicamente, y durante la entrevista telefónica los participantes manifestaron su acuerdo de forma oral. En los cuestionarios electrónicos, así como en las entrevistas, los participantes mantuvieron el anonimato. Para garantizarlo, las respuestas de los participantes no fueron separadas por Estados o regiones del país. El estudio fue autorizado por FEBRASGO y aprobado por el Comité de ética de la Universidad de Brasilia.

## Conclusiones y discusión

### Fase 1: Características de los encuestados.

El cuestionario fue contestado por 1690 médicos (11.3% de ellos había recibido una invitación a participar del estudio). Poco más de la mitad (Cuadro 1) eran mujeres (53.5%), 58.5% tenían menos de 50 años, y 50.9% practicaban la profesión desde hacía más de 20 años. La mitad eran de religión católica (50.1%); 26.8% no practicaban ninguna religión. Venían de todos los Estados del país, y la mayoría (57.2%) residía en la Región Sudeste, que tiene la mayor concentración de médicos de Brasil. El 43% manifestó haber brindado anteriormente atención en abortos a mujeres violadas.

### Creando barreras al aborto en caso de violación

Solo el 13.7% de los médicos confiaba en que la declaración de la mujer sobre la violación bastaba para garantizar su derecho a un aborto. Casi la mitad (44.1%) solicitó por lo menos un documento, no requerido por ley, para acceder a practicar el aborto, tal como una denuncia policial (18.7%), autorización judicial (9.5%), el dictamen médico externo (9.3%) o incluso la autorización de un comité institucional de ética (6.6%). Para el 37% de los médicos, la mujer debía obtener y presentar dos o más de estos documentos para acceder al aborto (Cuadro 2).

Aún en los países donde el aborto es legal con una variedad más amplia de fundamentos, a menudo existe una serie de barreras que bloquean o dificultan el acceso de las mujeres al

aborto. Existen barreras logísticas (tales como la falta de servicios en zonas rurales y falta de personal capacitado).<sup>17</sup> Barreras sociales (tales como que las mujeres no sepan qué servicios están a su disposición y que tienen el derecho a un aborto)<sup>6</sup> y barreras administrativas (tales como un período de espera de 24 horas o asistencia psicológica obligatoria, a menudo brindada por otros profesionales, que discuten los “riesgos” del procedimiento o la adopción como alternativa).<sup>18,19</sup>

**Cuadro 2. ¿Qué exigieron los médicos para realizar un aborto en caso de violación? (n = 1 690)**

| Requisitos  | No  | %    |
|---|-----|------|
| Solo el relato de la mujer                                  | 232 | 13.7 |
| Solo una denuncia policial (DP)                             | 317 | 18.7 |
| Solo un dictamen médico externo (DE)                        | 157 | 9.3  |
| Solo la autorización judicial (AJ)                          | 160 | 9.5  |
| Solo la autorización del Comité institucional de ética (CE) | 112 | 6.6  |
| Más de un requisito   |     |      |
| DP + DE   | 153 | 9.1  |
| DP + DE + AJ  | 96  | 5.7  |
| DP + DE + AJ + CE   | 103 | 6.1  |
| Otros <sup>a</sup>  | 281 | 16.6 |
| No sabe/ no expresó una opinión                             | 79  | 4.7  |

<sup>a</sup> Otros fueron: DP + DE + AJ (4.9%); DP + AJ (3.2%); DE + AJ (3.1%); DP + AJ + CE (2.1%); DP - DE (2.1%) CE + AJ (0.9%); CE + DE (0.3%)

