

Ley N°21.030: Percepción profesional sobre su implementación en un Hospital de la Región de La Araucanía, Chile.

Law N°21.030: Professional perception on its implementation in a Hospital in the La Araucanía Region, Chile.

Daniela Forbes-Cifuentes¹, Mariana Herrera-Campos¹, Camila Rojas-Cáceres²
¹Matronas, Universidad de Chile.

²Matrona. Magíster en educación en ciencias de la salud. Profesor Asistente Departamento de Promoción de Salud de la Mujer y del Recién Nacido, Facultad de Medicina de la Universidad de Chile

*Autor para correspondencia: crojas293@uchile.cl

RECIBIDO: 29 de Diciembre de 2023
APROBADO: 03 de Octubre de 2024



DOI: 10.22370/revmat.1.2024.4103

LAS AUTORAS DECLARAN NO TENER CONFLICTO DE INTERESES. ESTE ESTUDIO DERIVA DE UNA TESIS DE PREGRADO

Palabras claves: Aborto, Interrupción voluntaria del embarazo, Objeción de conciencia.
Key words: Abortion, Voluntary interruption of pregnancy, Conscientious objection.

RESUMEN

Objetivo: describir la percepción sobre la implementación de la Ley N°21.030 en el equipo multidisciplinario del área de maternidad de un hospital de la Región de La Araucanía, Chile.

Material y métodos: estudio descriptivo con diseño cualitativo con enfoque fenomenológico. Se realizaron diez entrevistas semiestructuradas pertenecientes al área de maternidad de un hospital de la Región de La Araucanía, Chile. Los datos fueron procesados a través de un análisis narrativo.

Resultados: los resultados se agruparon en tres dimensiones: percepción individual con respecto al aborto, proceso de implementación inicial de la Ley N°21.030 en el hospital y aspectos generales actuales establecidos por el Ministerio de Salud (MINSAL) en ese recinto asistencial. Los profesionales de la salud comparten la idea de que esta ley era necesaria para resguardar uno de los ámbitos de los derechos sexuales y reproductivos (DSyR). Sin embargo, también coinciden al expresar que en Chile predomina una cultura conservadora que impide una legislación total del aborto. Durante la implementación predo-

minó la desinformación, desinterés y aprehensiones personales, aspectos que generan barreras de acceso. En cuanto a la objeción de conciencia (OC), concuerdan que es necesario definir límites con mayor claridad.

Conclusión: el equipo de salud del área de maternidad del hospital seleccionado comparte la percepción de que en un comienzo fue difícil implementar la Ley N°21.030 en ese establecimiento. No obstante, admiten que ha existido un avance asociado a la incorporación de profesionales más sensibilizados en el área.

ABSTRACT

Objective: to describe the perception of the implementation of Law No. 21,030 in the multidisciplinary team of the maternity area of a Hospital in the Region of La Araucanía, Chile.

Material and methods: descriptive study with qualitative design and a phenomenological approach. 10 semi-structured interviews were carried

out belonging to the Maternity Area of a Hospital in the Region of La Araucanía, Chile. The data were processed through a narrative analysis.

Results: the results are grouped into three dimensions: Individual perception regarding abortion, Initial implementation process of Law No. 21,030 in the Hospital and current general aspects established by the Ministry of Health (MINSAL) in a Hospital in the Region of Araucanía. Health professionals share the idea that this Law was necessary to protect one of the areas of sexual and reproductive health and rights (SRHR). However, they agree that a conservative culture predominates in Chile that prevents total abortion legislation. During the implementation, misinformation, disinterest and personal apprehensions predominated, generating access barriers. For conscientious objection (CO), they agree that it is necessary to define limits more clearly.

Conclusion: the health team of the Maternity Area shares the perception that at first the implementation of this Law was difficult in the establishment, however, there has been progress associated with the incorporation of more sensitized professionals in the area.

INTRODUCCIÓN

La Organización Mundial de la Salud (OMS) define el aborto como la "interrupción de un embarazo tras la implantación del huevo fecundado en el endometrio antes de que el feto haya alcanzado la viabilidad, es decir, antes de que sea capaz de sobrevivir y mantener una vida extrauterina independiente" [1].

En Chile, esta práctica ha sido considerada -casi siempre- como un problema de salud pública [2] que debe estar fuertemente regulado. En efecto, 1931, el segundo Código Sanitario decretó -entre otras materias- que en nuestro país "sólo con fines terapéuticos se podrá interrumpir un embarazo, considerando que para proceder a esta intervención se requerirá de la opinión documentada de dos médicos-cirujanos" [3]. Esta visión, en lo esencial, se mantuvo hasta 1989. Entre 1990 y 2017, el tema del aborto pasó por una serie de debates, movimientos sociales y cambios políticos que trajeron consigo avances en algunos aspectos, pero también una fuerte polarización.

