

ABORTO EN CHILE


Claudia Dides Castillo / Eduardo Soto / Arianna D'Angelo / Javiera Canales / Constanza Fernández

Estado de la situación	09
Sobre leyes y normas	21
Desafíos	31

Gracias al apoyo de :

CATHOLICS
FOR
CHOICE





Claudia Dides, socióloga, magíster en Estudios de Género y Cultura, Universidad de Chile, Directora Corporación Miles.

Eduardo Soto, matrn, Universidad de La Frontera, Coordinador del Área de Salud Corporación Miles.

Arianna D'Angelo, Licenciada en Derecho (LLB), Universidad de Exeter, Reino Unido. Maestría de Ciencias en Psicología (MSc), Universidad de Glasgow, Reino Unido, Pasante área de investigación Coporación Miles.

Javiera Canales, abogada Universidad Andrés Bello, Coordinadora Área Legal Corporación Miles.

Constanza Fernández, socióloga, Universidad Diego Portales, Coordinadora Área de Investigaciones Corporación Miles.

Vicente Parrini, Editor

Josefa Díaz, Diseño y diagramación

Chile ha avanzado en el reconocimiento de los derechos reproductivos de las mujeres al aprobar la Ley N° 21.030, que regula la Interrupción Voluntaria del Embarazo en tres causales, y de esta manera ha dejado de ser parte de los siete países en el mundo que penalizan el aborto en cualquier circunstancia, gracias a una larga batalla cultural, política e ideológica. Sin embargo, aún en nuestro país se penaliza el aborto en toda circunstancia, a excepción de las tres causales.

Entre 1931 y 1989 el Código Sanitario de Chile permitía el aborto terapéutico para salvar la vida de la mujer. En su artículo 119 señala: "Sólo con fines terapéuticos se podrá interrumpir un embarazo, para lo cual basta la firma de dos médicos cirujanos". Entre 1989 y 2017 el aborto estuvo penalizado en todas sus circunstancias: en 1989, a meses del retorno a la democracia en Chile, la Junta Militar derogó el aborto terapéutico, modificando el Código Sanitario y el Código Penal.

Desde la década de los 90 hasta la del 2000 se presentaron 27 proyectos de ley sobre el tema. En 2013 Miles Chile ingresa al Parlamento el Proyecto de Ley sobre Interrupción del Embarazo en tres causales con apoyo transversal de parlamentarios de centro e izquierda. Este proyecto es considerado por la Presidenta de la República Michelle Bachelet en su segundo período presidencial y es así como, en enero de 2015, su gobierno presenta el proyecto de Ley sobre Interrupción del Embarazo Voluntario en tres causales.

Luego de más de dos años de tramitación del proyecto de ley de aborto tres causales y con un arduo debate en el Parlamento, en medios de comunicación y en espacios de la sociedad civil se aprobó la ley.

Posterior a la aprobación de la ley en el Parlamento, diputados y senadores de Chile Vamos (derecha) presentaron un requerimiento de inconstitucionalidad. Durante una semana de agosto de 2017 numerosas instituciones y organizaciones hicieron sus presentaciones en el Tribunal Constitucional.

El 22 de agosto de 2017, por 6 votos contra 4, el Tribunal Constitucional dio luz verde al proyecto de ley de aborto por tres causales al rechazar el recurso de inaplicabilidad presentado por parlamentarios de Chile Vamos, con el fin de que se declarara ilegal la norma⁵. El TC pese a declarar legal la interrupción del embarazo por inviabilidad fetal, extendió la objeción de conciencia del plano personal al institucional, medida que transgrede lo decidido democráticamente por el Poder Legislativo y contraviene a la mayoría del país. Ningún hospital público, institución que tiene a cargo un tema tan sensible como es la salud de las personas, puede imponer a todos sus trabajadores que se nieguen a prestar asistencia médica, pues ello significa instalar en el quehacer médico variables religiosas que en nada se relacionan con las ciencias, con la calidad de vida y con la estabilidad emocional y psíquica que las mujeres deben tener al momento de interrumpir su embarazo.

5. Votaron contra el recurso de Chile Vamos los ministros Carlos Carmona, Gonzalo García, Domingo Hernández, María Luisa Brahm, Nelson Pozo y José Ignacio Vásquez. En tanto, los ministros Marisol Peña, Iván Aróstica, Juan José Romero y Cristián Letelier estuvieron por acogerlo. En la resolución, los ministros acogieron la impugnación a un artículo del proyecto de ley que impide extender la objeción de conciencia a las instituciones. Solo Carmona y García rechazaron esta idea.

El 23 de septiembre de 2017 se promulgó la Ley N°21.030 que "Regula la despenalización de la interrupción voluntaria del embarazo en tres causales": riesgo de vida de la mujer, inviabilidad fetal y violación⁶.

Este logro es una referencia para el resto del continente latinoamericano, principalmente para los países de Centroamérica que mantienen leyes restrictivas de aborto como en el caso de El Salvador, Nicaragua, República Dominicana, Haití y Honduras. Asimismo, resulta conveniente considerar otros modelos de países latinoamericanos que han logrado despenalizar el aborto, como Colombia, Cuba, Ciudad de México y Uruguay.

Cabe señalar que, durante las casi tres décadas en que estuvo penalizado completamente el aborto en Chile, el Ministerio de Salud realizó algunos esfuerzos por colocar la confidencialidad de la mujer por sobre la obligación legal de denunciar del profesional que atiende. De esta manera el 29 de abril de 2009 se publica el Ordinario N° 1675 que instruye a los directores de los servicios de salud a resguardar la confidencialidad y evitar las confesiones bajo coerción de las mujeres que solicitan atención médica después de un aborto provocado. Estas instrucciones son reiteradas cuatro años más tarde, a través del Ordinario N° 1404 del 20 de mayo de 2014. No obstante, estos intentos por asegurar una atención digna a las mujeres que presentan un aborto no tenían ningún poder legal que permitiera exigir su cumplimiento, al tratarse, más bien, de documentos informativos.



ESTADO DE LA SITUACIÓN

Mortalidad Materna

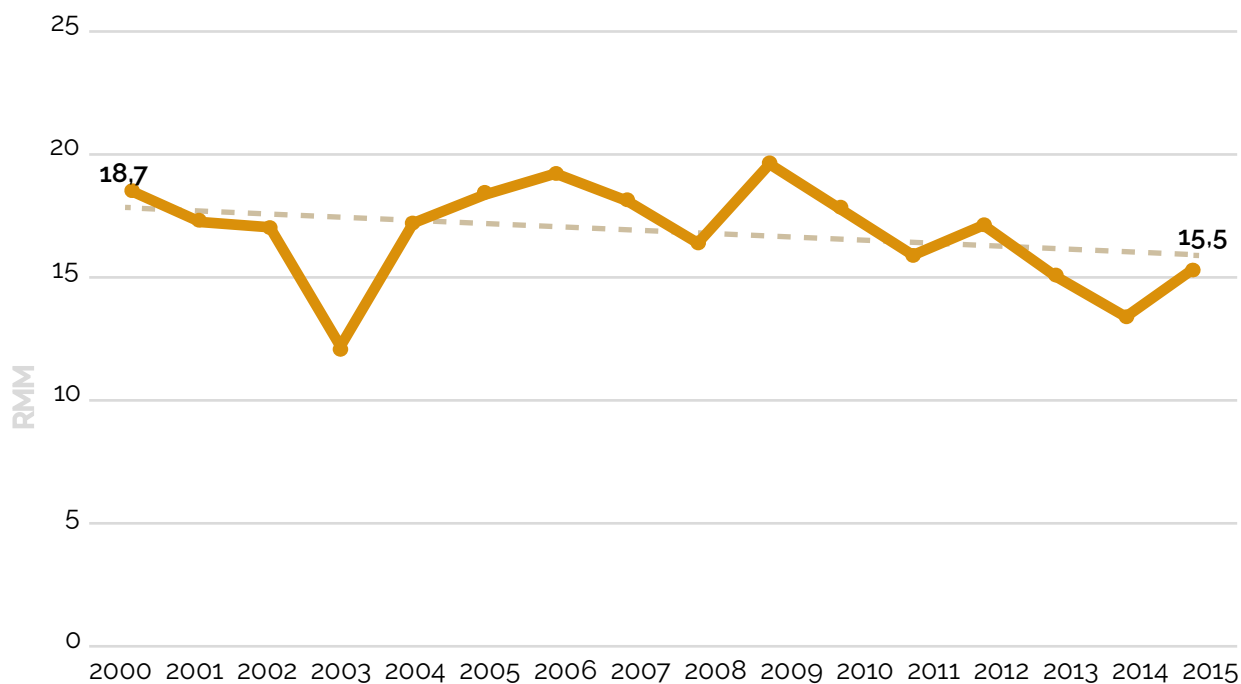
La Organización Mundial de la Salud define la mortalidad materna como "la muerte de una mujer mientras está embarazada o dentro de los 42 días de terminar un embarazo, independiente de la duración y la localización del embarazo, por cualquier causa vinculada o agravada por el embarazo o su manejo, pero no por causas accidentales o incidentales"⁷. Se mide por medio de un indicador denominado "razón de mortalidad materna" que considera el número de muertes maternas por cada 100.000 nacidos vivos.