El hecho de que un porcentaje tan alto de médicos (81.6%) dijera que exigía documentos no requeridos por la normativa nacional de aborto puede ser considerado un gran obstáculo para el acceso. Si bien el estudio no explora en detalle por qué los médicos sienten que deben imponer estas barreras, algunos de ellos sí mencionaron el miedo a ser estigmatizados a causa del restrictivo contexto nacional en materia de aborto. La posibilidad de que actúen deliberadamente para bloquear el derecho legal de las mujeres a acceder a un aborto legal no puede ser ignorada, pero probablemente no lo expresarían libremente en una entrevista telefónica. Aunque conocer sus razones es importante

para poder influenciar en su forma de pensar, el resultado es que barreras como estas pueden dañar a las mujeres, incluyendo los riesgos a su salud mental y el estrés ocasionado por el retraso mientras consigue las autorizaciones.<sup>20</sup>

| <b>Cuadro 3 Disposición del médico a realizar abortos con sustento legal de acuerdo a la legislación brasileña o qué harían si no realizan un aborto (n = 1690)</b> |           |          |
|---|-----------|----------|
|   | <b>N°</b> | <b>%</b> |
| <b>Realizarían un aborto</b>  |           |          |
| En caso de violación  | 353       | 20.9     |
| En caso de violación solo con autorización judicial   | 305       | 18.0     |
| Solo si la vida de la mujer está en riesgo  | 43        | 2.5      |
| Solo si hay malformación fetal  | 28        | 1.7      |
| Por malformación fetal + riesgo para la vida de la mujer  | 119       | 7.0      |
| Otras razones   | 83        | 4.9      |
| No realizarían un aborto por motivos religiosos   | 76        | 4.5      |
| No realizarían un aborto en caso de violación pero sí:  |           |          |
| Derivarían a la mujer a otro profesional  | 460       | 27.2     |
| Tratarían de convencer a la mujer para que no aborte  | 106       | 6.3      |
| Derivarían a la mujer pero tratarían de convencerla para que no aborte  | 46        | 2.7      |
| Otros   | 47        | 2.8      |
| No sabe/ no expresó una opinión   | 24        | 1.4      |

### Disposición a practicar abortos legales en caso de violación

El cuadro 3 muestra que casi la mitad (43.5%) de los 1690 médicos dijo que no practicarían un aborto en caso de violación. Solo 4.5% de las negativas fueron justificadas con motivos religiosos. Para el 27.2% de ellos, la negativa de realizar el aborto ellos mismos no les impediría derivar a la mujer a otro médico. Por otro lado, 20.9% de ellos indicaron que sí practicarían el

aborto si el embarazo fuera resultado de una violación. Un 18% adicional también dijo que lo haría pero solo con una autorización judicial (Cuadro 3). Más aún, solo 11.2% dijeron que practicarían el aborto legal solamente en los otros casos en los que es legal, vale decir, feto con anencefalia (1.7%), riesgo de muerte para la mujer (2.5%), o ambos (7.0%).

La objeción de conciencia puede ser entendida como un derecho individual del médico. Sin embargo, el deber de brindar cuidados es también una responsabilidad profesional – y las mujeres tienen el derecho a recibir atención médica adecuada cuando busquen servicios de aborto en caso de violación.<sup>7,21</sup> Estudios empíricos realizados en otros países han demostrado que la mayoría de médicos que se niegan a practicar abortos invocando objeciones de conciencia creen que deberían también justificar sus motivos y referir a la mujer a otro servicio o profesional.<sup>22,23</sup> Los médicos varones y aquellos que declaran practicar alguna religión son los que, con más frecuencia, no le informan a la mujer sobre todas las opciones que tiene a su disposición, y hasta se rehúsan a derivarla a otro profesional.<sup>14,15</sup>

Un estudio de 2004 entre 4261 gineco-obstetras brasileños mostró que el 65% piensa que debería haber una revisión liberal de la normativa brasileña sobre aborto.<sup>11</sup> Se obtuvo información similar en otro estudio de 2005, donde se demostró que los médicos que apoyaban leyes de aborto más liberales eran también quienes manejaban más información de las normativas sobre aborto.<sup>12</sup> Sin embargo, no hay información sobre la objeción de conciencia en casos de aborto entre los gineco-obstetras brasileños. Puede ser que muchos médicos estén de acuerdo con que la legislación sobre aborto sea más liberal, pero también se niegan a practicar los abortos.

