



Aplicación de la Ley N° 21.030 que regula la despenalización de la interrupción voluntaria del embarazo en tres causales.

Autor

Maria Pilar Lampert- Grassi
Email: mlampert@bcn.cl
Tel.: (56-32) 226 3901 -(56-2)
22701792

N° SUP: 121650

Disclaimer

Este documento es un análisis especializado realizado bajo los criterios de validez, confiabilidad, neutralidad y pertinencia que orientan el trabajo de Asesoría Técnica Parlamentaria para apoyar y fortalecer el debate político-legislativo. El tema y contenido del documento se encuentra sujeto a los criterios y plazos acordados previamente con el requirente. Para su elaboración se recurrió a información y datos obtenidos de fuentes públicas y se hicieron los esfuerzos necesarios para corroborar su validez a la fecha de elaboración.

Resumen

Desde el 23 de septiembre de 2017, con la publicación de la Ley N° 21.030 que regula la despenalización de la interrupción voluntaria del embarazo en tres causales, en Chile se permite a jóvenes y mujeres acceder a la prestación médica correspondiente en caso de riesgo vital de la mujer, inviabilidad fetal y que el embarazo sea resultado de una violación (con un límite gestacional de 12 semanas y 14 si la niña es menor de 14 años). Para acceder a dicha prestación, la mujer deberá manifestar en forma previa y por escrito su voluntad de interrumpir el embarazo. En caso de ser menor de edad, se deberá contar con la autorización de su representante legal (menor de 14 años) o bastará con informar a su representante legal (entre 14 y 18 años).

Respecto de los requisitos, para la primera causal se requiere un informe médico, mientras para la segunda causal, se debe contar con dos diagnósticos médicos en igual sentido. Finalmente, para el caso de violación, un equipo de salud, especialmente conformado para estos efectos, confirmará la concurrencia de los hechos que lo constituyen y la edad gestacional, informando por escrito a la mujer o a su representante legal y al jefe del establecimiento hospitalario o clínica particular donde se solicita la interrupción.

Es obligación del prestador de salud proporcionar a la mujer información veraz tanto sobre las características de la prestación médica, como sobre las alternativas a la interrupción del embarazo. La información será siempre completa y objetiva, y su entrega en ningún caso podrá estar destinada a influir en la voluntad de la mujer. En el marco de las tres causales, la mujer tendrá derecho a un programa de acompañamiento, el que sólo podrá realizarse en la medida que la mujer lo autorice.

De acuerdo al Departamento de Estadísticas e Información en Salud desde la publicación de la Ley N° 21.030 y hasta marzo del 2019, se registran 944 embarazos que califican en alguna de las causales (establecimientos públicos y privados). La causal más frecuente corresponde a la inviabilidad fetal (42,8%), seguida por la causal de riesgo vital (42,2%) y en tercer lugar la causal de violación (15%).

De todos estos, la gran mayoría de mujeres ha optado por la interrupción del embarazo (85,8%), mientras que sólo el 14,2% ha definido continuar con la gestación. La proporción de mujeres que deciden abortar presenta algunas variaciones dependiendo de la causal. Frente a un embarazo producto de violencia sexual, el 91,5% opta por la interrupción; similar a la causal riesgo

vital, en que el 90,2 % define abortar. En tanto, en la causal inviabilidad la decisión de interrumpir el embarazo es algo menor (79,5%).

Conforme a la Ley N° 21.030, tanto las instituciones, como el equipo de profesionales habilitados/as para poner en práctica la interrupción de un embarazo, tienen el derecho a declararse objetor/a de conciencia, lo que en la práctica puede constituirse en una dificultad en el acceso de las mujeres a la referida atención de salud.

Según la información que publica el Ministerio de Salud en su sitio web, actualizado al 8 de enero del 2019, existen 19 establecimientos privados de salud que se han acogido a la objeción de conciencia institucional (la mayoría en la región Metropolitana). Respecto a la objeción de conciencia que ejerce el equipo médico, del total de 1.148 Médicos obstetras de los 29 centros de salud a nivel nacional, la mayoría es objetor de la tercera causal (50,5%) y por tanto no está dispuesto a practicar la interrupción voluntaria del embarazo a una mujer o una niña que ha sufrido violencia sexual, en tanto uno de cada cinco (20,7%) objeta la causal riesgo vital de la mujer y casi uno de cada tres es objetor/a (28,5%) frente a la causal inviabilidad. Sin embargo, los datos no nos permiten saber cuántos son objetores de las tres causales a la vez ni con cuántos profesionales cuentan los servicios de salud que no sean objetores.

Respecto al monitoreo social a la implementación de la ley de interrupción del embarazo en tres causales, los principales resultados dan cuenta de que:

- Según lo analizado en el estudio, la falta de información que manejan las pacientes, la importancia del juicio valórico, ético y técnico de los profesionales en la atención en salud, y la resistencia de estos a que la decisión sea de la mujer, dificultan que se las acoja para que ellas manifiesten su voluntad libre de presiones.
- El deber de informar a las mujeres sobre la ley y la posibilidad de estar en alguna de las causales legalizadas de interrupción del embarazo no siempre se cumple, o bien, se cumple deficientemente. La capacitación del personal no es homogéneo en todo el país, no hay protocolos para la entrega de información y tampoco material impreso.
- Los procedimientos de que será objeto, y las derivaciones que la mujer necesitará para acceder a la prestación no se encuentra protocolizada.
- En la primera y segunda causal, al no existir criterios estandarizados, la falta de acuerdo y los sesgos entre el personal médico, reducen el acceso a la prestación. La asimetría de información, entre el personal médico y las mujeres, es crítica para que la mujer logre expresar su voluntad.
- En la tercera causal, cuando se trata de jóvenes y mujeres adultas, la dificultad en la acreditación está radicada en la desconfianza y descrédito de su palabra y los plazos establecidos por la ley son muy estrechos.

Introducción

A solicitud parlamentaria, el presente documento, da cuenta del marco legal que regula la interrupción voluntaria del embarazo en Chile. En segunda instancia se entregan datos que dan cuenta de cómo se ha ido desarrollando la prestación en el territorio nacional. Finalmente y para complementar esta información, se entregan los principales hallazgos del **Monitoreo social a la implementación de la ley de interrupción del embarazo en tres causales**, realizado por la Mesa Acción por el Aborto y Fondo Alquimia, publicado en junio del 2019.