En 2017 se promulgó la Ley N°21.030, que contempla la despenalización de la interrupción voluntaria del embarazo (IVE) realizada por un médico cirujano, bajo tres causales: peligro para la vida de

la mujer, inviabilidad fetal de carácter letal y embarazo producto de una violación [4]. La IVE bajo las causales uno y dos puede ser llevada a cabo en cualquier momento de la gestación. La causal número tres puede ser realizada hasta la semana catorce de amenorrea en menores de 14 años y hasta la semana doce en mayores de 14 años [4].

Para aplicar lo establecido en la Ley N°21.030, el Ministerio de Salud (MINSAL) dictó la Norma Técnica Nacional: acompañamiento y atención Integral de la mujer para interrupción voluntaria del embarazo en tres causales, la cual tiene como objetivo "establecer los lineamientos normativos y los procedimientos para el acompañamiento y atención integral a las mujeres que se encuentran en alguna de las tres causales" que regula la citada ley [5].

El artículo 1 de la Ley N°21.030 precisa que la mujer tendrá derecho a recibir apoyo a través de un programa de acompañamiento especificado en la Norma Técnica, desde el momento en que hace ingreso al centro de salud hasta la resolución del parto o IVE [6]. En ella se establece que los equipos a cargo de asistir y acompañar a la mujer en el marco de la IVE deben integrarse por un equipo constituido por médicos ginecólogos, matronas, otros especialistas y subespecialistas según diagnóstico, sumando una dupla psicosocial formada por un psicólogo y un trabajador social [5].

La despenalización de la IVE puede generar una disyuntiva moral en el equipo a cargo de los procedimientos clínicos relacionados con el aborto. De esta manera surge el concepto de objeción de conciencia (OC) el cual hace referencia al rechazo de una persona a realizar una acción impuesta por la ley, siendo esta contraria a su conciencia [7]. El Artículo 199 menciona que el personal médico puede abstenerse de realizar los procedimientos indicados en la Ley N°21.0303.

En 2019, la Mesa Acción por el Aborto en Chile llevó a cabo un monitoreo social de la implementación de la Ley N°21.030 a través de la Norma Técnica en establecimientos de atención primaria de salud y en centros de alto riesgo obstétrico de siete regiones del país, entre ellas la Región de la Araucanía. Con este monitoreo se buscó identificar las barreras que enfrentan las mujeres que acuden a establecimientos públicos de salud primaria y especialidad obstétricas bajo la Ley IVE [8].

Tres de los centros de salud de alta complejidad del país responsables de llevar a cabo la implementación de la Ley N°21.030 se ubican en la Región de la Araucanía, en las ciudades de Temuco, Victoria y Angol. En ellos, el monitoreo arrojó que un 75% de sus médicos se declararon como objetores de conciencia.

Esta barrera de acceso representa un impedimento para garantizar una atención médica y de calidad a las usuarias que requieran la IVE dentro de la región, por lo que esta investigación tiene como objetivo describir la percepción sobre la implementación de la Ley N°21.030 en el equipo multidisciplinario del Área de Maternidad de un hospital de la Región de la Araucanía.

MATERIAL Y MÉTODO

El estudio se realizó entre los meses de enero de 2022 y junio de 2023 en el Área de Maternidad de un hospital de alta complejidad de la Región de la Araucanía. Corresponde a un estudio cualitativo con enfoque fenomenológico.

Un estudio descriptivo presenta los hechos y eventos que caracterizan la realidad de los sujetos estudiados [10]. El diseño cualitativo orienta su estructura hacia la conceptualización sobre la realidad con base en los conocimientos, actitudes y valores que guían al comportamiento [10]. La fenomenología permite describir la experiencia tal como se vive [11].

Se llevó a cabo en base a un diseño de muestreo teórico y de estrategia de muestreo por conveniencia. El primero permite la selección de muestras diversas, a modo de evidenciar una variedad de perspectivas [12]. El segundo se fundamenta en la conveniente accesibilidad e interés de los sujetos para los investigadores, para ello se seleccionan aquellos casos invitados que acepten ser incluidos [13].

Del total de profesionales del equipo multidisciplinario en estudio, once cumplieron con los criterios de inclusión, pero una persona decidió no participar, por lo que finalmente se realizaron diez entrevistas semiestructuradas (Tabla 1).

Tabla 1: Caracterización de la muestra / Sample characterization

Caracterización de la muestra	N
Nacionalidad	
Chilena/o	10
Sexo	
Hombre	3
Mujer	7
Título profesional	
Matrón/a	7
Médico/a gineco - obstetra	1
Médico/a anestesiista	1
Psicólogo/a	1
Años de servicio en Maternidad	
< 5	1
5 - 9	6
10 - 14	1
> 15	2

Elaboración Propia

En los criterios de inclusión se tuvo en cuenta a profesionales médicos/as ginecobstetras, médicos/as anestesiistas, matrones/as, psicólogos/as y trabajadores/as sociales que cumplieran con: haber trabajado durante al menos tres años al momento de inicio de esta investigación en el Área de Maternidad de dicho Hospital y haber realizado atenciones biomédicas y/o psicosociales en el contexto de la Ley N°21.030 en Chile, a partir de su implementación. Para efectos del estudio no se consideraron criterios de exclusión.