### Fase 2: Entrevistas cualitativas

El 81.6% de los 1690 médicos manifestó que ellos exigían documentos no requeridos por reglamentos nacionales a las mujeres que querían abortar por haber sido víctimas de violación. De las tres situaciones en la que es legal practicarse un aborto, es en el caso de la violación sexual donde se encuentran las mayores barreras de parte de los médicos. Por



el contrario, en el caso en que la vida de la mujer estuviera amenazada, los médicos entrevistados coincidieron en señalar que era una obligación brindar el servicio de aborto. Por lo tanto, en las entrevistas exploramos las razones que dieron los médicos para poner barreras al aborto en caso de violación. Para averiguarlo les hicimos una pregunta fundamental: “¿Cómo podemos saber si en verdad hubo violación?” Al responder, los médicos describieron las barreras que establecieron como estrategias para verificar la veracidad de la denuncia de violación.

Los médicos comprendían que los reglamentos exigen solo el consentimiento de la mujer y un embarazo no mayor de 20 semanas. En general, no hubo malos entendidos sobre este marco legal, lo que sugiere que no es una falta de información lo que los lleva a crear obstáculos para el acceso al aborto. Nuestra tesis es que estas barreras representan un traslape de la responsabilidad de las autoridades médicas y de las policiales respecto a la *veracidad de la violación*. En un contexto legal de excepciones para el aborto ilegal, que caracteriza a la prestación de servicios de aborto en Brasil, las barreras permiten que el doctor actúe como policía y no solo como un médico profesional. Vale decir que cuando no es necesaria una denuncia policial obligatoria, los médicos encarnan el papel de la policía imponiendo sus propias barreras a las mujeres y que ellas tendrán que superar.

Con excepción de unos pocos médicos que se describen a sí mismos como profesionales sensibles al género, la narración de una mujer no bastaba para mitigar lo que ellos consideraban un “riesgo de ser enjuiciados por creer en una falsa historia de violación”. Sin embargo, aquí cabe aclarar su expresión de temor: tenía más que ver realmente con su sentido del honor profesional que con el temor a una intimidación penal concreta. Los doctores saben que no hay una sanción profesional si la historia de la mujer no es verdadera, y ninguno de ellos había tenido una experiencia de ese tipo. Sin embargo, muchos de ellos sí expresaron su convicción personal de que el médico tiene la obligación de investigar la historia de la violación para intimidar a las mujeres que intenten engañarlos. No basta la inspección visual del médico para evitar ese riesgo, todo el equipo

de salud debía participar en la reconstrucción de la historia de la violación para asegurar que la mujer estuviera diciendo la verdad:

*“Mi equipo tuvo la precaución de que cada miembro escuchara la historia de la mujer por separado para determinar si realmente hubo violación.”*

Los 23 médicos describieron que en las entrevistas realizadas por sus equipos de salud la forma de investigación más utilizada consistió en escuchar la “confesión” de la mujer en las circunstancias que establecían los profesionales. El médico era el último en escuchar su historia ya que él era la pieza clave de acceso al servicio. Además de justificar que el conocimiento y el poder son compartidos por todos los miembros del equipo, las “confesiones” consecutivas también son una táctica investigativa. La historia clínica de la mujer se usa para dejar asentada la evidencia y cualquier contradicción que escuche cada uno de los oyentes –errores menores en fechas o eventos– pueden despertar sospechas sobre la veracidad de la violación.

*“Tres personas la escuchan [a la víctima]. Ella debe contar la misma historia a la enfermera, después al trabajador social y después a mí. Por consiguiente hay tres ocasiones en que ella debe narrar exactamente la misma historia y dar los datos de la hora y la fecha de la violación.”*

Ese traslape entre la prestación de servicios de salud y la ejecución de un trabajo de investigación policial se da en la exigencia de documentos legales, una ecografía para confirmar la cronología de los hechos y que la mujer presente un trauma psicológico. Los médicos señalaron que los equipos de salud no consideraban que estos múltiples escollos (pruebas) que las mujeres debían sortear fueran barreras, sino que eran más bien indicios de “cautela profesional”.