I. Antecedentes

En septiembre de 2017, la promulgación de la Ley N° 21.030 que regula la despenalización de la interrupción voluntaria del embarazo en tres causales, “se constituye un hito en la protección de los derechos humanos de las mujeres y las niñas en Chile, por cuanto permite superar la criminalización total del aborto vigente por casi tres décadas e instaura un modelo de causales” (Corporación Humanas, 2018). La nueva normativa brinda, al menos, una protección al derecho a la vida de las mujeres y a su integridad física, sexual y psíquica; al permitir la interrupción del embarazo en establecimientos de salud en los casos de : (1) riesgo vital, (2) inviabilidad fetal y (3) violación sexual, sujeta esta causal a plazos acotados. Aun cuando el rango del derecho aprobado está limitado a estas 3 causales, el hecho que una conducta prohibida pase a ser lícita, implica una serie de desafíos en la implementación del servicio, en tanto la nueva prestación viene a modificar la práctica habitual de atención de las mujeres embarazadas que enfrentan alguna de las situaciones descritas, siendo clave que la interrupción de esos embarazos sea a partir de la decisión autónoma de esas mujeres embarazadas. (Mesa de Acción Por el Aborto en Chile, 2019).

Esta situación implica una serie de desafíos en la implementación del servicio, entre los que se encuentran: la adopción de una reglamentación, contratación de personal, capacitación de equipos, dotación de instrumental e insumos, entre otros, pero aún más importante lidiar con las subjetividades individuales y organizacionales, no menos complejas, cuándo cambia radicalmente una conducta institucional. Estos procesos no se producen en el vacío; las oposiciones que se manifestaron ayer para que la ley no se aprobara, se presentan hoy para que no se aplique según los estándares que la propia legislación establece, haciendo que las mujeres enfrenten obstáculos para acceder al aborto legal, más allá de la voluntad de las mujeres y que se cumplan o no los criterios establecidos por la ley para acceder a la prestación (Mesa de Acción Por el Aborto en Chile, 2019).

Entre estos, se encuentra la objeción de conciencia personal e institucional, la desinformación que tienen tanto las mujeres y niñas respecto del acceso a la prestación, la desinformación del personal de salud y la falta de recursos propios de cada servicio según territorio. En materia de objeción de conciencia, en este tiempo se ha visto la adopción y derogación de protocolos en el Ministerio de Salud, resoluciones de la Contraloría General de la República y sentencia del Tribunal Constitucional. En particular el resultado no es favorable a las mujeres que se atienden en el sector privado de salud: la objeción de conciencia institucional puede ser declarada por cualquier clínica; basta con que se informe que no se otorga la prestación IVE (Mesa de Acción Por el Aborto en Chile, 2019).

II. Marco legal

La Ley N° 21.030 establece en su Artículo 1 la incorporación de modificaciones al Código Sanitario sustituyéndose el artículo 119, por uno nuevo que incluye: causales para acceder a la prestación, declaración de voluntad, acciones del médico y jefe del establecimiento hospitalario o clínica particular en caso de riesgo psicosocial, derecho a la información, programas de acompañamiento y cuidados paliativos.

1. Causales

Mediando la voluntad de la mujer, se autoriza la interrupción de su embarazo por un médico cirujano, en los términos regulados en la ley, cuando:

- 1) La mujer se encuentre en riesgo vital, de modo que la interrupción del embarazo evite un peligro para su vida.
- 2) El embrión o feto padezca una patología congénita adquirida o genética, incompatible con la vida extrauterina independiente, en todo caso de carácter letal.
- 3) Sea resultado de una violación, siempre que no hayan transcurrido más de doce semanas de gestación. Tratándose de una niña menor de 14 años, la interrupción del embarazo podrá realizarse siempre que no hayan transcurrido más de catorce semanas de gestación.

La ley, tal cual está descrita restringe las razones terapéuticas que comprendan tanto riesgos para la vida como para la salud física y psíquica de las mujeres, a únicamente si la mujer se encuentra en riesgo vital. En segundo término, se admite el aborto en caso de inviabilidad definida en términos acotados a una patología congénita adquirida o genética del embrión o feto incompatible con la vida extrauterina independiente y de carácter letal. En tanto, en tercer lugar, la causal violación sexual se restringe temporalmente a 12 semanas de gestación respecto de adolescentes y de mujeres mayores de 18 años, mientras que para las niñas menores de 14 años se prevé un plazo ampliado de 14 semanas (Corporación Humanas, 2018).

2. Declaración de voluntad

Para acceder a la prestación, la mujer deberá manifestar en forma expresa, previa y por escrito su voluntad de interrumpir el embarazo. No obstante lo establecido en la ley, no se requerirá la manifestación de voluntad: (i) “en aquellos casos en que la condición de salud o cuadro clínico de la persona implique riesgo vital o secuela funcional grave de no mediar atención médica inmediata e impostergable y el paciente no se encuentre en condiciones de expresar su voluntad ni sea posible obtener el consentimiento de su representante legal, de su apoderado o de la persona a cuyo cuidado se encuentre, según corresponda”. (ii) Cuando la persona se encuentra en incapacidad de manifestar su voluntad y no es posible obtenerla de su representante legal, por no existir o por no ser habido. En estos casos se adoptarán las medidas apropiadas en orden a garantizar la protección de la vida. (Artículo 15, letras b) y c), de la ley N° 20.584 que regula los derechos y deberes que tienen las personas en relación con acciones vinculadas a su atención en salud).

En el caso de personas con discapacidad sensorial, sea visual o auditiva, así como en el caso de personas con discapacidad mental psíquica o intelectual, que no hayan sido declaradas interdictas y que no puedan darse a entender por escrito, se dispondrá de los medios alternativos de comunicación

para prestar su consentimiento, en concordancia con lo dispuesto en la ley N° 20.422 y en la Convención sobre los Derechos de las Personas con Discapacidad. Si la mujer ha sido judicialmente declarada interdicta por causa de demencia, se deberá obtener la autorización de su representante legal, debiendo siempre tener su opinión en consideración, salvo que su incapacidad impida conocerla.