La mortalidad materna es un indicador sanitario que muestra las enormes diferencias existentes entre ricos y pobres, tanto entre los países como dentro de

ellos. Por ejemplo, en el mundo el 99% de las muertes maternas que se registran todos los años tienen lugar en países en desarrollo, siendo las hemorragias la principal causa de muerte⁸.

Como ilustra el Gráfico N° 1, en Chile la mortalidad materna se ha mantenido estable durante los últimos 15 años. El año 2000, el país presentaba una razón de 18,7 muertes por cada 100.000 nacidos vivos por lo cual el Estado comprometió en concordancia con los Objetivos de Desarrollo del Milenio de la ONU, una disminución a 9,8 para el 2015. Esta meta no se logró ni de cerca, considerando que para ese año, en Chile, la razón de mortalidad materna se encontraba en 15,5.

RAZÓN DE MORTALIDAD MATERNA, CHILE. AÑOS 2000 AL 2015*



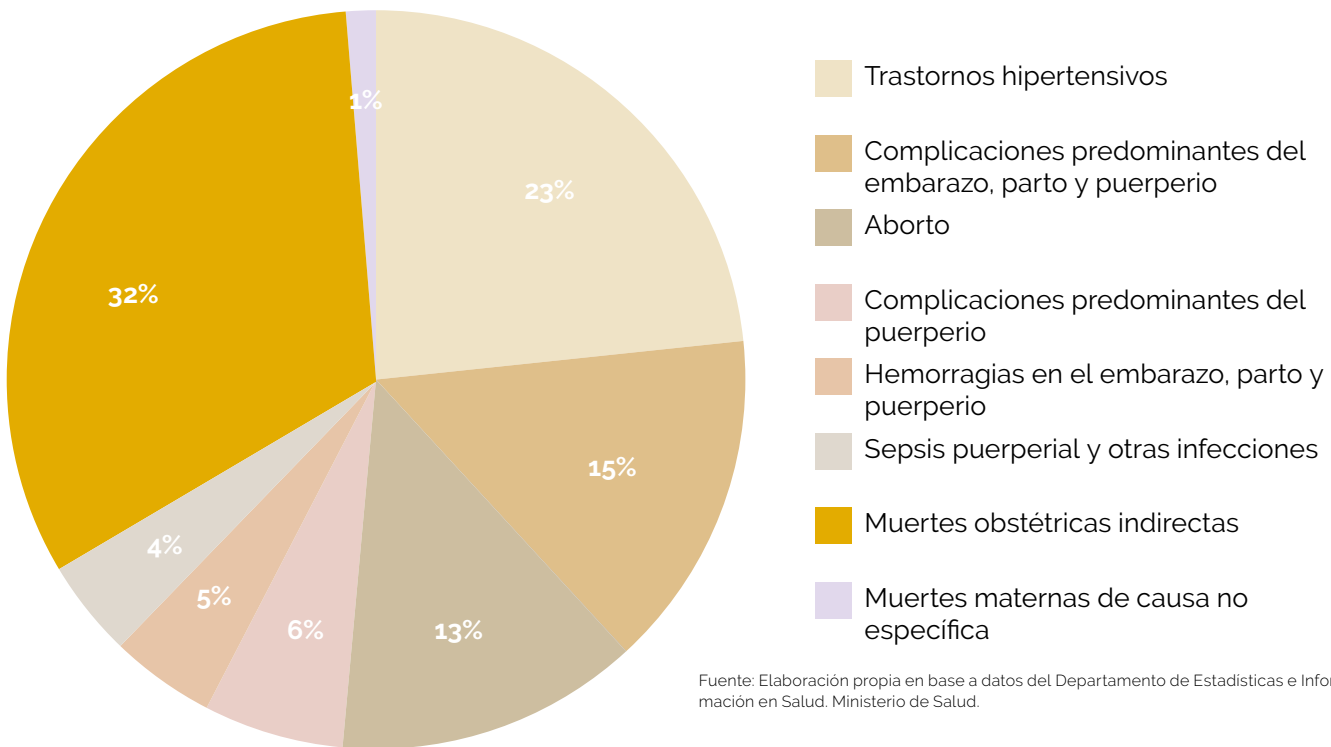
Fuente: Elaborado en base a datos del Departamento de Estadísticas e Información en Salud. Ministerio de Salud.

7. Organización Mundial de la Salud. 2012. Guía de la OMS para la aplicación de la CIE-10 a las muertes ocurridas durante el embarazo, parto y puerperio: CIE MM.
8. Organización Mundial de la Salud. Disponible en: http://www.who.int/features/factfiles/health_inequities/es/

Este estancamiento es posible explicarlo a través de distintas hipótesis. Es altamente probable que el cambio en el perfil epidemiológico de Chile sea en parte responsable de esto, considerando el aumento en la prevalencia de enfermedades crónicas en mujeres en edad fértil y el progresivo aumento de nacimientos en mujeres sobre los 35 años⁹. Para esto, es necesario implementar políticas públicas que refuercen la atención de las mujeres y cambiar el foco desde una mirada poblacional a una mirada basada en derechos y determinantes sociales de la salud.

Al analizar las causas de muerte materna, entre 2000 y 2015, es posible determinar que el 66,52% corresponden a causas obstétricas directas: trastornos hipertensivos del embarazo, parto y puerperio (23%), complicaciones del embarazo, parto y puerperio (15%), aborto (13%), complicaciones relacionadas con el puerperio (6%), hemorragia (5%) y sepsis puerperal (4%). El resto de las muertes, 32%, corresponden a causas obstétricas indirectas, es decir, aquellas muertes que se derivan de enfermedades previamente existentes y no a causas obstétricas directas, pero se agravan por los efectos fisiológicos propios del embarazo¹⁰. La figura N° 2 muestra la proporción entre las causas de muertes maternas ocurridas entre los años 2000 al 2015.

MUERTES MATERNAS SEGÚN CAUSA. CHILE, AÑOS 2000 - 2015



9. Donoso, E.; Carvajal, J.; El cambio en el perfil epidemiológico de la mortalidad materna en Chile dificultará el cumplimiento del 5° Objetivo del Milenio. Rev Med Chile; 140: 1253-1262. Santiago de Chile, 2012.

10. Ibid.

11. Dentro de la conceptualización de aborto la clasificación CIE-10 incorpora todas las muertes atribuidas al embarazo terminado en aborto, esto es: embarazo ectópico, mola hidatiforme, aborto completo e incompleto con complicaciones, intentos fallidos de aborto y aborto médico.

El aborto corresponde a la cuarta causa de muerte materna con un total de 89 muertes ocurridas en el periodo 2000-2015¹¹. Si bien es cierto el aborto como tal no constituye la principal causa de muerte materna en el país, si es importante considerar las muertes maternas indirectas y el impacto en ellas que podría tener la primera causal de la Ley N°21.030.

Egresos hospitalarios por aborto

Los egresos hospitalarios permiten analizar las causas de las hospitalizaciones y sus variables asociadas. Su reporte es obligatorio para todos los establecimientos de salud del territorio nacional. Durante 2015 hubo un total de 1.771.054 egresos hospitalarios de los cuales casi un quinto (317.054) correspondieron a causas derivadas del embarazo parto y puerperio. De este último total, 28.532 casos están constituidos por egresos hospitalarios por aborto.

Al revisar las cifras, es posible concluir que desde 2010 se observa una disminución progresiva en la cantidad absoluta de egresos hospitalarios por aborto, la cual se correlaciona con la reducción en los egresos hospitalarios por embarazo, parto y puerperio. Podría ser que la disminución en la tasa de fecundidad global, esté disminuyendo la cantidad de egresos hospitalarios por aborto. La tabla N° 1 ilustra este fenómeno.