Los médicos tienen sentimientos encontrados y ambiguos en este entorno moral del aborto ilegal, como son el temor, el estigma y la vergüenza, que alteran el propósito de escuchar a la paciente pues ya no lo hacen para atenderla sino para juzgarla: “una mujer podría tratar

de usar los servicios para un aborto que no es legal... aun cuando sí es legal en caso de violación". Buscar la verdad se convierte en una obligación moral, autoimpuesta por el personal, puesto que hay un contexto legal en el cual el aborto es un delito. Las barreras se explican como actos responsables, como precauciones para evitar "ser engañados por mujeres imprudentes", y también para proteger a los servicios ofreciendo una imagen de seriedad antes de aceptar una historia de violación. Por ello, el delito de aborto exige que los médicos se den un nuevo perfil convirtiéndose en expertos en trauma y violación.

La cronología de la violencia es una parte fundamental para establecer la veracidad - "a veces la historia no concuerda con la fecha [de un embarazo], con la fecha de la última menstruación, con la fecha del coito". Para resolver el enigma se divide el trabajo. Cada miembro del equipo busca una prueba diferente - el doctor observa el cuerpo de la embarazada, el psicólogo y el trabajador social examinan el trauma y las relaciones sociales entre la víctima y el agresor. La reglamentación sobre el aborto en Brasil limita la posibilidad de realizar un aborto legal después de las 20 semanas de gestación. Debido a este límite la duración del embarazo es una pieza clave de información para que una mujer pueda tener acceso al servicio y para componer lo que se denomina una "historia clínica adecuada".

La ecografía se considera una prueba irrefutable, como si se tratara de un documento técnico oficial que reconoce que la narración de la mujer es legítima y protege al equipo de salud contra un enjuiciamiento penal. Sin embargo, la imagen de un feto también tiene un carácter ambiguo - a los médicos sensibles los tranquiliza pero también les atormenta su impulso de brindar atención médica. De otro lado, es una prueba técnica del relato cronológico de la mujer; sin embargo, se pueden aceptar pequeños errores en la cronología por la falibilidad de la técnica - "dos semanas más o menos son errores comunes". Pero también puede ser un padecimiento para los doctores: uno de los síntomas psicológicos del trauma es la dificultad de recordar los hechos cronológicamente; vale decir, que los errores de la memoria pueden indicar la veracidad de la violencia. Es más, muchos casos de abuso en

el seno de la familia se rigen por el silencio y las víctimas, cuando llegan a los servicios de salud, suelen estar en una etapa avanzada del embarazo. La imagen de un feto mayor de 20 semanas se convierte en un obstáculo para realizar el aborto, a pesar de que médicamente se comprenda que el aborto es necesario para la salud de las niñas y adolescentes.

Sin embargo, el hecho de que los médicos establezcan una distinción entre rehusarse a brindar atención médica e imponer barreras de rutina es fundamental para nuestras conclusiones, y es lo que explica la imposición rutinaria de estas barreras: ninguno de ellos se negaría a "atender" pero "atender" o brindar cuidados de salud tienen un significado especial en sus servicios clínicos. Brindar atención médica no es lo mismo que brindar servicios médicos de aborto - 44% de los 50 médicos con experiencia en "atender" mujeres víctimas de violación declaró estar en contra de los servicios de aborto. Aceptaban la obligación moral de "brindar cuidados de salud" a una mujer violada; consulta clínica y prevención de enfermedades de transmisión sexual, que describen como prácticas neutrales, pero el procedimiento médico del aborto estaba sujeto al rechazo moral; es decir, que no se entendía como una obligación médica. Por todo esto, para estos médicos había una separación entre la ética médica de la atención y la moralidad del aborto - todos los médicos brindaban atención pero solo algunos de ellos practicaban un aborto en caso de violación. Esta tensión entre atender a una mujer y practicarle un aborto, dependía de las creencias individuales del médico; ninguno de ellos consideraba que el derecho a negarse a "atender" incluye una negativa de la institución.