En el caso de que se trate de una niña menor de 14 años, además de su voluntad, la interrupción del embarazo deberá contar con la autorización de su representante legal, o de uno de ellos, a elección de la niña, si tuviere más de uno. A falta de autorización, entendiéndose por tal la negación del representante legal, o si éste no es habido, la niña, asistida por un integrante del equipo de salud, podrá solicitar la intervención del juez para que constate la ocurrencia de la causal. El tribunal resolverá la solicitud de interrupción del embarazo sin forma de juicio y verbalmente, a más tardar dentro de las cuarenta y ocho horas siguientes a la presentación de la solicitud, con los antecedentes que le proporcione el equipo de salud, oyendo a la niña y al representante legal que haya denegado la autorización. Si lo estimare procedente, podrá también oír a un integrante del equipo de salud que la asista.

La voluntad de interrumpir el embarazo manifestada por una adolescente de 14 años y menor de 18 deberá ser informada a su representante legal. Si la adolescente tuviere más de uno, sólo se informará al que ella señale.

3. Acciones en caso de riesgo psicosocial

Cuando a juicio del médico existan antecedentes para estimar que solicitar la autorización del representante legal podría generar a la menor de 14 años, o a la mujer judicialmente declarada interdicta por causa de demencia, un riesgo grave de maltrato físico o psíquico, coacción, abandono, desarraigo u otras acciones u omisiones que vulneren su integridad, se prescindirá de tal autorización y se solicitará una autorización judicial sustitutiva. Para efectos de este inciso la opinión del médico deberá constar por escrito.

En el caso de que la adolescente se halle expuesta a alguno de los riesgos referidos en el inciso anterior, el jefe del establecimiento hospitalario o clínica particular deberá informar al tribunal con competencia en materia de familia que corresponda, para que adopte las medidas de protección que la ley establece.

4. Derecho a la información

El prestador de salud deberá proporcionar a la mujer información veraz sobre las características de la prestación médica, según lo establecido en los artículos 8 y 10 de la ley N° 20.584. Asimismo, deberá entregarle información verbal y escrita sobre las alternativas a la interrupción del embarazo, incluyendo la de programas de apoyo social, económico y de adopción disponibles. La información será siempre completa y objetiva, **y su entrega en ningún caso podrá estar destinada a influir en la voluntad de la mujer.** No obstante lo anterior, el prestador de salud deberá asegurarse de que la mujer comprende todas las alternativas que tiene el procedimiento de interrupción, antes de que éste se lleve a cabo, y de que no sufra coacción de ningún tipo en su decisión.

5. Programas de acompañamiento

En el marco de las tres causales, la mujer tendrá derecho a un programa de acompañamiento, tanto en su proceso de discernimiento, como durante el período siguiente a la toma de decisión, que comprende

el tiempo anterior y posterior al parto o a la interrupción del embarazo, según sea el caso. Este acompañamiento incluirá acciones de acogida y apoyo biopsicosocial ante la confirmación del diagnóstico y en cualquier otro momento de este proceso. En caso de continuación del embarazo, junto con ofrecer el apoyo descrito, se otorgará información pertinente a la condición de salud y se activarán las redes de apoyo. Este acompañamiento sólo podrá realizarse en la medida que la mujer lo autorice, deberá ser personalizado y respetuoso de su libre decisión. En el caso de concurrir la circunstancia descrita en el número 3) del inciso primero, se proveerá a la mujer de la información necesaria para que pueda presentar una denuncia.

Las prestaciones incluidas en el programa de acompañamiento a las mujeres que se encuentren en alguna de las tres causales serán reguladas por un decreto de las autoridades a que se refiere la letra b) del artículo 143 del decreto con fuerza de ley N° 1, de 2005, del Ministerio de Salud. Asimismo, se establecerán los criterios para la confección de un listado de instituciones sin fines de lucro que ofrezcan apoyo adicional al programa de acompañamiento, el que deberá ser entregado de acuerdo al inciso undécimo. La madre podrá siempre solicitar que el acompañamiento a que tiene derecho le sea otorgado por instituciones u organizaciones de la sociedad civil, las que deberán estar acreditadas mediante decreto supremo dictado por el Ministerio de Salud, todo ello conforme a un reglamento dictado al efecto. La mujer podrá elegir libremente tanto la entidad como el programa de acompañamiento que estime más adecuado a su situación particular y convicciones personales.

6. Cuidados paliativos

Para el caso de la segunda causal, *el embrión o feto padezca una patología congénita adquirida o genética, incompatible con la vida extrauterina independiente, en todo caso de carácter letal*, el prestador de salud proporcionará los cuidados paliativos que el caso exija, tanto si se trata del parto como de la interrupción del embarazo con sobrevivencia del nacido.

7. Requisitos

Los requisitos para acceder a la prestación, son regulados mediante un nuevo Artículo 119 bis, que se incorpora al Código Sanitario.

Primera Causal: Riesgo vital de la madre

Para realizar la intervención en el caso de la primera causal, se deberá contar con el respectivo diagnóstico médico.

Segunda causal: Inviabilidad fetal

En el caso de la segunda causal, para realizar la intervención se deberá contar con dos diagnósticos médicos en igual sentido de médicos especialistas. Todo diagnóstico deberá constar por escrito y realizarse en forma previa.

Tercera causal: Violación

Para el caso de la tercera causal, un equipo de salud, especialmente conformado para estos efectos, confirmará la concurrencia de los hechos que lo constituyen y la edad gestacional, informando por escrito

a la mujer o a su representante legal, según sea el caso, y al jefe del establecimiento hospitalario o clínica particular donde se solicita la interrupción. En el cumplimiento de su cometido, este equipo deberá dar y garantizar a la mujer un trato digno y respetuoso.

En los casos en que la solicitante sea una niña o adolescente menor de 18 años, los jefes de establecimientos hospitalarios o clínicas particulares en que se solicite la interrupción del embarazo procederán de oficio conforme a los artículos 369 del Código Penal, y 175, letra d), y 200 del Código Procesal Penal. Deberán, además, notificar al Servicio Nacional de Menores.

Tratándose de una mujer mayor de 18 años que no haya denunciado el delito de violación, los jefes de establecimientos hospitalarios o clínicas particulares deberán poner en conocimiento del Ministerio Público este delito, con la finalidad de que investigue de oficio al o los responsables.