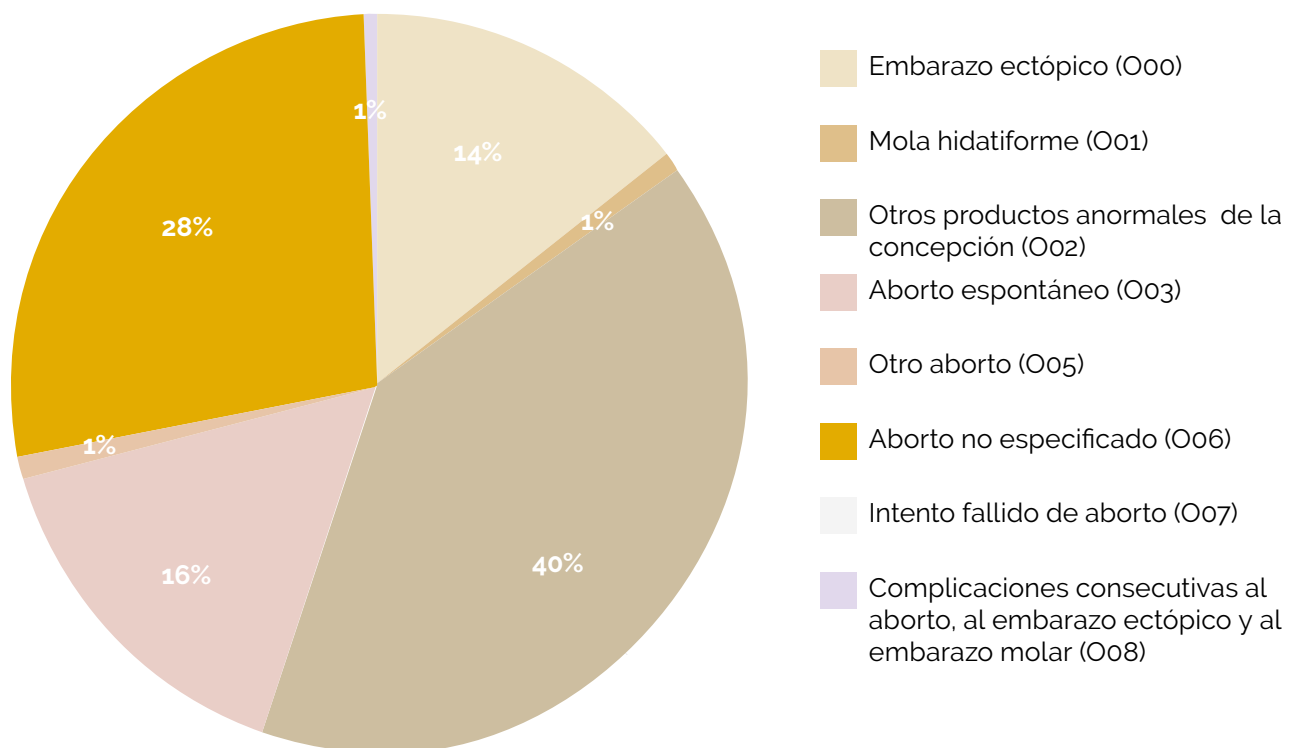
EGRESOS HOSPITALARIOS TOTALES Y SEGÚN CAUSA, AÑOS 2006 AL 2015. CHILE

Año	Todas las causas	Embarazo, parto y puerperio	Aborto	% egresos por aborto del total de egresos obstétricos	% de egresos por aborto del total de egresos
2006	1.637.920	317.912	32.969	10,37	2,01
2007	1.632.888	321.679	32.708	10,17	2,00
2008	1.608.540	319.856	33.428	10,45	2,08
2009	1.682.056	340.348	33.772	9,92	2,01
2010	1.623.875	329.202	31.933	9,70	1,97
2011	1.648.687	322.479	30.860	9,57	1,87
2012	1.659.654	323.441	30.432	9,41	1,83
2013	1.676.936	318.541	30.470	9,57	1,82
2014	1.660.151	324.657	30.049	9,26	1,81
2015	1.771.054	317.951	28.531	8,97	1,61

Fuente: Elaboración propia a partir de datos del Departamento de Estadísticas e Información en Salud, Ministerio de Salud.

Para el año 2015, del total de egresos hospitalarios por aborto, un porcentaje importante lo constituye el concepto de "otros productos anormales de la concepción" que incluye, principalmente, al aborto retenido. Como ilustra el gráfico N°3 el "aborto no especificado" y el "aborto espontáneo" son la segunda y la tercera causa de egreso hospitalario por aborto. El embarazo ectópico es la cuarta causa de egreso hospitalario. No se registran egresos hospitalarios por "intento fallido de aborto".

EGRESOS HOSPITALARIOS POR ABORTO, SEGÚN CAUSA, AÑO 2015. CHILE



Fuente: Elaboración propia a partir de datos del Departamento de Estadísticas e Información en Salud. Ministerio de Salud.

EGRESOS HOSPITALARIOS POR ABORTO, SEGÚN CAUSA Y EDAD

Embarazo terminado en aborto	Grupos de Edad				
	Total	10 a 14	15 a 19	20 a 44	45 a 64
Embarazo ectópico	4.071	4	150	3.902	15
Mola hidatiforme	254	1	19	198	36
Otros productos anormales de la concepción	11.425	29	617	10.603	176
Aborto espontáneo	4.461	24	362	4.008	67
Otro aborto	266	0	23	234	9
Aborto no especificado	7.882	32	793	6.939	118
Intento fallido de aborto	0	0	0	0	0
Complicaciones consecutivas al aborto, al embarazo ectópico y al embarazo molar	172	1	8	159	4

En relación a la edad de las mujeres que egresan por aborto, la tabla N° 2 muestra que la gran mayoría de ellas se concentra entre los 20 y los 44 años.

Interrupciones realizadas bajo la Ley 21.030

Desde la entrada en vigencia de la Ley 21.030, en septiembre de 2017, al 16 de junio de 2018 se han registrado un total de 394 casos con causal constituida, de los cuales 194 corresponden a la primera causal, 136 a la segunda causal y 64 a la tercera causal. Del total de mujeres con causal constituida, el 91% de ellas acepta la interrupción del embarazo, siendo la segunda causal la que presenta menor porcentaje de aceptación de interrupción. La tabla N° 3 muestra las cantidades absolutas y porcentajes de aceptación de la interrupción por causal. Sin embargo, el hecho de que un 9% de mujeres eligieron continuar con su embarazo nos demuestra que la Ley N°21.030 no obliga a la mujer a abortar.

DISTRIBUCIÓN DE CASOS SEGÚN DECISIÓN DE LA MUJER PARA LAS TRES CAUSALES DE LA LEY 21.030 ENTRE SEPTIEMBRE DE 2017 Y EL 16 DE JULIO DE 2018.

Causal	Sí		No		Total
	N	%	N	%	
Causal 1: Riesgo de vida de la mujeres	184	95%	10	5%	194
Causal 2: Inviabilidad fetal	114	84%	22	16%	136
Causal 3: Violación	61	95%	3	5%	64
Total	359	91%	32	9%	394

Criminalización del aborto en Chile

En Chile se siguen criminalizando a las mujeres que abortan por cualquier causal. Entre los años 2010 y 2017 se realizaron 1200 ingresos por delitos de aborto, de los cuales 418 fueron abortos sin consentimiento y 719 abortos con consentimiento. El promedio nacional de tramitación de las causas de delito de aborto es de 18 meses.

Por su parte, entre los años 2007 y 2017 se realizaron 166 condenas por delitos de aborto. La mayoría son mujeres –108 condenadas– y 58 son hombres. La mayor cantidad de condenas se produjo en 2012, al alcanzarse ese año 26 condenas. En general, según la infografía, se observa una disminución de las formalizaciones por el delito de aborto¹².

Las personas condenadas según aborto cometido por facultativo alcanzaron el mayor porcentaje en 2013 con un 16,7%. Entre 2014 y 2016 no hay facultativos condenados por abortos cometidos. La mayoría de las condenas se producen por aborto consentido con un 86% promedio entre 2007 y 2017. Asimismo, un 11% de las personas fueron condenadas por aborto sin consentimiento¹³.

Las cifras estimadas de aborto clandestino en Chile son desconocidas dada su penalización. No obstante, existen estudios estimativos de abortos clandestinos anuales que indican un promedio de 160.000. Otras fuentes señalan que en 1994 se habrían realizado alrededor de 200.000 abortos clandestinos. En 2012 se habrían producido 60.000 y en 2015 se acercarían a los 300.000 los abortos clandestinos. Estas cifras se deducen a partir de estudios estimativos con métodos de medición indirecta de aborto clandestino en el país¹⁴.