En los servicios públicos de Brasil la objeción de conciencia se moldea en cada localidad debido a la ambigüedad que hay entre el derecho que tiene cada médico a negarse a realizar un aborto y la obligación individual e institucional de brindar asistencia y atención médica como tarea obligatoria. El sistema de salud pública permite derivar a los pacientes a otros servicios y los médicos que tienen a su cargo los servicios de aborto no están moralmente en contra de brindar atención y practicar el aborto. Sin embargo, en casos específicos,

en los cuales la rutina de la investigación los hace sentirse inseguros sobre la veracidad de la violación, el médico exige el derecho a la objeción de conciencia:

*“Muchas veces me he negado a practicar el aborto porque, al menos para mí, era muy claro que había sido una relación sexual consensual y no un coito violento.”*

Como la sospecha no es un motivo razonable para negarse a brindar atención, 34% de los 50 médicos declararon que se negaron a realizar el aborto por motivos religiosos. Entonces, la religión convierte la sospecha en algo razonable y hace que la negativa a practicar el aborto no parezca un acto discriminatorio contra la mujer.

### **Consideraciones finales**

Los resultados que hemos obtenido sugieren que las mujeres brasileñas que han sido víctimas de violación y que piden que se les practique un aborto tienen muchas posibilidades de enfrentarse con múltiples barreras. Las dificultades surgen sobre todo porque a las mujeres se les exige documentos médicos y/o judiciales que no son requeridos por las políticas del Ministerio de Salud. Un obstáculo

adicional se presenta cuando los médicos apelan a la objeción de conciencia. Los relatos de la mayoría de doctores en este estudio indican que ellos reconocen el derecho legal a recibir servicios de aborto en caso de violación pero, al mismo tiempo, postulan su derecho a hacer excepciones cuando falta una larga lista de pruebas que la mujer debe presentar para probar la veracidad de la violación. Varios médicos antepusieron la intención de protegerse del estigma y la deshonra profesional, lo cual refleja la ambigüedad de la sociedad brasileña respecto al derecho al aborto en caso de violación en un contexto de ilegalidad. Recomendamos que FEBRASGO y el Ministerio de Salud unan esfuerzos para que aclaren a los médicos que cuando una mujer declara que ha ocurrido una violación se le debe permitir acceder a un aborto legal.

### **Agradecimientos**

*Los autores agradecen al equipo de entrevistadores: Brenda Abreu, Érica Quinágua, Lina Vilela, Miryam Mastrella y Vanessa Dios; a Fabiana Paranhos por la supervisión logística; y a João Neves por crear el cuestionario electrónico y tabular los datos. También agradecemos a FEBRASGO por enviar los cuestionarios a sus miembros. El estudio fue financiado por el Safe Abortion Action Fund.*