En todos los casos anteriores se respetará el principio de confidencialidad en la relación entre médico y paciente, adoptándose las medidas necesarias para resguardar su aplicación efectiva.

En el proceso penal por el delito de violación, la comparecencia de la víctima a los actos del procedimiento será siempre voluntaria y no se podrá requerir o decretar en su contra las medidas de apremio contenidas en los artículos 23 y 33 del Código Procesal Penal.

III. Datos relativos a Interrupción del Embarazo en tres causales

De acuerdo a información entregada por el Departamento de Estadísticas e Información en Salud, del Ministerio de Salud, luego de la publicación de la Ley N° 21.030 que regula la despenalización de la interrupción voluntaria del embarazo en tres causales y hasta marzo del 2019, se registran **944** embarazos que califican en alguna de las causales, tanto en establecimientos públicos como privados. Tal como lo muestra el Cuadro N°1, la causa más frecuente corresponde a la causal de inviabilidad fetal (42,8%), seguida por la causal de riesgo vital de la mujer (42,2%) y en tercer lugar la causa de violación (15%).

Cuadro N° 1. Distribución de mujeres en cuyos casos se ha constituido una causal en el marco de la Ley 21.030.

Causal	Fecha de información						Total casos	
	09-2017 a 01-2018		01-02-2018 al 25-12-2018		01-01-2019 al 31-03-2019			
	n	%	n	%	n	%	n	%
Causal 1	1	2,9	342	46,6	55	31,4	398	42,2
Causal 2	20	57,1	291	39,6	93	53,1	404	42,8
Causal 3	14	40,0	101	13,8	27	15,4	142	15,0
Total	35	100,0	734	100,0	175	100,0	944	100,0

Fuente: Ministerio de salud <https://www.minsal.cl/ive-reporte-actualizado/>

Según la información entregada por el Ministerio de Salud (ver Cuadro N° 2), del total de casos que califican bajo la ley sobre aborto en tres causales, la gran mayoría de mujeres ha optado por la interrupción del embarazo (85,8%), mientras que sólo el 14,2% ha definido continuar con la gestación.

La proporción de mujeres que deciden abortar presenta algunas variaciones dependiendo de la causal. Frente a un embarazo producto de violencia sexual, el 91,5% opta por la interrupción; similar a la causal riesgo vital, en que el 90,2 % define abortar. En tanto, en la causal inviabilidad la decisión de interrumpir el embarazo es algo menor (79,5%).

Cuadro N°2. Distribución de mujeres en cuyos casos se ha constituido una causal en el marco de la Ley 21.030 según decisión de la mujer de interrupción voluntaria del embarazo.

Causal	Interrupción Voluntaria del Embarazo											
	09-2017 a 01-2018			01-02-2018 al 25-12-2018			01-01-2019 al 31-03-2019			Total		
	Sí	No	Total	Sí	No	Total	Sí	No	Total	Sí	No	Total
Causal 1	0	1	1	312	30	342	47	8	55	359	39	398
Causal 2	19	1	20	229	62	291	73	20	93	321	83	404
Causal 3	13	1	14	93	8	101	24	3	27	130	12	142
Total	32	3	35	634	100	734	144	31	175	810	134	944

Fuente: Ministerio de salud <https://www.minsal.cl/ive-reporte-actualizado/>

Otro aspecto a considerar es el grado de aceptación del programa de acompañamiento que se prevé para mujeres y niñas que se encuentran en alguna de las tres causales reguladas en la Ley N° 21.030

La ley contempla acompañamiento voluntario para la mujer que se encuentre en alguna causal, que está a cargo de duplas o equipos psicosociales (psicólogo/a, psiquiatra y trabajador/a social). Una vez confirmado que la mujer se encuentra en una de las tres causales, el prestador de salud deberá ofrecerle el programa e informarle de sus características. Ella podrá o no aceptarlo, y en caso de hacerlo, optar por el programa ofrecido por el propio establecimiento o bien por alguna de las instituciones de la sociedad civil que se encuentran acreditadas. El modelo del acompañamiento integral que define la norma técnica debe asegurar, entre otros, acceso, oportunidad, calidad y seguridad de la atención, resguardando la continuidad del proceso y relevando el apoyo psicológico y social, evitando la re-victimización, en un ambiente de respeto y confidencialidad (Mesa de Acción Por el Aborto en Chile, 2019).

En el Cuadro N° 3 se observa que del total de mujeres acogidas a la ley sobre aborto en tres causales entre el 1° de febrero del 2018 y al 31 de Marzo de 2019, el programa de acompañamiento es aceptado por el 80% de estas, mientras que el 14% no lo acepta. Respecto del 6% restante no se dispone de información.

La aceptación del programa de acompañamiento es alta en las tres causales. En caso de violencia sexual, el 90,6% de las mujeres acepta la referida atención; mientras que en la causal de inviabilidad, esta es acogida por el 84,8% de las pacientes. En tanto, frente a la causal riesgo vital, la aceptación del acompañamiento se observa en un grado menor, alcanzando el 71%.

Cuadro N°3. Distribución del número de mujeres en cuyos casos se ha constituido una causal, en el marco de la Ley 21.030, según la decisión respecto del embarazo y según decisión respecto del Acompañamiento Psicosocial. Información de casos reportados que concurren entre el 1 febrero 2018 y el 31 de marzo 2019.

Causal	Decisión sobre embarazo	Decisión sobre acompañamiento		S/I	Total
		No acepta	Acepta		
Causal 1	Continuar	9	26	3	38
	Interrumpir	68	256	35	359
	Total	77	282	38	397
Causal 2	Continuar	8	72	2	82
	Interrumpir	35	254	13	302
	Total	43	326	15	384
Causal 3	Continuar	0	9	2	11
	Interrumpir	7	107	3	117
	Total	7	116	5	128
Todas las causales	Continuar	17	107	7	131
	Interrumpir	104	617	51	778
	Total	127	724	58	909

Fuente: Ministerio de salud <https://www.minsal.cl/ive-reporte-actualizado/>

IV. Objeción de conciencia

Conforme a la Ley N° 21.030, tanto las instituciones, como el equipo de profesionales habilitados/as para poner en práctica la interrupción de un embarazo calificado en una de las tres causales legales, tiene el derecho a declararse objetor/a de conciencia, lo que en la práctica puede constituirse en una dificultad en el acceso de las mujeres a la referida atención de salud.