AÑO 2010 - 2017
1.200 INGRESOS
POR DELITO DE ABORTO



418
Aborto sin
consentimiento

719
Aborto con
consentimiento

8% de los casos
terminaron en condena

↳ **101 casos**

18 MESES
TIEMPO PROMEDIO NACIONAL
tramitación de las causas de delito de aborto

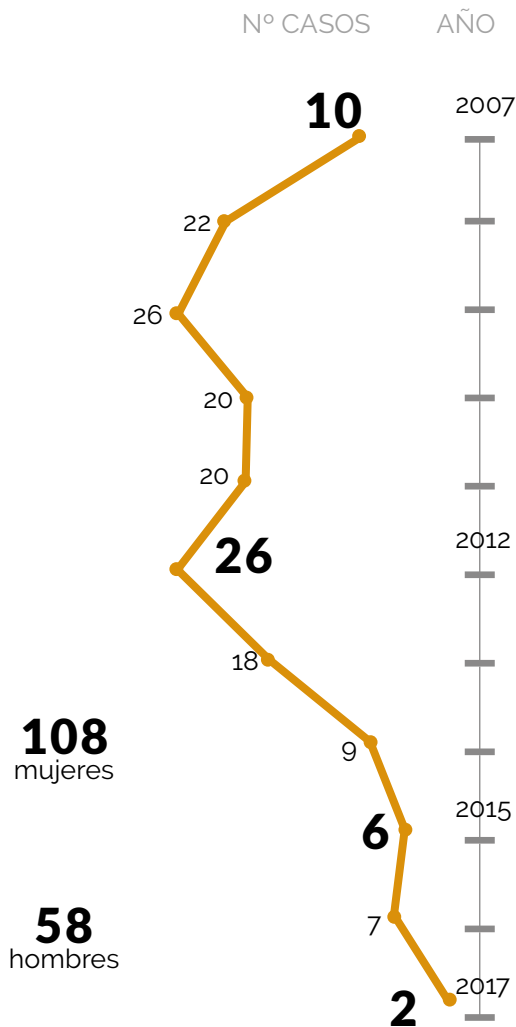
Fuente: Fiscalía Nacional, Sistema de Apoyo a los Fiscales, Ministerio Público de Chile, 2017. Solicitud vía Ley de Transparencia, folio N°4457.

12. Fiscalía Nacional, Sistema de Apoyo a los Fiscales, Ministerio Público de Chile. Solicitud vía Ley de Transparencia, folio N°4457.

13. Gendarmería de Chile, Sistema Integrado de la Gestión Judicial (SIAGJ) del Poder Judicial. Solicitud vía Ley de Transparencia ORD. N°14.2011.234/17.

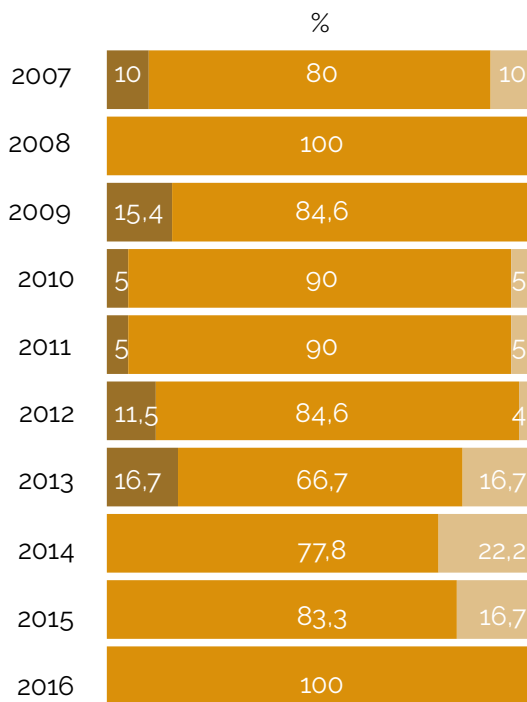
14. Dides, C.; Fernández, C. (2018). Aborto en Chile: avances en derechos humanos. Revista de Bioética y Derecho. Perspectivas Bioéticas.2018 43:61-76. Observatorio de Bioética i Dret Universitat de Barcelona.

AÑO 2007 - 2017
166 CONDENAS
POR DELITO DE ABORTO



Se identifica una disminución de formalizaciones por este delito

PERSONAS CONDENADAS SEGÚN MATERIA



EN PROMEDIO:

11% de las personas tuvieron un aborto sin consentimiento

86% de las personas tuvieron un aborto con consentimiento

*Facultativo: Persona con entrenamiento específico para brindar un servicio



SOBRE LEYES Y NORMAS

La Ley N°21.030 sobre Interrupción Voluntaria del Embarazo en tres causales fue elaborada para dar cumplimiento a los diversos acuerdos y compromisos que Chile ha suscrito a nivel internacional para garantizar, entre otros, el derecho a una vida digna, al acceso a la salud y a la integridad física y psíquica de toda persona. Basta recordar que nuestro país participó y se comprometió, en 1994, con la Conferencia Internacional sobre Población y Desarrollo en El Cairo, en particular con la reducción de la mortalidad materna. En relación a esto último, el aborto en Chile es la cuarta causa de muerte materna, principalmente debido a su carácter clandestino¹⁵.

Según lo establecido en el Consenso de Montevideo, en 2013, el enfoque de derechos es un aspecto clave para el cumplimiento del Programa de Acción de El Cairo, lo cual significa que las intervenciones para la disminución de la mortalidad materna tienen que tener como fundamento esencial el respeto de los derechos de las mujeres. Un análisis de las tres causales en el marco del derecho internacional de derechos humanos muestra que la primera de estas (riesgo vital de la madre) es una simple reafirmación del derecho a la vida; y en el caso de la segunda (inviabilidad fetal) y tercera causal (violación) se resuelve que la salud (física y mental), dignidad y autonomía de la mujer embarazada tienen prioridad sobre la protección de la existencia del no nacido¹⁶.

Por su parte tanto en la CEDAW (1995) como en la Convención Belem do Pará (1994) que el Estado de Chile suscribió, se reconoce que las mujeres han sido discriminadas en el goce de sus derechos, incluso en el acceso a servicios de salud sexual y reproductiva. La conceptualización de la interrupción del embarazo como un mecanismo de protección de los derechos de la mujer es compartida por el Comité CEDAW, el Comité de Derechos Humanos y también por el Comité de Derechos Económicos, Sociales y Culturales.

15. Dides, C.; Fernández, C. (2018). Aborto y derechos reproductivos en Chile. Corporación Miles, Santiago, Chile.

16. Asesoría Técnica Parlamentaria (2016). El aborto en el derecho internacional de los derechos humanos. Visto en: <http://www.pensamientopenal.com.ar/doctrina/46270-aborto-derecho-internacional-derechos-humanos>

ACUERDOS INTERNACIONALES RELACIONADOS CON ABORTO

Nombre	Descripción
Conferencia Internacional de Derechos Humanos (Teherán, 1968)	Declara que los padres tienen derecho fundamental de determinar libremente el número de sus hijos y los intervalos entre los nacimientos.
Conferencia Mundial del año Internacional de la Mujer (México, 1975)	La conferencia incluyó metas que se centraban en garantizar a las mujeres el acceso equitativo a diversos recursos, entre ellos la planificación familiar.
Convención sobre la eliminación de todas las formas de discriminación contra la mujer (CEDAW) (Nueva York, 1979. Ratificación 1989, implementación 1990)	Reconoce que tener barreras a la libre y responsable elección sobre si tener o no hijos, representa una forma de discriminación contra la mujer. Además señala en su articulado lo siguiente: Art. 14 letra e) Los mismos derechos a decidir libre y responsablemente el número de sus hijos y el intervalo entre los nacimientos y a tener acceso la información, la educación y los medios que les permitan ejercer estos derechos. Art. 5: solicita a los Estados Parte garantizar que la educación familiar incluya una comprensión adecuada de la maternidad como función social.
Conferencia Mundial del decenio de las Naciones Unidas para la mujer: igualdad, desarrollo y paz (Copenhague , 1980)	Pide a los gobiernos que tomen todas las medidas adecuadas para proporcionar información, educación y medios relacionados a la salud reproductiva de hombres y mujeres.
Conferencia Mundial de los logros del decenio de las Naciones Unidas para la mujer: igualdad, desarrollo y paz (Nairobi, 1985)	Los problemas relativos a las tasas de fecundidad y de crecimiento de la población deben abordarse desde una perspectiva de respeto de los derechos humanos (reproductivos) de la mujer.
Convención sobre los Derechos del Niño (1990)	Reconoce a los niños, niñas y adolescentes como sujetos de derechos y promueve los principios básicos de no discriminación, el interés superior del niño, supervivencia, desarrollo y protección, participación. Incluye los derechos a la expresión personal, acceso a la información y a la educación. Todos estos principios se aplican en el contexto de los derechos sexuales y reproductivos de niños, niñas y adolescentes.
Conferencia de Población El Cairo (1994)	Plantea la necesidad del acceso universal a los servicios de salud reproductiva y sexual para el 2015.
Pacto Internacional de Derechos Civiles y Políticos (PICP) (1966)	Establece el Comité de Derechos Humanos (CDH) para el monitoreo de los Estados firmantes. Además, protege el derecho a la vida privada, a la familia y su planificación, a la igualdad y la no discriminación.
Resolución WHA 55.19 de la Asamblea Nacional de la Salud (2002)	Declara que para el cumplimiento de las Metas del Milenio, es clave aumentar el acceso a información y servicios de calidad suficiente, incluyendo los de salud reproductiva.
Consenso de Montevideo. I Conferencia Regional sobre población y desarrollo de América Latina y el Caribe (2013)	Postula la integración de la población y el enfoque de derechos humanos como claves para alcanzar el Programa de Acción de El Cairo, después de 2014.