A quienes cumplieran con los criterios de inclusión se los invitó a participar formalmente en el estudio a través de sus correos electrónicos, donde se les hizo envío de un consentimiento informado (CI) que debían firmar previo a las entrevistas. El número total de entrevistas efectuadas se definió a partir del cri-

terio de saturación teórica de datos [12]. Por lo tanto, se realizaron diez entrevistas semiestructuradas con una duración de entre veinte y noventa minutos, guiadas por dos investigadoras y registradas a través de grabación. Para la grabación se solicitó a quienes participaron un segundo CI a modo de asegurar la confidencialidad de los datos entregados, según indica la norma vigente de la Asociación Médica Mundial y la Declaración de Helsinki.

Respecto de la recolección de datos, se realizaron cinco validaciones por expertos en relación a la pauta de entrevista semiestructurada, todos docentes de la Facultad de Medicina de la Universidad de Chile. Se les indicó asignar un puntaje de 1 a 4 por pregunta respecto a los ítems de suficiencia, claridad, pertinencia y relevancia. Se realizaron las correcciones finales en aquellas respuestas con puntaje promedio menor a 3 y, considerando las sugerencias de los validadores, se obtuvo el instrumento final (Tabla 2).

Para el escrutinio de los datos se utilizó la técnica de análisis narrativo, que permite el estudio sistemático del significado y experiencia personal, útil para explorar las cualidades del pensamiento humano [13]. A partir de un proceso de codificación manual de los datos, se obtuvieron tres dimensiones principales y dieciséis categorías, estas últimas divididas entre apriorísticas y emergentes. Para el análisis se utilizaron los pasos descritos por Monje Álvarez: recogida productiva de los datos a través del trabajo de campo, reducción de los datos y clarificación [10].

Con respecto a los criterios de rigor, se utilizó la triangulación de investigadores a través del análisis de tres investigadoras y se recibió retroalimentación de dos validadoras externas a lo largo del desarrollo del estudio. Ambos aspectos contribuyen con el criterio de credibilidad [12].

Esta investigación fue aprobada por el Comité de Ética de Investigación de Seres Humanos (CEISH) de la Universidad de Chile el 12 de abril de 2022, con el número de registro N°211- 2021.

RESULTADOS

Se agrupan en tres dimensiones: percepción individual con respecto al aborto, proceso de implementación inicial de la Ley N°21.030 y aspectos generales actuales establecidos por el MINSAL en un Hospital de la Región de La Araucanía.

Percepción individual con respecto al aborto.

Con respecto a la discusión del inicio de la vida destacan dos grandes apreciaciones: (a) al momento de la concepción y (b) desde la viabilidad fetal, considerándose a partir de la semana 22 de edad gestacional (SEG) y un peso de 500 gramos según la OMS1. Esta definición abre una discusión respecto al período de ventana que existe actualmente entre las SEG mencionadas por el equipo y las indicadas por la Ley IVE.

Los entrevistados coincidieron en señalar en que la Ley N°21.030 era necesaria, ya que resguarda un ámbito de los DSyR. El personal de salud comparte que Chile aún no está preparado para la legalización de un aborto sin restricción, debido a una cultura conservadora, influenciada por la religión y las brechas generacionales. Un porcentaje coincide en que el avance hacia la despenalización total del aborto implicaría un nuevo proceso controversial respecto al ejercicio de OC, desde el ámbito de sus límites, debido a que al inicio de la implementación de la Ley IVE en el Hospital, objetaba personal que no pertenecía a pabellón.

Un número de las personas entrevistadas manifestó que antes de un aborto legal sin restricción en Chile, se debería enfatizar en la prevención de un embarazo no planificado, desde el punto de vista de la educación sexual y garantizando el acceso al uso de métodos anticonceptivos (MAC).

Aunque la mayoría de las personas entrevistadas sostuvo opiniones duales en cuanto a una legalización total del aborto, afirman que serían capaces de separar sus creencias del rol profesional para garantizar el bienestar de las usuarias.

“Me parece súper necesario que en Chile hace rato se necesitaba una ley para otorgarle a las mujeres la facultad de decidir que quieren hacer con su cuerpo porque después de la dictadura cambia la forma de hablar sobre aborto y estos abortos terapéuticos no se podían realizar, eran ilegales” (MP1).

“Pienso que no es necesario, que hay muchos MAC, porque yo personalmente tengo la percepción de que eliminar una vida humana normal con toda su proyección no es correcto” (HG1).

“Estoy totalmente de acuerdo que es una necesidad que hay que legislar, porque siempre ha existido. Siento que es un privilegio para aquellos que sí tienen la posibilidad de hacerlo desde manera económica” (HM2).

“Si lográsemos entender que también es terapéutico para esa mujer abortar, porque su vida va a cambiar y no quiere transar eso, porque no se lo merece, estaríamos preparados” (MP1).

Proceso de implementación inicial de la Ley N°21.030.

Al inicio predominó la desinformación, aprehensiones personales y desinterés de parte del equipo. A pesar de que desde el MINSAL se brindaron los recursos para llevar a cabo su cumplimiento, se incorporó personal médico no objetor externo a la comuna para garantizar las atenciones.