La objeción de conciencia (OC) fue uno de los temas más controversiales durante la tramitación de la Ley N° 21.030. Si bien el proyecto de ley aprobado por el congreso contemplaba sólo la OC individual - del médico cirujano y del personal que desarrolle funciones en el pabellón quirúrgico-. El Tribunal Constitucional amplió la OC también a instituciones¹.

Por otra parte, para regular la ejecución de la OC se promulgaron dos protocolos -ambos derogados²- y, luego de la intervención de la Contraloría General de la República, se publicó finalmente el Reglamento el 23 de octubre de 2018. El principal punto en conflicto que muestra este ir y venir normativo se produjo en torno a la posibilidad de objeción de conciencia institucional de los establecimientos privados que han celebrado convenios (DFL N°36 de 1980)³ con el Ministerio de Salud para brindar prestaciones de ginecología y obstetricia en pabellón. El Reglamento fue objeto de un recurso de inconstitucionalidad por parlamentarios/ as de Chile Vamos ante el Tribunal Constitucional (en adelante

¹ Tribunal Constitucional de Chile, Sentencia Rol 3729 (3751)-17 CPT, 28 de agosto de 2017

² Resolución Exenta N°61 de enero 2017 y Resolución Exenta N°432 de 22 de marzo de 2018

³ El artículo 2 del citado DFL señala: Los convenios regidos por este decreto serán aquellos en cuya virtud un organismo, entidad o persona distinta del Servicio de Salud sustituye a éste en la ejecución de una o más acciones de fomento.

TC). En su sentencia⁴, dictada en enero de este año, el TC acogió que estos establecimientos de salud puedan declararse objetores institucionales (Mesa de Acción Por el Aborto en Chile, 2019).

Asimismo, estableció que los establecimientos privados no están obligados a brindar las prestaciones que establece la ley, aun sin acogerse a la OC institucional. Una clínica privada, de este modo, podría no ofrecer la interrupción de embarazo contemplada en la ley IVE sin necesidad de declararse objetora. (Mesa de Acción Por el Aborto en Chile, 2019).

Respecto de la OC individual, el TC agregó a las razones filosóficas, morales, religiosas y éticas por las cuales el personal de salud puede objetar, razones profesionales. Es decir, quienes desempeñen funciones en pabellón – incluyendo ginecobstetras, anestesistas, matrones/as/ y paramédicos/as- podrían invocar razones del tipo “perjudica mi currículum” para no entregar la prestación a las mujeres. Se desvirtuó de este modo el sentido mismo de la objeción de conciencia, y se amplió peligrosamente el derecho a invocar una norma que debiese ser totalmente excepcional. (Mesa de Acción Por el Aborto en Chile, 2019).

1. Objetores de conciencia Institucional

Según la información que publica el Ministerio de Salud en su sitio web actualizado al 8 de enero del 2019⁵ existen seis personas jurídicas que se han acogido a la objeción de conciencia institucional.

Cinco de estas se declaran objetores de conciencia respecto de las tres causales:

- a. **Universidad de los Andes** (con tres establecimientos privados, Campus Central Universidad de Los Andes, Hospital Clínico de la Universidad de Los Andes, Centro de Salud de la Universidad de Los Andes, todas ellas en la región Metropolitana);
- b. **Fundación Hospital Parroquial de San Bernardo** (con un establecimiento privado, el Hospital Parroquial de San Bernardo);
- c. **Corporación Iglesia de los Adventistas del Séptimo Día** (con un establecimiento privado, la Clínica Adventista Los Ángeles, de Comuna de Los Ángeles);
- d. **Pontificia Universidad Católica de Chile** (con 10 establecimientos privados, Hospital Clínico , Centro Médico San Joaquín, Centro del Cáncer, Centro Médico Irrazaval, Centro Médico Alcántara, Centro Médico Lira 85, Centro de Especialidades Médicas, CESFAM Madre Teresa de Calcuta, CESFAM Juan Pablo II y CESFAM San Alberto Hurtado, todos en la región Metropolitana);
- e. **UC Christus Servicios Clínicos SpA** (con un establecimiento, la Clínica San Carlos de Apoquindo, en la región metropolitana).

Mientras una de ellas se declara objetor respecto de la tercera causal: **Instituto Diagnóstico S.A. (Clínica Indisa)** (con tres establecimientos privados, Clínica Indisa, Centro de Consultas y Centro Médico.

⁴ Tribunal Constitucional de Chile, Sentencia Rol 5572-18-CDS/5650-18-CDS (acumuladas), 18 de enero de 2019

⁵ Listado de objetores institucionales. Ministerio de Salud, Chile. Disponible en: <https://www.minsal.cl/listado-de-objetores-institucionales/>

2. Objeción de conciencia individual entre los y las profesionales

Respecto a la objeción de conciencia que ejerce el equipo médico, la información que el Ministerio de Salud pública al respecto en su sitio web comprende a médicos obstetras, anestesistas, profesional de matronería que se desempeña en pabellón y técnicos paramédicos de pabellón obstétrico⁶.

De los datos entregados se observa que del **total de 1.148** Médicos obstetras de los **29 centros de salud a nivel nacional**, 238 son objetores de la primera causal, 328 de la segunda causal y 580 sobre la tercera causal. De la información obtenida se deriva que la mayoría de los médicos es objetor de la tercera causal (50,5%) y por tanto no está dispuesto a practicar la interrupción voluntaria del embarazo a una mujer o una niña que ha sufrido violencia sexual, en tanto uno de cada cinco (20,7%) objeta la causal riesgo vital de la mujer y casi uno de cada tres obstetras se declara objetor/a de conciencia (28,5%) frente a la causal inviabilidad.

Respecto de los anestesistas contratados/as en hospitales públicos la proporción de objetores/as es menor que respecto de los/as médicos/as obstetras. De un total de 767 médicos, el 26 % son objetores de la tercera causal (202 profesionales), el 14% de la segunda causal (106 profesionales) y el 9% de la primera causal.