La Ley N° 21.030 introduce modificaciones al Código Penal y al Código Sanitario para crear excepciones a la criminalización del aborto e incluso legalizarlo y regularizarlo en estos casos.

Se modifica el Código Penal, en el artículo 344, para que la mujer que se provoca un aborto o que permite a otra persona provocarlo, sea condenada solo cuando ocurre en casos que no están previstos por la ley, es decir, no puede ser condenada por ninguna de las tres causales. El artículo establece que la condena para una mujer que aborta es el presidio menor en su grado máximo, o sea una pena entre los 1096 y los 1825 días, con la excepción de cuando la mujer lo hace para "ocultar su deshonra", siendo la pena en este caso, de presidio menor grado medio, o sea, entre 541 y 1095 días de presidio.

Respecto a la modificación del Código Sanitario, interviene sustituyendo el artículo 119, que desde 1989 había sido modificado para decir que "No podrá ejecutarse ninguna acción cuyo fin sea provocar un aborto"¹⁷. Bajo la nueva Ley, el artículo 119 es modificado de esta manera: "Mediando la voluntad de la mujer, se autoriza la interrupción de su embarazo por un médico cirujano, en los términos regulados en los artículos siguientes, 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."¹⁸

Cada causal requiere estándares diferentes para ser comprobada, los cuales son explicitados en el inciso bis del artículo 119. En el caso de riesgo vital para la mujer, la ley demanda el respectivo diagnóstico médico; en el caso de inviabilidad fetal extrauterina, se necesitan dos diagnósticos de médicos especialistas que confirmen el hecho de que el feto sufre de una patología fatal; en el caso de que el embarazo sea producto de una violación, la ley exige que la concurrencia de la violación y la edad gestacional sean establecidas por un equipo especialmente conformado para este efecto. Esto significa que si el equipo especializado confirma que el embarazo es el resultado de una violación, pero estima que la mujer se encuentra fuera del plazo temporal permitido por la ley (12 semanas para mujeres mayores de 14 años y 14 semanas para menores de 14 años) se le niega a la mujer el acceso al servicio legal de interrupción del embarazo. Las otras dos causales no tienen límite temporal para ser invocadas.

17. Biblioteca del Congreso Nacional de Chile (BNC) (1989). Ley núm. 18.836 sustituye Artículo 119 del Código Sanitario. En: <http://bcn.cl/1v03t>

18. Biblioteca del Congreso Nacional de Chile (BNC) (2017) Ley núm. 21.030 Regula la despenalización de la interrupción voluntaria del embarazo en tres causales. En: <http://bcn.cl/222kz>

Acompañamiento biopsicosocial

La Ley establece el derecho a acceder a un programa de acompañamiento biopsicosocial, tanto en el proceso de toma de la decisión, como en el periodo posterior al parto o a la interrupción del embarazo. La derivación al programa de acompañamiento siempre es voluntaria; el profesional de salud tiene el deber de entregar a la mujer toda la información sobre este servicio y sobre las alternativas en caso que la mujer elija seguir con el embarazo. Esta información debe ser proporcionada sin intentar convencer a la mujer de tomar una decisión específica, y la no-participación en el programa no puede influir sobre el acceso al procedimiento IVE. Los detalles del programa han sido publicados en la Orientación Técnica por la acogida y acompañamiento psicosocial¹⁹.

Este acompañamiento debe ser entregado por una dupla psicosocial contratada para ese fin en el sistema público o bien por alguna Organización No Gubernamental, ONG, acreditada para tal fin. El Ministerio de Salud solamente cuenta con datos de acompañamiento de febrero a julio de 2018. Considerando que el Reglamento de Acompañamiento fue publicado recién el 2 de febrero de 2018 se presume que las 35 mujeres que constituyeron causal entre septiembre de 2017 y enero de 2018 no recibieron el acompañamiento establecido por la ley. Esto constituye una grave falencia del Ministerio de Salud pues publicó el documento orientador para los equipos de salud 4 meses después de publicada la ley. La tabla N° 5 resume la cantidad de mujeres que aceptaron o rechazaron el acompañamiento según causal.

NÚMERO DE MUJERES SEGÚN DECISIÓN SOBRE PROGRAMA DE ACOMPAÑAMIENTO POR CAUSAL. FEBRERO A JULIO DE 2018.

Causal	Decisión sobre el embarazo	Decisión sobre acompañamiento			Total
		No acepta	Sí acepta	S/I	
Causal 1: Riesgo de vida de la mujer	Continuar	2	5	2	9
	Interrumpir	39	120	25	184
Causal 2: Inviabilidad fetal	Continuar	3	16	2	21
	Interrumpir	6	84	5	95
Causal 3: Violación	Continuar	0	2	0	2
	Interrumpir	4	43	1	48
Total		54	270	35	359

Fuente: Información preliminar del Ministerio de Salud. Consultado el 17 de agosto de 2018 en <http://www.minsal.cl/ive-reporte-mensual-actualizado/>

Llama la atención que un 12% de los casos, correspondiente a 38 mujeres, se encuentra sin información. Esto representa una grave falencia por parte de las Subsecretaría de Redes Asistenciales, entidad que debe asegurar el registro fidedigno de una prestación garantizada por ley.

19. Biblioteca del Congreso Nacional de Chile (BNC) (09/03/2018). Resolución Exenta 401 aprueba "Orientaciones Técnicas: acogida y acompañamiento psicosocial en el marco de la ley 21.030 que despenaliza la interrupción voluntaria del embarazo en tres causales". Vista en: <http://bcn.cl/24rag>

Objeción de Conciencia

La ley IVE permite ejercer la objeción de conciencia a personas e instituciones que no estén de acuerdo con la interrupción del embarazo. La objeción de conciencia personal solo puede ser invocada por aquellos profesionales que desempeñen funciones en el pabellón donde se realizará la interrupción del embarazo, es decir los médicos obstetras, anestelistas, matronas/es y los técnicos paramédicos. Estos funcionario/as deben manifestar su objeción de conciencia, en forma escrita y previa, al director/a del establecimiento de salud.

Si se da esta situación, el establecimiento de salud debe asegurar la derivación inmediata de la mujer a otro/a profesional o institución de salud. Sin embargo, cuando la atención es impostergable, si no hay otro médico disponible para practicar la intervención, el objetor de conciencia deberá realizar el procedimiento.

Por otra parte, la objeción institucional no puede ser invocada por instituciones públicas, pero sí privadas. No obstante, existen instituciones públicas como el caso del Servicio de Salud de Osorno donde la totalidad de los médicos obstetras contratados por el Estado son objetores de conciencia para la tercera causal. Esto significa, en términos prácticos, que las mujeres no serán atendidas en sus territorios y deberán ser derivadas a hospitales de otras ciudades.