En cuanto a las barreras de acceso para la atención IVE, a modo transversal para las causales, el equipo de salud concuerda en la desinformación hacia la usuaria y en la interpretación personal de la OC, en lo que coinciden para esta última como una falta de delimitación legal dentro de la Ley.

Respecto a las barreras individuales para cada causal, la causal 1 considera las causas inminentes como principal barrera de acceso. En la causal 2 hubo consenso en los largos tiempos de espera para la confirmación diagnóstica por especialista. Para la causal 3 predominan las aprehensiones éticas del personal.

Se crearon flujogramas de derivación, reuniones entre los miembros del equipo para evaluar aspectos a mejorar e instancias brindadas por la dupla psicosocial para sensibilizar al personal. Respecto a esta última concuerdan que es necesario adicionar contención psicológica hacia el equipo, quienes refieren afectado su estado emocional posterior a la realización de intervenciones de IVE.

Como aspectos a mejorar, se mencionó la opción de aumentar instancias de capacitación, contar con las horas de psiquiatría que la Norma Técnica indica y garantizar que exista al menos un equipo no objetor por turno a modo de evitar los traslados entre centros de salud, ya que aumentan los tiempos de espera y dificultan el proceso de IVE.

“Al principio fue problemático, todo médico era objetor hasta que llegó un médico que venía una vez a la semana, entonces había que coordinarse para que estuviese la paciente en ese turno o derivarla a otro centro donde hubiera médicos no objetores” (HG1).

“Este hospital se caracteriza por no ser bueno entregando información. Se hizo una lista con todos los objetores que iban desde la auxiliar de servicio que está en la puerta recibiendo a la gente hasta los que realizamos el procedimiento y casi todos objetaron” (MA1).

“Siempre ha sido como el cuestionamiento. Si fue, no fue, si está mintiendo, no está mintiendo y que finalmente la gente asume como errores que no nos corresponden” (HM2).

“Por muy dramático que sea de una violación, no sé qué tanto alivia, si es que alivia, el hecho de producir el aborto y tampoco me convence tanto que eliminar una vida normal sea la solución” (HG1).

Aspectos generales actuales establecidos por el MINSAL

Si bien el personal tiene conocimiento de la existencia de la Norma Técnica y Programa de Acompañamiento, un grupo de las personas entrevistadas no se ha interiorizado leyendo toda su extensión. El personal asocia el enfoque de los textos al rol de la dupla psicosocial.

Un porcentaje de los entrevistados menciona que el MINSAL brindó una instancia de capacitación previo a la promulgación de la Ley, no obstante, fue otorgada sólo para miembros contratados en el Hospital hasta ese momento, considerando que aún no se encontraba el equipo IVE constituido. La preparación del personal se dio de manera autodidacta, sin embargo, refieren carencias en cuanto a las capacitaciones, principalmente por falta de interés.

Se menciona la importancia de abarcar en futuras capacitaciones el autocuidado en salud mental del personal, acompañamiento de la usuaria, sensibilización del equipo, alcances legales y la OC.

Respecto a la percepción de la OC están aquellas/os que concuerdan que es un derecho, sin embargo, sienten que es necesario definir con mayor claridad

los límites ya que se ha prestado para interpretaciones personales y un uso inadecuado. Están aquellas personas entrevistadas que consideran que la OC no se debería dar en espacios de atención de salud pública, ya que se debe garantizar la prestación a toda usuaria. Un porcentaje de los entrevistados menciona que la OC no debería existir bajo ningún contexto de salud.

“Cuando se implementó la Ley se invitó a representantes de cada Hospital, a médicos y matrones y equipos biopsicosociales pero no estábamos todos contratados, todas las duplas a nivel nacional para esa fecha fueron los que estaban contratados.” (MP1).

“Tengo distintas opiniones, no me decido por una, por un lado, siento que quizás no debería existir una objeción de conciencia, es una ley, es una prestación. Por otro lado, también está el derecho del funcionario y si hay gente que realmente le genera un conflicto interno, que sea religioso o no, también es válido, en ese sentido creo está muy bien, uno desearía que se hiciese un buen uso de esa objeción, desde el privilegio de decidir si participar o no” (MM2).

“Si tú eres servidor público tienes que regirte a lo que tú tienes, a lo que dice la Ley, o sea si tú dices “ah no lo hago” de verdad deberías trabajar en un lugar privado donde tú sabes que tus convicciones sociales están de acuerdo a la clínica” (MP1).

DISCUSIÓN

Se encontraron semejanzas con una revisión bibliográfica realizada en Brasil (2010), que señala que el equipo de salud no estaba preparado en ese momento para sostener emocionalmente a usuarias en el contexto de aborto, las que refirieron que quienes trabajan con estas usuarias requieren una mayor preparación psicológica para fortalecer la calidad de la atención [14]. Lo anterior se correlaciona con lo mencionado en las entrevistas del estudio, donde se señala la falta de sensibilización hacia las usuarias que se acogen a la Ley N°21.030 como un aspecto a mejorar.