Tratándose de profesionales no médicos contratados/as para desempeñarse en pabellón de hospitales públicos, de los 988 contratados la proporción de objetores/as de conciencia respecto de la causal violación sexual alcanza el 18%; mientras que el 13,2% objeta la causal inviabilidad y el 9,4% frente a riesgo vital.

Sin embargo, para todos los profesionales analizados, los datos no nos permiten saber cuántos son objetores de las tres causales a la vez ni con cuántos profesionales cuentan los servicios de salud que no sean objetores.

V. Monitoreo social a la implementación de la ley de interrupción del embarazo en tres causales

La Mesa Acción por el Aborto y Fondo Alquimia en alianza con 6 organizaciones realizaron un monitoreo social a la implementación de la ley de interrupción del embarazo en tres causales en 7 territorios del país. Las organizaciones y regiones son: Qispiy Wayra en Antofagasta, Resueltas del Valle en Atacama, Matriavisión en Valparaíso, Marcha Mundial de Mujeres en Santiago y en Biobío, el Observatorio de Equidad en Salud según Género y Pueblo Mapuche (Universidad de La Frontera) en la Araucanía, y Desnudando en Aysén.

La metodología utilizada se denomina Monitoreo Social, entendiendo por tal un mecanismo de participación, donde ciudadanas y ciudadanos se organizan y movilizan para evaluar o auditar el desempeño público en la implementación de decisiones de política pública. Se trata de un ejercicio ciudadano de participación que tiene la finalidad específica de observar una acción pública, en este

⁶ Funcionarios objetores de conciencia por Servicio de Salud. Ministerio de salud, Chile. Disponible en: <https://www.minsal.cl/funcionarios-objetores-de-conciencia-por-servicio-de-salud/>

caso, la implementación de la política pública para habilitar a las mujeres, en el país, el ejercicio del acceso al aborto legal en tres circunstancias: riesgo vital, inviabilidad fetal y violación sexual.

El monitoreo permitió observar la ejecución de la política pública que habilita a las mujeres el acceso al aborto legal en la red pública de atención. Se buscó identificar prácticas y discursos en los establecimientos de salud primaria y de especialidad obstétrica que contribuyen o dificultan la ruta de las mujeres embarazadas en circunstancias de riesgo vital, inviabilidad fetal letal y violación sexual.

En total, se aplicaron 62 entrevistas a directores/as de establecimientos y profesionales del equipo de salud que intervienen en la implementación de la ley IVE- ginecobstetras, matronas, psicólogas/os y trabajadores sociales- en la atención primaria (APS) y en los hospitales y centros de Alto Riesgo Obstétrico (ARO). Con estas entrevistas se cubrieron 8 ARO y 15 CESFAM. De manera adicional se aplicaron 8 entrevistas a dirigentes gremiales, 136 encuestas a usuarias y 7 grupos focales con mujeres de la comunidad. Este trabajo de campo se realizó entre septiembre de 2018 y febrero de 2019.

A continuación, se desarrollan los principales resultados del estudio llevado a cabo por “Mesa Acción por el Aborto y Fondo Alquimia”, el año 2019.

a) Autonomía y voluntad de la mujer

La Ley N° 21.030 establece con claridad que el procedimiento de IVE requiere de la voluntad de la mujer. En este marco, el profesional que la atiende debe entregarle información veraz y objetiva, tanto sobre las características de la prestación médica, como sobre las alternativas a la interrupción del embarazo. Sin embargo, esta información **en ningún caso podrá estar destinada a influir en la voluntad de la mujer.**

Según lo analizado en el estudio, esta disposición cambia el paradigma sobre el cual se ha asentado el modelo de atención en salud en general y en particular la salud sexual y reproductiva de las mujeres. La falta de información que manejan las pacientes, la importancia del juicio valórico, ético y técnico de los profesionales en la atención en salud, y la resistencia de estos a que la decisión sea de la mujer, dificultan que se las acoja para que ellas manifiesten su voluntad libre de presiones.

La percepción que se tiene de las mujeres, desde el personal de salud, también atenta contra la autonomía reproductiva de estas. Por una parte, el personal de salud “mantiene la sempiterna preconcepción de que debiera existir un deseo de maternidad en todas las mujeres”, donde la voluntad de interrumpir el embarazo no tiene lugar”. En particular respecto a la tercera causal, el estudio resalta la “persistencia de la sospecha sobre la palabra de las mujeres cuando se trata de violación”, lo que entraba el proceso.

Sin embargo, la voluntad de la mujer no solo se ve limitado por los factores antes mencionados, los entrevistados también refieren al temor y la vergüenza de las mujeres y el estigma asociado al aborto. Las mujeres temen al juicio que puedan hacer de ella, de sus deseos de abortar, tanto el personal de salud, como personas más cercanas a ella, como la pareja o la madre.

b) Atención primaria salud (APS)

La atención primaria salud (APS) constituye una de las principales puertas de entrada de las mujeres a la atención en las causales de la ley IVE y por tanto cumplen un rol fundamental en la contención e información a las mujeres.

De acuerdo con las entrevistas, en general el proceso descansa en las matronas que están a cargo de la implementación de la ley, y cuando es así, la derivación desde APS tiende a ser muy rápida; las matronas se comunican entre ellas de forma efectiva.

Sin embargo esta atención no es homogénea a lo largo del territorio. El deber de informar a las mujeres sobre la ley y la posibilidad de estar en alguna de las causales legalizadas de interrupción del embarazo no siempre se cumple, o bien, se cumple deficientemente. En particular, los técnicos en enfermería de nivel superior (TENS), “que son los que mueven las postas, los que están las 24 horas, los que atienden las morbilidades, y hay algunos que tienen harta injerencia en el poder de decisión, y de información que tú le entregas a los pacientes”, no se encuentran capacitados respecto de las IVE y no manejan la información suficiente requerida para cumplir con la función, por otra parte los establecimientos primarios, consultorios, postas rurales no cuentan con información para entregar a las usuarias. En las entrevistas aparece que no hay protocolos para la entrega de información y tampoco material impreso o de otro tipo - “ni un tríptico, ni díptico” dice una matrona de la zona sur, “todo es verbal” indica una en el norte, no tienen nada escrito. Lo que contraviene lo explicitado en la ley.