El Ministerio de Salud tiene el deber de regular por medio de instrumentos administrativos la objeción de conciencia. El primer protocolo se realizó bajo el gobierno de la presidenta Bachelet con la resolución exenta N°61. Una vez asumido el gobierno del presidente Sebastián Piñera se presentó un nuevo protocolo a través de la resolución exenta N°432, el 22 de marzo de 2018. La Contraloría General de la República en mayo del mismo año dictaminó que los dos protocolos no cumplían con el artículo 35 de la Constitución²⁰:

- El protocolo del Gobierno del presidente Piñera, contrario a lo que señalaba el protocolo del Gobierno de Bachelet, permitía a las instituciones privadas que tienen convenios con el Estado invocar la objeción de conciencia. Este inciso es contrario al artículo 19, N°9 de la Constitución Política, que garantiza el libre e igualitario acceso a la salud y al artículo 1 del decreto Ley N°1 del año 2005 del Ministerio de Salud, que establece que el cumplimiento del requerimiento constitucional es tarea del MINSAL²¹. Para respetar estas leyes, las instituciones públicas no pueden invocar la objeción de conciencia. Sin duda, los artículos 2 y 14 de la Ley N°36 de 1980, que regulan los convenios estatales, muestran que esta prohibición se extiende también a las organizaciones privadas que tienen convenios estatales, ya que están actuando como "agentes" del Estado y ejecutando su mandato con los fondos que el Estado les entregó para cumplir, entre otras funciones, con el objetivo que plantea la Ley de interrupción del embarazo por tres causales.
- Los dos protocolos desatendían normas sobre obligaciones y requisitos necesarios para objetar, lo cual excede las instrucciones sobre el manejo operativo a las que se refiere la ley.
- La Contraloría también señaló que los establecimientos públicos de salud no pueden invocar la objeción de conciencia, pues se encuentran en el imperativo de cumplir la obligación del Estado de otorgar servicios de salud a las personas.

20. Contraloría General, 9 de mayo 2018, Dictamen 011781N18. Visto en: https://www.scribd.com/document/378747112/Dictamen-Contraloria-Protoco-de-aborto#from_embed.

21. DFL N° 1/2005 MINSAL, que fija texto refundido, coordinado y sistematizado del decreto Ley N° 2.763, de 1979 y de las leyes N° 18.933 Y N° 18.469. Visto en: http://www.supersalud.gob.cl/normativa/668/articles-2621_recurso_1.pdf

En respuesta al comentario de la Contraloría el gobierno de Sebastián Piñera ha presentado un nuevo reglamento, con fecha 29 de junio de 2018, señalando algunos cambios en esta segunda propuesta.

Las modificaciones señaladas no logran resolver los problemas de los protocolos previos. Este último punto sigue siendo controversial desde el fallo del Tribunal Constitucional: según datos de la encuesta Cadem 2018, la mayoría de los chilenos rechaza que una institución privada con financiamiento público pueda ser objetora de conciencia en las tres causales (el 66%)²². Al cierre de la edición de este informe, aún no se produce una respuesta clara respecto a este tema, lo que confunde a las y los prestadores de salud y podría perjudicar el acceso de las mujeres a las prestaciones garantizados por ley.

Actualmente hay varios servicios de salud con un nivel muy alto o total de objetores de conciencia y clínicas que han optado por la objeción de conciencia institucional. Lo anterior es particularmente problemático en las regiones rurales, donde las mujeres son derivadas a servicios fuera de sus lugares de residencia, afectando sus redes de apoyo²³.

Los prestadores/as de salud pueden invocar la objeción de conciencia por causal. Según datos del MIN-SAL del total de profesionales de salud contratados por el Estado y que pueden objetar conciencia (4.650 profesionales) el mayor porcentaje de objetores está representado por los y las médicos obstetras para la causal de violación (47%).


PROFESIONALES OBJETORES DE CONCIENCIA SEGÚN CAUSAL

Servicio de Salud	Contratados	Objetores					
		Causal 1 riesgo de vida		Causal 2 inviabilidad fetal		Causal 3 violación	
		nº	%	nº	%	nº	%
Obstetras	1.140	231	20%	311	27%	538	47%
Anestesis-tas	729	68	9%	100	14%	158	22%
Matronas/es	1.019	122	12%	188	18%	211	21%
Técnicos Paramédicos	1.768	188	11%	210	12%	233	13%

Fuente: Minsal <http://www.minsal.cl/funcionarios-objetores-de-conciencia-por-servicio-de-salud/>

22. Cadem, Encuesta Plaza Pública, Primera semana de julio. Estudio N° 234.

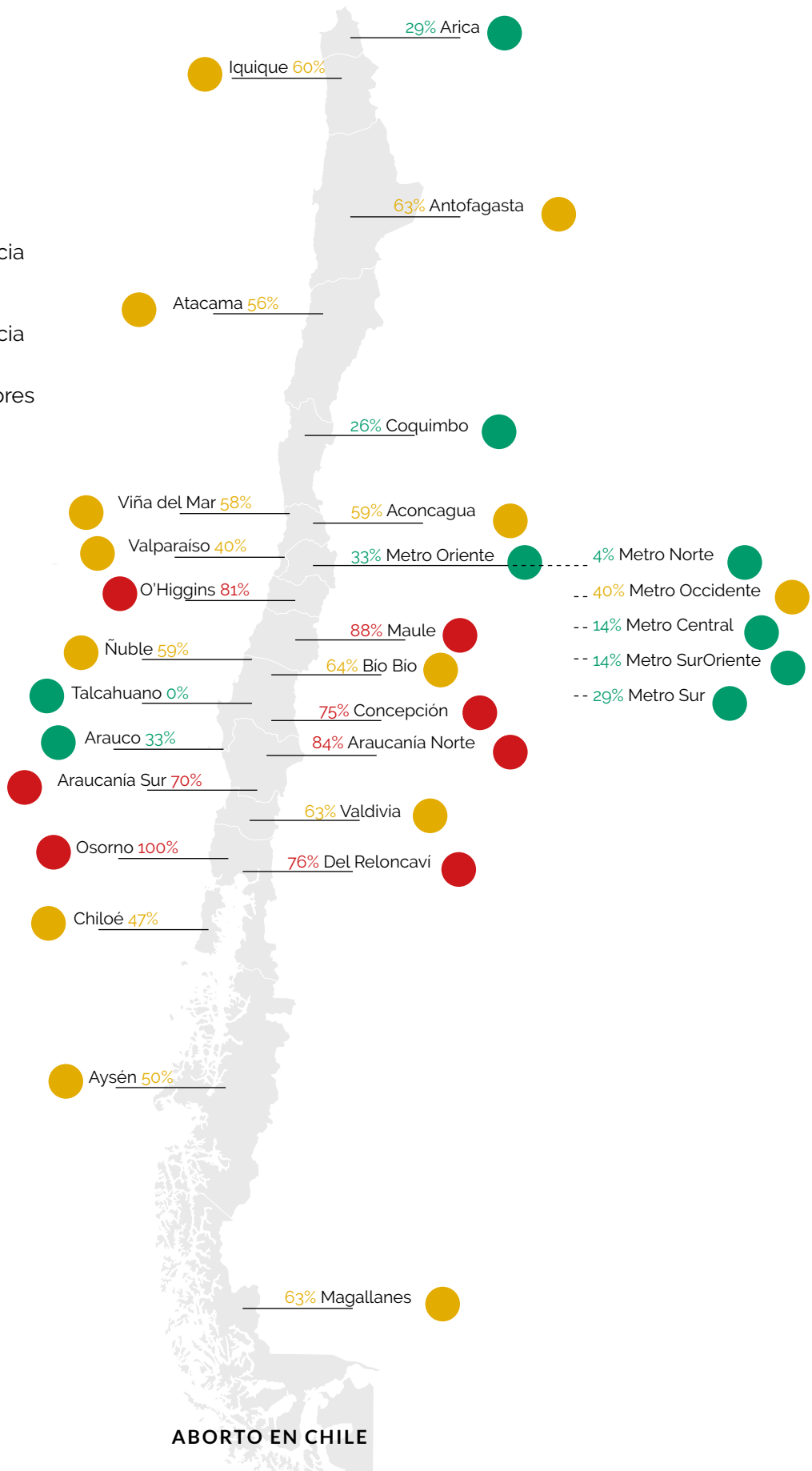
23. A la fecha 17/08/18 las instituciones que han recibido aprobación oficial por la invocación de objeción de conciencia institucional son el Instituto Diagnóstico S.A. (Clínica Indisa) por la sola causal de violación, y la Universidad de Los Andes por todas las causales. Se puede acceder al listado aquí: <http://www.minsal.cl/listado-de-objetores-institucionales/>



De los 29 Servicios de Salud del país, solo el de Talcahuano no tiene ningún obstetra objetor de conciencia. Por el contrario, resulta preocupante que en el Servicio de Salud de Osorno el 100% de los obstetras hayan planteado objeción de conciencia para la causal violación, dejando desprotegidas a las mujeres de su correspondiente jurisdicción.