Con respecto a un artículo elaborado en Ruanda, se menciona que los esfuerzos gubernamentales deben ir en su mayoría dirigidos a la prevención de un embarazo no planificado más que a la necesidad de legislar por el aborto [15]. En un artículo publicado en Barcelona (España) en 2015 se menciona que el

aborto no daría solución al problema de origen: los embarazos no deseados o no planificados, por lo que el gran reto recae en la educación sexual, la salud y el derecho a la prevención de estos [16]. Ambos artículos se correlacionan con lo mencionado por los participantes del estudio, que refieren que los esfuerzos deben dirigirse a la educación sexual antes que la legalización del aborto.

En Chile solo existe la Ley N°20.418 promulgada en el año 2010, que determina el deber de los establecimientos educacionales de incluir un programa de educación sexual dentro del ciclo de enseñanza media, enfocado en la regulación de la fertilidad [17]. Se ha buscado abarcar una educación sexual integral (ESI) a través de diversos proyectos de Ley que han sido rechazados, por lo que a la fecha aún no ha sido posible instaurar una Ley que permita responder a las necesidades de promoción y prevención en SSyR [17].

Dentro de las atenciones llevadas a cabo por el personal en estudio, destaca la segregación del equipo en (a) profesionales médicos y de matronería y (b) dupla psicosocial. El equipo menciona que la profesión médica desempeña su rol desde un enfoque biomédico, lo cual es congruente con un artículo realizado en México, en 2018 [18] que señala la carencia del manejo integral en la IVE durante la formación profesional de estos.

En tanto, en otra investigación realizada en Bogotá (Colombia) se menciona cómo desde el inicio de la profesión médica se les ha atribuido a estos profesionales la “autoridad moral” para influir en las decisiones de los/as usuarios/as, incluyéndose dentro de estas el aborto, vulnerando el derecho de las mujeres de elegir con respecto a su maternidad [19].

Al profesional de matronería se le otorga la labor de acompañamiento, contención emocional y explicación de procedimientos a realizar durante la IVE, hechos que coinciden con lo publicado en la Norma Técnica [5].

Los profesionales psicólogos cumplen un rol con enfoque biopsicosocial, centrado en el acompañamiento y la contención de las usuarias, acorde con la definición que entrega un artículo publicado en la Revista Intersecciones (2018) con respecto al rol de la psicología en la Interrupción Legal del Embarazo,

considerando a estos profesionales como aquellos encargados de generar un espacio de reflexión para la toma de decisiones de forma autónoma a través de la escucha activa [20]. Lo anterior se ve ejemplificado en que la dupla psicosocial encargada de la Ley IVE dentro del servicio es quien realiza el primer contacto con la usuaria, la acompaña durante todo el proceso e inclusive posterior al alta, asumiendo un rol más activo en comparación al resto del equipo, lo cual coincide con lo mencionado en la Norma Técnica [5].

Respecto a las diferencias en la perspectiva de género otorgada por personal médico, una revisión bibliográfica publicada en la Revista Sophia Austral (2019) menciona que una mujer como usuaria en el ámbito de la salud no necesita solo la atención de profesionales capacitados, sino también de personas que sean capaces de acompañarla desde la empatía y que le permitan sentirse empoderada para la toma de decisiones sobre su cuerpo [21]. La atención basada en un fin resolutorio que no abarca una dimensión biopsicosocial se traduce en una falta de sensibilización hacia las usuarias, la cual ha sido mencionada por el personal del Área de Maternidad del Hospital en estudio como una carencia del equipo, considerándose como un aspecto a mejorar.

En un estudio realizado en Brasil (2015), se identifica como factor que obstaculiza la atención a una usuaria que se adhiere a la Ley de aborto legal aquellos asociados a valores éticos/religiosos que impiden separar el rol profesional de sus creencias personales [22]. Brasil posee una ley que despenaliza el aborto para las causales: violación, riesgo para la vida materna y feto con anencefalia [22].

En el año 2018 se publicó un estudio realizado en Nepal, dirigido a un equipo de salud proveedor de servicios de aborto, a partir de los resultados de este, se señala que un tercio de los proveedores informó haber negado atenciones a mujeres en contexto de abortos por motivos que no se encuentran respaldados bajo la Ley IVE en su país, dentro de los cuales destacan las creencias religiosas/morales personales de los mismos miembros del equipo [23]. Nepal presenta una legislación desde el año 2002 que permite la interrupción del embarazo hasta las 12 semanas de gestación por cualquier motivo y hasta las 18 semanas de gestación por causa de violación o incesto [23].

Ambas situaciones anteriormente mencionadas se asemejan a la realidad de la sociedad chilena expuesta por las personas entrevistadas en este estudio, donde convergen en los aspectos religiosos/moralistas como parte de los obstáculos para avanzar hacia una IVE sin restricción de causa.

Es importante señalar que independiente de las leyes que amparan a las mujeres para adherirse a una IVE, tanto en Nepal como en Brasil es posible evidenciar que el cuestionamiento de parte de los profesionales se mantiene como una barrera transversal para aquellas mujeres que se acogen a estas leyes [22,23], situación que se evidencia similar a la actual del Hospital de esta investigación.