A la falta de capacitación adecuada al rol de la APS en la IVE, en varios territorios se agrega la ausencia de protocolos de atención, y por tanto, ausencia de un flujograma de derivación. Si bien el rol de las APS es el acoger los casos, informar a las pacientes y derivar a la atención terciaria, en las entrevistas también se relatan situaciones en que lo que los profesionales evitan relacionarse con la IVE, al punto de no informar a la mujer involucrada sobre su condición.

Respecto de la objeción de conciencia. En general existe noción sobre lo que significa y claridad en los relatos en que esta no aplica para la atención primaria. Como el rol es informar y derivar, no existe objeción de conciencia para dicho procedimiento. Sin embargo, en las mismas entrevistas se registran situaciones que podrían expresar objeciones de conciencia no declaradas, a través de imposición de prácticas en la atención que son contrarias a la ley. Como por ejemplo en el caso de inviabilidad fetal, donde se tenía información certera a las 18 semanas de embarazo, recién se le informa del caso y de la posibilidad de abortar a la mujer a la semana 26.

Respecto a la ruta de las mujeres, de acuerdo con las entrevistas, se rescata que en su paso por la APS hay preocupación para que sean derivadas rápidamente, una vez detectada la situación que pueda constituir causal IVE. Sin embargo, son derivadas sin contar con la información pertinente. Cuando una mujer que se encuentra en primera o segunda causal recibe un prediagnóstico o el pronóstico de una dificultad, necesita certeza y contención; debe saber que será derivada a un lugar donde podrá contar con diagnósticos e información adecuada que le permita poder decidir. En el caso de la tercera causal, que no haya iniciativas de información de la ley a la población y acciones que atiendan la extendida realidad de violencia sexual a niñas y adolescentes, y mujeres en general, y tampoco adecuada información en la red APS, repercute en que muchas mujeres y niñas afectadas sencillamente quedan fuera de la ruta, o nunca la comienzan.

c) Atención en Alto Riesgo Obstétrico (ARO)

En la ruta de la mujer, en el segundo nivel de complejidad -o tercero, dependiendo del caso- es donde ella debe recibir la información que le permita decidir si continúa o no con el embarazo, ser acompañada en el proceso, y acceder a la interrupción si esa es su decisión.

De acuerdo con la información que arroja el monitoreo, en este nivel de atención se concentran las acciones de capacitación al personal de salud directamente involucrado con la implementación de la ley. Si bien en las entrevistas se refieren capacitaciones presenciales, cursos online y teleconferencias del Ministerio de Salud, y también la figura de equipos IVE capacitando a equipos de otros establecimientos de la red asistencial. No en todos los territorios las capacitaciones han tenido la misma intensidad ni se han desplegado todas las herramientas mencionadas. Sin perjuicio de ello, la formación ha privilegiado principalmente los equipos médicos, y no ha incorporado suficiente capacitación para las duplas o equipos psicosociales. Al igual que suceden en la atención primaria, el resto del personal del hospital o establecimiento de complejidad no ha recibido información sobre la ley IVE y lo que implica para los equipos de salud, ni formación sobre cómo actuar en consecuencia.

Respecto a la atención que reciben las mujeres, al igual que en la APS, la información que se le entrega a la mujer y a los procedimientos de que será objeto, no se encuentra protocolizada. Algunos de los entrevistados describen el procedimiento en la práctica: “para el caso de las causales de riesgo vital e inviabilidad fetal la acreditación depende de diagnósticos médicos especializados. Para el primero de los casos son dos médicos gineco obstetra, en la segunda causal hay un equipo que se llama medicina fetal que evalúa la concurrencia de la segunda causal y cuando la mujer decide interrumpir el embarazo se avisa a la unidad de ginecología, para que se lleve a cabo la interrupción. En caso de violación, la acreditación reposa sobre el informe del equipo de salud especialmente constituido para este efecto y la determinación de la edad gestacional. En la acreditación de la primera y la segunda causal, el equipo biomédico tiene un rol preponderante, mientras en la tercera, la dupla psicosocial es fundamental”.

Primera causal: Riesgo vital

Para el caso del riesgo vital, según declaran los entrevistados si este es inminente, no parece haber mayor conflicto entre los profesionales y se actúa con rapidez (siempre y cuando se encuentre con profesionales que no son objetores de conciencia disponibles). El problema más bien surge cuando el riesgo no es inminente, aparecen en el monitoreo problemas relacionados con las patologías que la acreditan y con el criterio del médico/a para determinar si el caso constituye o no peligro para la vida de la mujer. Al no existir criterios estandarizados, surgen algunas discordancias entre los médicos, lo que resulta en que la intervención no se lleve a cabo. Crucial resulta el rol de la mujer en esta situación, ya que según relatan los entrevistados, en algunos casos los equipos dan cuenta que debiera ser la mujer la encargada de definir si quiere correr el riesgo o no, previa información del equipo médico, en otros equipos, la decisión la toma el equipo médico, independientemente de si la mujer quiere o no quiere correr ese riesgo⁷. La asimetría de información entre el personal médico y las mujeres, es crítica en esta causal.

⁷ El relato de un caso en el norte es ilustrativo de esta dificultad: “... tuvimos algunas discordancias con otros colegas,... una paciente que tenía una insuficiencia renal crónica, lupus,...el riesgo de que esa paciente se deteriorara por su embarazo era súper alto y, sin embargo, la opinión de los nefrólogos fue de que debía continuar

Cuando falta capacitación y sensibilización sobre la ley, el derecho a decidir de las mujeres entra en colisión con procesos de toma de decisión de los médicos/as que no se han modificado. Salvo en muy pocos casos, en las entrevistas no se da cuenta de procesos que modifiquen estas prácticas.

Segunda causal: Inviabilidad fetal

En esta causal se requieren dos diagnósticos; generalmente las mujeres son derivadas desde la atención primaria con la primera ecografía en que se detecta alguna anomalía.

Según los entrevistados, existe una preocupación general, por hacer los diagnósticos lo más prematuramente posible, sin embargo esta realidad, se concentra en ciertos hospitales donde concurre la existencia de recursos especializados y equipos médicos que han buscado mejores alternativas para las mujeres. Sin embargo, estas no son en general las condiciones a las que se enfrentan todas las usuarias. Varias entrevistas dan cuenta del desplazamiento de las mujeres a otras regiones para los diagnósticos.