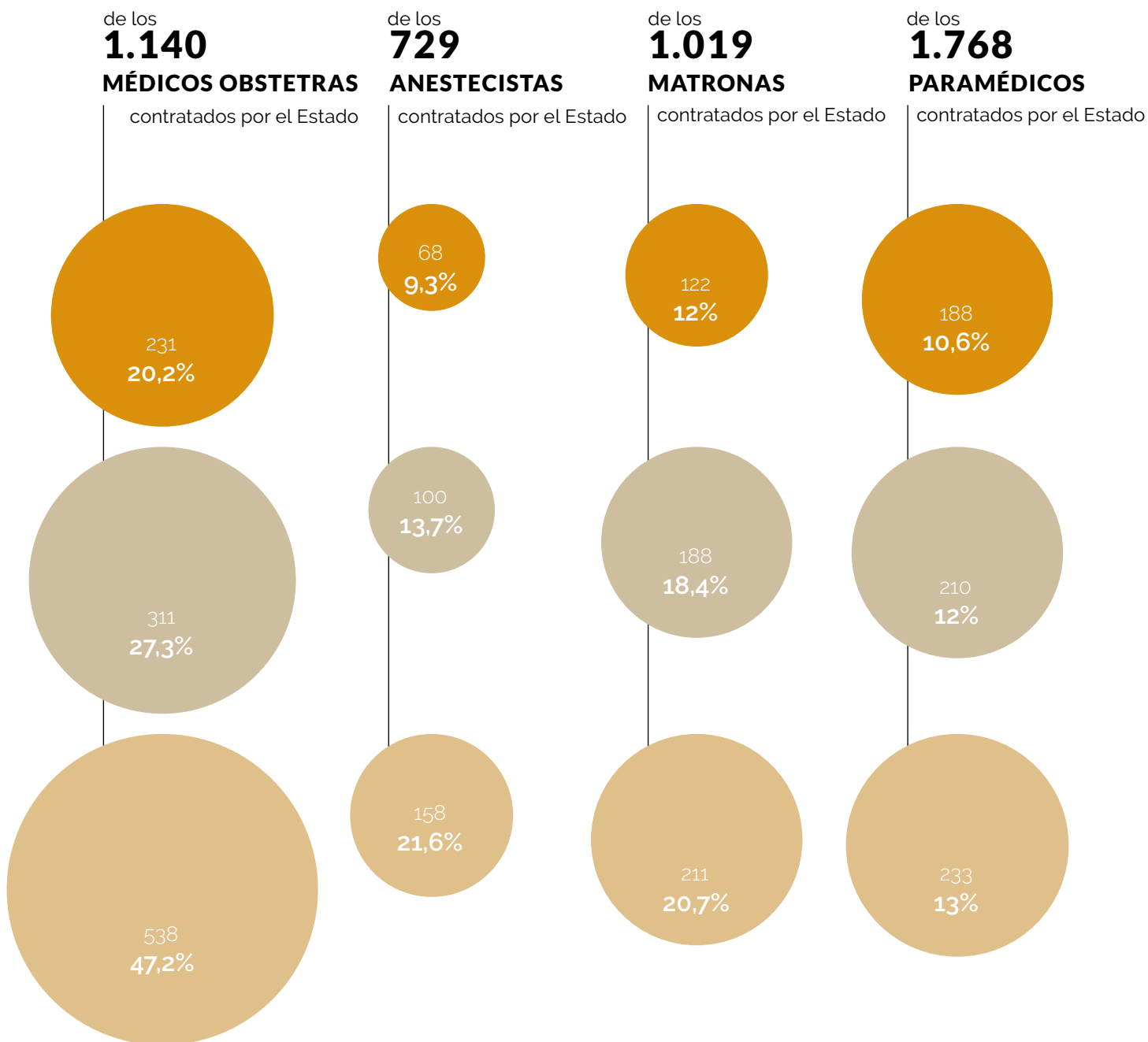
PORCENTAJE DE OBSTETRAS OBJETORES DE CONCIENCIA PARA LA TERCERA CAUSAL SEGÚN SERVICIO DE SALUD.

- menos de 39% de objetores de conciencia
- entre 40% y 69% de objetores de conciencia
- más de 70% de objetores de conciencia



**OBJETORES DE CONCIENCIA
SEGÚN PROFESIÓN EN EL
SERVICIO DE SALUD PÚBLICO,
BAJO LA LEY N°21.030**

- Objetores en la **causal 1:**
Riesgo de vida de la mujer
- Objetores en la **causal 2:**
Inviabilidad Fetal
- Objetores en la **causal 3:**
Violación



2 EXISTEN DOS INSTITUCIONES PRIVADAS QUE HAN RECIBIDO LA APROBACIÓN ESTATAL PARA SER OBJETORES INSTITUCIONALES, CLÍNICA UNIVERSIDAD DE LOS ANDES EN LAS TRES CAUSALES, Y CLÍNICA INDISA EN LA TERCERA CAUSAL.

Fuente: <http://www.minsal.cl/todo-sobre-la-interrupcion-voluntaria-del-embarazo-en-tres-causales/>

Prohibición de la publicidad del servicio IVE

El inciso quáter del artículo 119 prohíbe estrictamente la publicidad que tenga como fin ofrecer el servicio de interrupción voluntaria del embarazo en las tres causales (IVE). A pesar de que la ley señala que esta cláusula no es contraria al derecho a la información del usuario/a establecido bajo la Ley de Deberes y Derechos de los Pacientes (Ley N°20.584)²⁴, surgen varias preocupaciones a partir de lo señalado. En primer lugar, si el procedimiento de aborto en tres causales es legal y financiado por el Estado, ¿por qué no se puede informar?, en segundo lugar, las mujeres no tienen acceso a la información sobre los o las objetores de conciencia que existen en los establecimientos públicos de salud, lo cual vulnera el derecho a la información de las mujeres chilenas.



24. Ley 20.584, título 2, párrafo 4.

LEYES, NORMAS Y REGLAMENTOS RELACIONADOS A LA LEY N° 21.030 QUE DESPENALIZA LA INTERRUPCIÓN DEL EMBARAZO EN TRES CAUSALES

Fecha	Categoría	Nombre del documento
23-09-2017	Ley	Ley N°21.030 Regula la Despenalización de la Interrupción Voluntaria del Embarazo en tres causales.
02-02-2018	Reglamentos	Reglamento de acompañamiento.
08-02-2018		Reglamento de acompañamiento (Diario Oficial).
03-03-2018		Resolución Exenta N°422: Crea grupo de trabajo para evaluación de solicitudes de acreditación de instituciones u organizaciones de la sociedad civil que pueden otorgar el programa de acompañamiento.
09-03-2018		Resolución Exenta N°401: Orientaciones técnicas: Acogida y acompañamiento psicosocial en el marco de la Ley N°21.030.
02-02-2018		Normas
09-03-2018	Orientaciones técnicas	Orientaciones Técnicas de acogida y acompañamiento psicosocial en el marco de la Ley N°21.030.
22-03-2018	Protocolo	Protocolo para la manifestación de objeción de conciencia según lo dispuesto en el artículo 119 ter del Código Sanitario.
22-03-2018		Resolución Exenta N°432: Aprueba "protocolo para la manifestación de objeción de conciencia".
27-01-2018		Resolución Exenta N°61: Aprueba "protocolo para la manifestación de objeción de conciencia" (derogada por la Contraloría General de la República, a través del Dictamen 011781N18 del 9 de mayo de 2018).
27-01-2018		Protocolo para la manifestación de objeción de conciencia personal y para la objeción de conciencia invocada por instituciones (derogada por la Contraloría General de la República, a través del Dictamen 011781N18 del 9 de mayo de 2018).
15-02-2018	Otros documentos técnicos relevantes	Información de la oferta intersectorial que se debe entregar a cada mujer, según Ley N° 21.030.
09-01-2018	Resolución Exenta N° 73 – Ministerio de Hacienda	Aprueba arancel de nuevas prestaciones de salud de FONASA.
07-02-2018	Circular N° 311 del 7 de febrero del 2018 – Superintendencia de Salud	Aplicación y cobertura por parte de las ISAPRES de las prestaciones asociadas a la interrupción voluntaria del embarazo por tres causales.