Impresiona de manera reiterativa en los discursos que las barreras dentro del Hospital de este estudio son generadas, en su mayoría, por profesionales médicos y de género masculino, quienes cuestionan el testimonio de las usuarias y objetan, negándoles el derecho a la atención, cuando el caso se acoge principalmente por la causal tres. Es posible contrastar este resultado con el obtenido por un artículo realizado en el país, el cual describe el porcentaje de objetores en cincuenta y siete hospitales públicos para el año 2021, siendo un 68% de objetores ginecobstetras de género masculino versus un 38% de género femenino [24].

Lerner y Guillaume (2008) señalan que la cultura patriarcal es una de las principales causas de los embarazos no deseados y la aceptación pasiva de estos representa un obstáculo para poder abordar la problemática del aborto [25]. El cuestionamiento hacia la sexualidad de la mujer implica una forma de violencia de género donde las mujeres se ven sometidas a una aceptación de la autoridad masculina en lo que respecta a su decisión sobre la maternidad. Un estudio realizado en Brasil en 2015 señala que la desconfianza hacia la veracidad del discurso de la mujer bajo la causal tres es un determinante para el ejercicio de la interrupción por parte del equipo profesional [22], lo que refuerza la situación de vulnerabilidad de la mujer al momento de la atención.

LIMITACIONES DEL ESTUDIO

La limitación de este estudio fue el desarrollo de la investigación en contexto de pandemia SARS-CoV-2 para la realización de las entrevistas, sin embargo, esto no significó un sesgo para los resultados de la investigación.

CONCLUSIÓN

De acuerdo con la percepción del personal de salud, la implementación de la Ley 21.030 en un comienzo fue difícil debido a aprehensiones de los equipos de salud, principalmente por la incertidumbre respecto al momento de inicio de la vida. Sus integrantes, en general, comparten la visión de que ha existido un avance significativo asociado a la incorporación de profesionales sensibilizados en el resguardo de los DSyR.

La falta de capacitaciones del personal genera desinformación y falta de interés, afectando directamente a la población beneficiaria. Asimismo, el equipo de salud considera necesaria la realización de capacitaciones que incluyan como tema principal la sensibilización del equipo a modo de brindar una atención integral. El personal considera necesaria también la reevaluación de protocolos y normas asociados a la Ley por parte del MINSAL, ya que se han generado valoraciones personales con respecto a la ejecución de estos documentos, en particular, con aquellos relacionados a la OC, lo que se ha traducido en el desarrollo de barreras e impedimentos para garantizar el acceso a la prestación.

En cuanto a otras investigaciones realizadas en Chile respecto a la implementación de la Ley IVE, solo se ha llevado a cabo monitoreos del proceso de atención a través de corporaciones privadas e investigaciones particulares, tal como el mencionado anteriormente de la Mesa de Acción por el Aborto.

A partir de los resultados de este estudio se espera ahondar en las atenciones llevadas a cabo en mujeres que se adhieren a la Ley IVE, con el fin de brindar un manejo integral en el desarrollo de los derechos sexuales y reproductivos de nuestras usuarias.

AGRADECIMIENTOS

Se agradece a las personas que permitieron llevar a cabo este estudio, entre ellas a las y los profesionales del área de la salud que participaron en esta investigación.

REFERENCIAS

- Biblioteca del Congreso Nacional de Chile.** Interrupción Voluntaria del Embarazo: definición, proyectos de ley y legislación extranjera [Internet]. [Acceso 13 de junio de 2021]. Disponible en: https://www.bcn.cl/asesoriasparlamentarias/detalle_documento.html?id=26453
- Alfaro Monsalve K, Leiva Vargas MJ.** ¿Decisión de mujeres?: El debate político institucional en torno al aborto durante la postdictadura en Chile (1989-2015). *Revista Austral de Ciencias Sociales.* 2015;(28):83-97. Disponible en: <http://revistas.uach.cl/pdf/racs/n28/art05.pdf>
- Biblioteca del Congreso Nacional de Chile.** DFL-725Decreto-725 31-ENE-1968 Ministerio de Salud Pública [Internet]. [Acceso 13 de junio de 2021]. Disponible en: <https://www.bcn.cl/leychile/navegar?idNorma=5595>
- Nicholls L, Cuestas F. Penalización del aborto: violencia política y abusos de la memoria en Chile. 2018 [citado 3 de julio de 2021];(2):367. Disponible en: www.leychile.cl/Consulta/antecedentes_const_1980
- Subsecretaría de Salud Pública.** Acompañamiento y atención integral a la mujer que se encuentra en alguna de las tres causales que regula la Ley 21.030. [citado 18 de agosto de 2021]; Disponible en: https://www.minsal.cl/wp-content/uploads/2018/02/NORMA-IVE-ACOMPANAMIENTO_02.pdf
- Biblioteca del Congreso Nacional.** Ley-21030 23-SEP-2017 Ministerio de Salud - Ley Chile - [Internet]. [Acceso 18 de agosto de 2021]. Disponible en: <https://www.bcn.cl/leychile/navegar?idNorma=1108237>
- Caro-Miranda JJ.** Reflexiones contractuales acerca de la Ley de interrupción voluntaria del embarazo en Chile. *Acta Bioeth.* 2019 [Internet]. [Acceso 18 de agosto de 2021]. 25(2):215-24. Disponible en: http://www.scielo.cl/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1726-569X2019000200215&lng=en&nr=iso&tlng=en
- Mesa Acción por el Aborto en Chile, Fondo Alquimia.** Informe de Monitoreo Social. Implementación de la Ley de interrupción del embarazo en