## Referencias

1. Presidência da República. Casa Civil. Decreto-Lei n° 2.848, de 7 de dezembro de 1940. Código Penal [internet]. Diário Oficial da União; 31 dez. 1940. [http://www.planalto.gov.br/ccivil\\_03/decreto-lei/del2848.htm](http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/decreto-lei/del2848.htm).
2. Supremo Tribunal Federal. Arguição de Descumprimento de Preceito Fundamental n° 54. Diário da Justiça Eletrônico n° 78/2012. <http://www.stf.jus.br/portal/diario-Justica/verDiarioProcesso.asp?numDj=77&dataPublicacaoDj=20/04/2012&incidente=2226954&codCapitulo=2&numMateria=10&codMateria=4>.
3. Diniz D, Medeiros M. Aborto no Brasil: uma pesquisa domiciliar com técnica de urna. *Ciência & Saúde Coletiva* 2010;15(Suppl.1):959–66.
4. Faúndes A, Leocádio E, Andalaft J. Making legal abortion accessible in Brazil. *Reproductive Health Matters* 2002;10(19):120–27.
5. Villela WV, Araújo MJO. Making legal abortion available in Brazil: partnerships in practice. *Reproductive Health Matters* 2000;8(16):77–82.
6. Finer L, Fine JB. Abortion law around the world: progress and pushback. *American Journal of Public Health* 2013;103(4):585–89.
7. Cook RJ, Olaya MA, Dickens BM. Healthcare responsibilities and conscientious objection. *International Journal of Gynecology & Obstetrics* 2009;104(3):249–52.
8. Ministério da Saúde do Brasil. Norma Técnica: Prevenção e tratamento dos agravos resultantes da violência sexual contra mulheres e adolescentes. 2.ed. Brasília; 2005.
9. Conselho Federal de Medicina. Código de Ética Médica. Brasília; 2009. [http://www.cremers.org.br/pdf/codigodeetica/codigo\\_etica.pdf](http://www.cremers.org.br/pdf/codigodeetica/codigo_etica.pdf).
10. Diniz D. Conscientious objection and abortion: rights and duties of public sector physicians. *Revista de Saúde Pública* 2011;45(5):981–85.
11. Faúndes A, Duarte GA, Andalaft-Neto J, et al. Conhecimento, opinião e conduta de ginecologistas e obstetras brasileiros sobre o aborto induzido. *Revista Brasileira de Ginecologia e Obstetria* 2004;26(2):89–96.
12. Goldman LA, García SG, Díaz J, et al. Brazilian obstetrician-gynecologists and abortion: a survey of knowledge, opinions and practice. *Reproductive Health* 2005;2:10.
13. Faúndes A, Duarte GA, Sousa MH, et al. Brazilians have different views on when abortion should be legal, but most do not agree with imprisoning women for abortion. *Reproductive Health Matters* 2013;21(42):1–9.
14. Harris LH, Cooper A, Rasinski KA, et al. Obstetriciangynecologists' objections to and willingness to help patients obtain an abortion. *Obstetrics & Gynecology* 2011;118(4):905–12.
15. Rasinski KA, Yoon JD, Kalad YG, et al. Obstetriciangynecologists' opinions about conscientious refusal of a request for abortion: results from a national vignette experiment. *Journal of Medical Ethics* 2011;37(12):711–12.
16. Zordo S. Representações e experiências sobre aborto ilegal e legal dos ginecologistas-obstetras trabalhando em dois hospitais maternidade de Salvador da Bahia. *Ciência & Saúde Coletiva* 2012;17(7):1745–54.
17. Greenberg M, Herbitter C, Gawinski B, et al. Barriers and enablers to becoming abortion providers: the Reproductive Health Program. *Family Medicine* 2011;44(7):493–500.
18. Donohoe M. Increase in obstacles to abortion: the American perspective in 2004. *Journal of American Medical Women's Association* 2005;60(1):16–25.
19. Downie J, Nassar C. Barriers to access to abortion through a legal lens. *Health Law Journal* 2007;15:143–73.
20. Grimes DA. Estimating of pregnancy-related mortality risk by pregnancy outcome, United States, 1991 to 1999. *American Journal of Obstetrics & Gynecology* 2006;194(1):92–94.
21. Magelssen M. When should conscientious objection be accepted? *Journal of Medical Ethics* 2012;38(1):18–21.
22. Amado ED, García MCC, Cristancho KR, et al. Obstacles and challenges following the partial decriminalisation of abortion in Colombia. *Reproductive Health Matters* 2010;18(36):118–26.
23. Curlin FA, Lawrence RE, Chin MH, et al. Religion, conscience, and controversial clinical practices. *New England Journal of Medicine* 2007;356:593–600.