Fuente: Minsal. Información disponible en <http://www.minsal.cl/informacion-para-prestadores-de-salud/>

Proyectos de Ley que modifican la Ley IVE

A propósito de la promulgación de la Ley N° 21.030, se han ingresado proyectos de ley que intentan perfeccionar aspectos de la ley referida, que dificultan o entorpecen su implementación. Los proyectos que se encuentran actualmente tramitándose en el Parlamento son los siguientes:

1. Proyecto de ley que interpreta el Código Sanitario en materia de objeción de conciencia planteada por establecimientos de salud, ante el requerimiento de interrupción voluntaria del embarazo²⁵. Ingresado el 3 de abril de 2018. El objetivo de este proyecto es unificar las diversas interpretaciones legales de la objeción de conciencia que dispuso el mismo artículo 119 ter. El proyecto de ley referido incorpora un artículo único y explicita que, por un lado, las instituciones que invocan objeción de conciencia no podrán celebrar convenios estatales en materia de ginecología y obstetricia²⁶ y, por otro lado, que la objeción de conciencia institucional siempre deberá ser manifestada previamente, por escrito y con justificación.
2. Proyecto de ley que modifica el Código Sanitario para establecer que la objeción de conciencia, respecto de la interrupción voluntaria del embarazo, solo puede ser invocada por personas naturales. Ingresado el 16 de mayo de 2018²⁷. Tiene como objetivo delimitar los alcances de la objeción de conciencia y que pueda ser invocada únicamente por personas naturales y no por instituciones, como lo permitió el Tribunal Constitucional.

Actualmente el proyecto se encuentra en el primer trámite constitucional y pasó a la Comisión de Salud.

25. Este proyecto fue ingresado el 3 de abril de 2018, por moción (iniciativa de un parlamentario) en la cámara de diputados por los siguientes parlamentarios y parlamentarias: Pepe Auth Stewart (IND), Natalia Castillo Muñoz (RD), Juan Luis Castro González (PS), Ricardo Celis Araya (PPD), Miguel Crispi Serrano (RD), Marcelo Díaz Díaz (PS), Marcela Hernández Pérez (PRSD), Cosme Mellado Pino (PRSD), Claudia Mix Jiménez (PODER), Patricio Rosas Barrientos (PS).

26. Estos convenios son regulados por el decreto con fuerza de ley N° 36 de 1980, del Ministerio de Salud, estatales en materia de ginecología y obstetricia.

27. El presente proyecto fue ingresado el 16 de mayo de 2018 por moción desde la Cámara de Diputados, por los siguientes parlamentarios y parlamentarias: Karol Cariola (PC), Daniella Cicardini (PS), Pamela Jiles (PH), Claudia Mix (PODER), Maite Orsini (RD), Camila Rojas (IND), Marisela Santibáñez (PRO), Gael Yeomans (IL)

Proyecto de aborto legal y seguro

En los últimos meses en Chile ha tomado fuerza el diálogo ciudadano sobre la despenalización total del aborto sin causal, que está involucrando a muchos grupos de la sociedad civil y facciones de partidos políticos y coaliciones, con el fin último de presentar proyectos de ley que permitan interrumpir el embarazo sin causal, en un plazo de tiempo establecido. Con este fin, el miércoles 1 de agosto de 2018, el presidente de la Comisión de Salud del Senado, Guido Girardi, presentó el proyecto de ley denominado "aborto libre", donde propone la despenalización del aborto en toda causal hasta la semana 14, en el marco del derecho a decidir de la mujer²⁸.

28. El proyecto, liderado por el senador Girardi, ha sido apoyado también por el senador Jaime Quintana, junto a las senadoras Ximena Órdenes, y Adriana Muñoz, como también por la Plataforma por un Aborto Legal y Seguro y el MOVILH.



DESAFÍOS

Una de las principales fallas que se han dado en la implementación de la ley, hasta el momento, tiene relación con la falta de información acerca de la ley misma y sus protocolos, lo que dificulta su aplicación oportuna. Además, la falta de estandarización sobre los procedimientos técnicos de aborto lleva a que algunas mujeres, que presentan una situación que requiere la interrupción del embarazo, padezcan más que otras o que se expongan a un mayor riesgo para su salud. Para derribar estas barreras es fundamental:

Capacitar a profesionales de la salud en relación a la ley IVE, y realizar campañas informativas con el objetivo de que las propias mujeres se encuentren informadas acerca de los protocolos de atención orientados tanto a la facilitación de los métodos anticonceptivos, como también relacionados con la implementación de la Ley IVE 3 causales. Además, es importante permitir la publicidad de servicios gratuitos de aborto bajo las tres causales.

Estandarizar los procedimientos e ir reemplazando el legrado por técnicas modernas como la aspiración manual endouterina y el uso de medicamentos. Además, se debe ampliar la utilización de estas técnicas a todas las mujeres que presentan aborto y no solo a las que se acogen a la ley IVE.

Relativo a la Ley IVE, a pesar de que su promulgación ha sido un avance increíble para las mujeres chilenas, es innegable que hay muchos aspectos de elaboración del texto que parecen estar en contradicción con su espíritu. Bajo esta perspectiva se recomienda considerar y abordar las barreras de carácter administrativo, legal, fáctico y económico que ha tenido desde su implementación. Especialmente:

- En relación a la causal tercera (violación) que es la que invocan la mayoría de los objetores de conciencia en nuestro país-, erradicar el estigma sobre el aborto por violación y el embarazo no deseado, tanto el que se da entre los profesionales de la salud como en el público general.
- Relativo a la objeción de conciencia institucional y personal: 1) regularizar y delimitar la objeción de conciencia, ocupando como modelo el derecho comparado; 2) implementar un sistema de monitoreo para los médicos objetores que, junto al sector público, trabajan en clínicas privadas para asegurar que no realicen procedimientos de aborto en el sector privado (con fines de lucro). Al relevar esta irregularidad, el Estado debería sancionar severamente a el/la profesional objetor/a. 3) no permitir la objeción de conciencia por causales individuales, ya que vulnera la igualdad ante la ley, nacional como internacional, y significa una discriminación arbitraria para mujeres candidatas a distintas causales. 4) El Estado debe garantizar que cada institución pública tenga un mínimo, en porcentaje, de equipos médicos no objetores, capaces de realizar un aborto (ej. el 10%).

Para eliminar o disminuir en número los abortos ilegales y las muertes maternas no solo es necesario legalizar las situaciones que vulneran los derechos humanos de las mujeres, sino también abordar todas las causas a la base del aborto: prevenirlo a través de la entrega de métodos anticonceptivos y de educación sexual actualizada e integral; combatir la violencia sexual e incluso mejorar las condiciones sociales y económicas que influyen sobre la decisión de ser madre o no, ya que tener hijos significa un empobrecimiento y una postergación de las mujeres debido a la situación social y educacional en el país²⁹. No todas las mujeres –de las distintas clases sociales– son igualmente vulnerables al riesgo de abortar, por tanto sobrevivir a un aborto es un derecho que toca, en especial, a las personas más desposeídas en este momento. Al no contar con estimaciones actualizadas y realizadas de forma científica respecto al número de abortos provocados que se realizan de manera clandestina, es difícil saber a qué porcentaje corresponden los abortos realizados bajo la ley IVE, más si se considera probable que sean muchas las mujeres que se quedan fuera de la protección de la Ley. En paralelo a las modificaciones de la Ley N° 21.030, es importante trabajar

en la ampliación de las causales de interrupción legal del embarazo, por lo menos incluyendo la causal de salud, para verdaderamente cumplir con los tratados internacionales. De esta manera, se recomienda:

- Poner en práctica el marco teórico de interseccionalidad, trabajando en conjunto todos organismos del gobierno y abordando los temas de educación y prevención, sensibilización, desestigmatización, protección, legalización/ despenalización y apoyo psicosocial y económico al mismo tiempo.
- Dar inicio a un diálogo político y público sobre la legalización de la causal de riesgo de salud de la mujer, incluyendo su salud mental.
- Considerar proyectos presentados en Chile, de "aborto libre", es decir legal y seguro, o a lo menos, derogar el artículo 344 del Código Penal que criminaliza el aborto.

29. Ministerio de Salud (2011) Orientación Técnica: Para la atención integral de mujeres que presentan un aborto y otras pérdidas reproductivas. Visto en: <http://www.minsal.cl/portal/url/item/b53faf5d1d527a52e04001011e010ef5.pdf>

“La segunda batalla será luchar para que la objeción de conciencia no sea el subterfugio que los sectores conservadores busquen para eludir el cumplimiento de la ley de aborto tres causales”.

Claudia Dides



C O R P O R A C I Ó N

miles

por los Derechos Sexuales y Reproductivos