tres causales. 2019. [Internet]. [Acceso 24 de agosto de 2021]. Disponible en: https://drive.google.com/file/d/1rZQP_VXjnn1iZkMl65pbxurtxit4FaMz/view

9. Centro Regional de Derechos Humanos y Justicia de Género. Implementación de la Ley N°21.030 que regula la despenalización de la interrupción voluntaria del embarazo en tres causales: Objeción de conciencia en hospitales públicos y en instituciones y su impacto en el ejercicio de derechos de las mujeres y niñas. 2018. [Internet]. [Acceso 3 de julio de 2021]. Disponible en: <http://www.humanas.cl/wp-content/uploads/2018/07/HUMANAS-Estudio-Objecio%CC%81n-Conciencia-Ley-IVE-Tres-Causales-Anexo-Julio-2018.pdf>

10. Monje Álvarez, C. Metodología de la investigación cuantitativa y cualitativa - Guía didáctica. 2011. [Internet]. [Acceso 3 de julio de 2021]. Disponible en: <https://www.uv.mx/rmipe/files/2017/02/Guia-didactica-metodologia-de-la-investigacion.pdf>

11. Trejo Martínez F. Fenomenología como método de investigación: Una opción para el profesional de enfermería. Ensayo Enf Neurol (Mex). 2012. [Internet]. [Acceso 25 de septiembre de 2021];11(2):98-101. Disponible en: <https://www.medigraphic.com/pdfs/enfneu/ene-2012/ene122h.pdf>

12. Hernández R. Metodología de la Investigación Sexta Edic. México; Mc Graw Hill Education. 2014. Disponible en: https://apiperiodico.jalisco.gob.mx/api/sites/periodicooficial.jalisco.gob.mx/files/metodologia_de_la_investigacion_-_roberto_hernandez_sampieri.pdf

13. Otzen T, Manterola C. Técnicas de Muestreo sobre una Población a Estudio. International Journal of Morphology. 2017. [Internet]. 35(1):227-32. Disponible en: http://www.scielo.cl/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0717-95022017000100037&lng=en&nrm=iso&tlng=en

14. López A. Posibilidades y resistencias a la incorporación del enfoque de derechos en las prácticas de las/os profesionales de la salud. Descentrada. 2017 [Internet] [Acceso 25 de septiembre de 2021]; vol. 1. Disponible en <https://www.descentrada.fahce.unlp.edu.ar/article/view/DESe021/8626>

15. Rugema L, Uwase MA, Rukundo A, Nizeyimana V, Mporanyi T, Kagaba A. Las mujeres líderes perciben las barreras y las consecuencias del aborto seguro en Ruanda: un estudio cualitativo. BMC Womens Health. 2023. [Internet]. [Acceso 28 de junio de 2023];23(1):1-11. Disponible en: <https://bmcwomenshealth.biomedcentral.com/articles/10.1186/s12905-023-02366-4>

16. Piekarewicz Sigal M. Bioética, aborto y políticas públicas en América Latina. Rev Bioética Derecho. 2015. [Internet]. [Acceso 28 de junio de 2023] (33):3-13. Disponible en: https://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1886-58872015000100002

17. Rojas Valderrama C. Proyecto de Ley que establece normas generales en materia de educación sobre sexualidad y afectividad. Boletín 12955-04 Cámara de Diputados de Chile: Primer trámite Constitucional. Cámara de Diputados de Chile; 2019. [Internet] [Acceso 28 de junio de 2023]. Disponible en: <https://www.camara.cl/verDoc.aspx?prmTipo=SIAL&prmID=50620&formato=p>

18. León-Aguirre DG de, Billings DL, Ramírez-Sánchez R. El aborto y la educación médica en México. Salud Publica Mex. 2008. [Internet]. [Acceso 28 de junio de 2023];50(3):258-67. Disponible en: http://www.scielo.org.mx/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0036-36342008000300010&lng=es&nrm=iso&tlng=es

19. Laza-Vásquez C, Castiblanco-Montañez RA. Percepción del aborto: voces de los médicos en el Hospital de San José (Bogotá). Revista Facultad Nacional de Salud Pública. 2017. [Internet]. [Acceso 28 de junio de 2023];35(1):71-8. Disponible en: http://www.scielo.org.co/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0120-386X2017000100071

20. Perrota G. El rol del psicólogo frente a la interrupción legal del embarazo. Revista electrónica de la Facultad de Psicología - Intersecciones. 2018. [Internet]. [Acceso 28 de junio de 2023]; Disponible en: http://intersecciones.psi.uba.ar/index.php?option=com_content&view=article&id=709:el-rol-del-psicologo-frente-a-la-interrupcion-legal-del-embarazo&catid=9:perspectivas&Itemid=1