Otro de los temas preocupantes y que aparece tanto en esta como en la primera causal es el tema de la “certeza diagnóstica”. Es preocupante la diferencia de criterios entre el personal médico, sobretodo porque los equipos no toman acciones de no haber unificación de criterios. Los entrevistados refieren que, “Si bien la ley dice que en el fondo no tiene que haber un sesgo, hay sesgo todo el rato por parte del equipo médico y eso no nos facilita el escenario de toma de decisiones. Es como que todavía se piensa que la mujer decida es una agresión a la naturaleza, o sea, cómo vas a decidir tú, qué pasa con el padre, típica frase, o qué pasa con el futuro de, o le hablan de posibilidades, porcentajes de constitución de causal, entonces mientras la mujer tenga la duda de que su hijo o hija puede salvarse comillas no va a darse la libertad de decidir”.

En los relatos de los y las profesionales ARO entrevistados/as, esta aparece como la causal donde con mayor frecuencia las mujeres deciden llevar la gestación a término. Esto según los entrevistados se podría explicar por dos factores principalmente. Por una parte, considerando que este generalmente es un embarazo deseado, si existen diferencia de criterios en el personal médico, es muy difícil para la mujer poder tomar una decisión. Pero por otra parte, también hay condicionamientos culturales, familiares y religiosos que inciden sobre las decisiones de las mujeres. Si bien como relatan los entrevistados, las mujeres cuando reciben el diagnóstico, en primera instancia muchas veces deciden interrumpir su embarazo, pero luego de hablar con su familia o guía espiritual deciden continuarlo, ya sea por culpa, miedo o por la esperanza de que el diagnóstico sea errado y tengan un bebé sano.

Tercera causal: Violación

Las mujeres en esta causal llegan al segundo nivel de complejidad, derivadas desde un consultorio o APS en general, de fiscalía o a través de atención de urgencia.

el embarazo. [...] Fue un caso difícil para todos, porque cumplía con todos los requisitos, pero la opinión de los médicos internistas fue de darle la chance de seguir. La paciente se deterioró harto de salud, finalmente se debió interrumpir igual,... No fue un aborto, fue un parto prematuro que finalmente el recién nacido igual falleció. Pero en el fondo ella pudo quizás haberse ahorrado todo ese sufrimiento de meses sin saber que iba a pasar y yo creo que nos faltó quizás ser un poco más firmes...”.

La acreditación de la causal, tal como explica una matrona entrevistada, “es con el testimonio de la víctima, y con una determinación de la edad gestacional”. Respecto a la labor del equipo IVE, un ginecólogo señala que trabajan coordinados con gente de salud mental y trabajadoras sociales, y emiten un informe en que se corrobora que el relato sea acorde con la edad gestacional. Ahí programan la interrupción lo antes posible, dentro de 24 o 48 horas desde de que llegan. El rol de la dupla aparece como fundamental: “se estableció el flujo, en algunos casos, si es causal 3, nos van a llamar primero a nosotras para que estemos atentas y las esperemos abajo en urgencias, porque la idea es que, por ejemplo, se va a tener que registrar, pero que no la llamen por altavoz, que no tenga que estar esperando por el público común, que cuando se tenga que hacer la ecografía, se tengan cuidados como que no esté el volumen del ecógrafo, que el médico le pregunte si quiere mira el monitor”.

No obstante, acogerse a la tercera causal tiene enormes matices dependiendo del criterio del equipo médico de turno y la credibilidad que se otorgue al relato de las mujeres adultas, la consideración de la voluntad de las niñas y adolescentes, la claridad en los procedimientos, los plazos acotados, la detección tardía y la residencia en lugares apartados y sin oferta de atención IVE, entre otros problemas que aparecen en las entrevistas. En este marco, se presentan diversas dificultades:

- Cuando se trata de jóvenes y mujeres adultas, la dificultad en la acreditación está radicada en la desconfianza y descrédito de su palabra. La mujer es cuestionada durante todo el proceso en su relato, en si coincide con las semanas de embarazo, en si acepta o no el acompañamiento. Esto aparece con mayor o menor crudeza en todo el territorio.
- Existe confusión en los equipos de cuándo deben o no denunciar el delito de violación y si para llevar a cabo la IVE, es necesaria o no haber denunciado.
- Los plazos establecidos por la ley son muy estrechos. Las mujeres adultas se dan cuenta que están embazadas pasadas las 4 o 5 semanas, lo cual entrega un escaso tiempo para llevar a cabo el procedimiento. Con las adolescentes, la edad gestacional es un tema aún más complicado, las chicas acuden al servicio, generalmente pasadas las 20 semanas.
- En materia de procedimientos, respecto de menores de 18 años, aparece la de solicitar la firma de la representante legal. Hay casos en que la opinión del representante legal es distinta al de la adolescente. Este conflicto representa un gran desafío en el manejo del caso para los profesionales a cargo, en especial, en lo que respecta a la autonomía de decisión del adolescente. Especialmente cuando es el representante legal es quien quiere la interrupción y la adolescente desea mantener su embarazo.
- Esta es la causal que más objetores de conciencia tiene, lo cual afecta no solo el acceso de las mujeres y jóvenes a la IVE, las que muchas veces llegan en el límite del tiempo y de no haber un profesional no objetor disponible en ese momento en el establecimiento, la IVE no se podría haber llevado a cabo. Sino que además genera problemas en la información y el trato que se da a las mujeres cuando llegan a consultar.

Referencias

Corporación Humanas (2018). Realidad del aborto en Chile .Revisión de información estadística. Disponible en: <http://www.humanas.cl/wp-content/uploads/2018/08/HUMANAS-Realidad-del-aborto-en-Chile-20-08-2018.pdf>

Mesa de Acción Por el Aborto en Chile (2019). Informe de Monitoreo Social. Implementación de la ley de interrupción del embarazo en tres causales.

Mesa de Acción Por el Aborto en Chile (2019). Resumen ejecutivo monitoreo social a la implementación de la ley de interrupción del embarazo en tres causales. Disponible en: <http://www.humanas.cl/wp-content/uploads/2019/06/Resumen-ejecutivo-Informe-de-Monitoreo-Social-Implementacion-Ley-IVE.pdf>