21. Duran Rojas D, Duarte Hidalgo C. Perspectiva de género en la relación entre profesionales del área de la salud con usuarios y usuarias: una revisión de la literatura. Sophia Austral. 2019. [Internet]. [Citado 28 de junio de 2023]. 24:109. Disponible en: https://www.scielo.cl/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0719-56052019000200103

22. Rocha WB da, Silva AC da, Leite SM de L, Cunha T. Percepción de los profesionales de la salud sobre el aborto legal. Revista Bioética. 2015 [Internet]. [Acceso 28 de junio de 2023].23(2):387-99. Disponible en: <https://www.scielo.br/j/bioet/a/myRTsNpTbBfTW8dF3TdTKLK/?format=pdf&lang=es>

23. Puri MC, Raifman S, Khanal B, Maharjan DC, Foster DG. Perspectivas de los proveedores sobre la denegación de servicios de aborto en Nepal: un estudio transversal. Reprod Health. 2018. [Internet] [Acceso 28 de junio de 2023]. 15(1):170. Disponible en: <https://reproductive-health-journal.biomedcentral.com/articles/10.1186/s12978-018-0619-z>

24. Montero A, Ramírez-Pereira M, Robledo P, Casas L, Vivaldi L, Molina T, et al. Prevalencia y características de objetores de conciencia a la Ley 21.030 en instituciones públicas. Rev Chil Obstet Ginecol. 2022. [Internet]. [Acceso 26 de junio de 2023]. 86(6). Disponible en: https://www.scielo.cl/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0717-75262021000600521

25. Lerner Sigal S, Guillaume A. La participación de los varones en la práctica del aborto. Revista Latinoamericana de Población. 2008 [Internet] [Acceso 28 de junio de 2023].1(2):29-45. Disponible en: <https://www.redalyc.org/pdf/3238/323827302002.pdf>

Tabla 2: Pauta de entrevista semiestructurada validada / Validated semi-structured interview guideline

1. En el debate sobre el aborto, la discusión de fondo es cuándo comienza la vida, ¿cuál es su respuesta frente a esa interrogante?
2. En relación al aborto en las tres causales enmarcadas en la Ley 21.030, las cuales son: peligro para la vida de la mujer, inviabilidad fetal de carácter letal y embarazo producto de una violación, respectivamente. ¿Cuál es su postura frente a estas?
3. Desde la promulgación de la Ley 21.030 el año 2017, ¿Cuál ha sido el impacto que ha tenido la Ley IVE con respecto a la implementación de esta dentro del Hospital?
4. ¿Cuál consideraría que es el principal motivo que impide el aborto legal, sin restricción de causa, en Chile?
5. ¿Cuál es su postura personal frente a la necesidad de legislar por un aborto libre en Chile?
6. Si en estos momentos se legalizara el aborto en Chile, ¿cómo consideraría la preparación de los establecimientos de salud a fin de poder brindar una atención en este contexto de salud?
7. ¿Cómo fue el proceso de transición, dentro del Hospital, durante la implementación de la Ley 21.030? Desde que se les dio a conocer información respecto a la Ley hasta el comienzo de su implementación dentro del Hospital
8. ¿Cómo ha sido el apoyo desde las redes del MINSAL para la implementación de la Ley N°21.030 en su establecimiento de trabajo?
9. ¿Cuál es su labor en el ámbito de la Ley IVE dentro del hospital y cómo ha sido su preparación para desempeñar este rol?
10. ¿Cuál cree que es la mayor barrera de acceso dentro del Hospital para las mujeres que optan por llevar a cabo un aborto dentro de las tres causales: peligro para la vida de la mujer, inviabilidad fetal de carácter letal y embarazo producto de una violación, respectivamente?
11. ¿Qué medidas toman ustedes como profesionales a cargo para disminuir estas barreras de acceso?
12. ¿Cuál es su conocimiento respecto a la Norma técnica, Programa de acompañamiento y/u Orientaciones para llevar a cabo una atención de interrupción voluntaria del embarazo?
13. ¿Me puede describir el acompañamiento que reciben las mujeres al momento de acceder a esta prestación y quiénes son los profesionales a cargo de llevar a cabo este proceso?
14. ¿Me puede describir la o las capacitaciones que ha recibido usted en relación al aborto en tres causales?
15. ¿Qué ámbitos considera necesarios de abarcar al momento de realizar una capacitación respecto a la atención de una usuaria bajo la Ley IVE?
16. ¿Cuál es su percepción con respecto a la objeción de conciencia?
17. A su juicio ¿cómo deberían hacerse cargo las instituciones de salud respecto al ejercicio de la objeción de conciencia?
18. Considerando que el Hospital presenta un 86.5% de médicos obstetras objetores de conciencia, ¿Qué opina con respecto a que el Estado debiera regular el ejercicio de profesionales objetores dentro del establecimiento?

Elaboración Propia