

# INFORME DE MONITOREO SOCIAL

Implementación de la ley de interrupción  
del embarazo en tres causales





# INFORME DE MONITOREO SOCIAL

Implementación de la ley de interrupción  
del embarazo en tres causales

Mesa Acción  
por el  
Aborto  
en Chile

  
FONDO  
ALQUIMIA



---

## Créditos



**Mesa Acción por el Aborto** en Chile está conformada por un conjunto de organizaciones, activistas y defensoras de los derechos humanos de las mujeres y movimientos político-sociales, articulados para lograr el reconocimiento del derecho al aborto a las mujeres en Chile como parte de sus derechos sexuales y reproductivos.



**Fondo Alquimia** es un fondo de mujeres que tiene por misión movilizar recursos para el fortalecimiento de los movimientos, activismos y de las organizaciones feministas y de defensorxs de derechos humanos que trabajan por la libertad y la autonomía de las mujeres, niñas y personas trans en Chile.

Participaron en el monitoreo social a la Ley de interrupción voluntaria del embarazo: **Colectivo Desnudando de Aysén; Observatorio de Equidad en Salud según Género y Pueblo Mapuche de Temuco (Universidad de la Frontera); Marcha Mundial de Mujeres de Biobío; Matriavisión de Valparaíso; Marcha Mundial de Mujeres de Santiago; Resueltas del Valle de Huasco; Qispiy Wayra de Antofagasta.**

Diseño: **Juan Rosales Garrido**

Portada: **Jorge Galleguillos**

Santiago, junio 2019.

# Índice

<b>Presentación</b> .....	7
<b>1. Objetivos y metodología del monitoreo</b> .....	10
<b>2. Contexto en la implementación de la ley IVE</b> .....	15
2.1 Normativa y cifras IVE .....	15
2.2 Política de salud sexual y reproductiva, percepciones .....	19
<b>3. Información recolectada en el monitoreo</b> .....	24
3.1 El aborto y las tres causales: entre mitos y derechos de las usuarias .....	24
3.2 La ruta de las mujeres con embarazos en las causales .....	26
a. Atención en la red asistencial .....	27
b. APS, entrada y derivación sin protocolos y con poca información .....	28
c. ARO, la ruta de la decisión entre debates médicos y carreras contra el tiempo .....	32
c.1 Capacidades instaladas, capacitación y protocolos solo para los equipos IVE .....	33
c.2 Atención y acreditación de las causales, poco peso de la voz de las mujeres .....	34
Primera causal, riesgo vital inminente y no inminente, el poder médico .....	35
Segunda causal, malformación fetal letal, incerteza diagnósticas y largos tiempos de espera .....	36
Tercera causal, violación, sospecha sobre las adultas e indiferencia ante las niñas .....	38
c.3 Objeción de conciencia, declarada y no declarada .....	41
Razones para objetar .....	43
Estrategias para que la OC no se transforme en impedimento para la IVE .....	44
c.4 Acompañamiento y más allá, la importancia de las duplas .....	45
c.5 Otros problemas referidos, los medicamentos .....	47
<b>4. Hallazgos generales del monitoreo</b> .....	49
<b>5. Recomendaciones de la Mesa por el Aborto en Chile</b> .....	52
<b>Anexos: Pautas de entrevistas</b> .....	55



# Presentación

---

En septiembre de 2017 se promulgó la Ley 21.030 que regula la despenalización de la interrupción voluntaria del embarazo en tres causales (en adelante ley IVE o la ley): situaciones de riesgo vital, inviabilidad fetal letal y gestación producto de violencia sexual. Aún cuando el rango del derecho aprobado está limitado a estas 3 causales, la legislación modifica la práctica habitual de atención de las mujeres embarazadas que enfrentan alguna de las situaciones descritas. Se incorpora la interrupción de esos embarazos a partir de la decisión autónoma de esas mujeres embarazadas. Una conducta prohibida pasa a ser lícita y debe ser adecuadamente informada a las niñas, jóvenes y adultas. En política pública significa nuevos enfoques, modelos de atención e instrumentos, y personal capacitado.

Como esperado, la implementación de la ley IVE ha resultado ser un desafío. La nueva prestación requiere tiempos asociados a la adopción de la reglamentación, contratación de personal, capacitación de equipos, dotación de instrumental e insumos, entre otros asuntos, y lidiar con las subjetividades individuales y organizacionales no menos complejas cuando 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. Se repite en Chile lo que sucede en otros países de la región y en el mundo: lograda la legislación –por causales o plazos– las mujeres enfrentan grandes obstáculos para acceder al aborto legal, entre estos, la desinformación y la objeción de conciencia declarada y no declarada en los establecimientos de salud. A estas consideraciones no escapa el hecho que la implementación de la ley IVE se inaugura con un gobierno de derecha, de una coalición política que se opuso a su aprobación y recurrió al Tribunal Constitucional para impedir que entrara en vigor.

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. 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. Desde septiembre de 2017 a la fecha, a través de los medios de comunicación se han conocido testimonios de mujeres que dan cuenta de graves vulneraciones a sus derechos a la salud y a la interrupción voluntaria del embarazo (IVE), varios de los cuales han dado a lugar procesos judiciales y administrativos. Muchos de estos casos están radicados en establecimientos privados, pero los públicos no están ausentes.

La Mesa Acción por el Aborto (en adelante, la Mesa) tiene por propósito el reconocimiento del derecho al aborto, y actúa para lograr su despenalización social y normativa en el país. Por su parte, Fondo Alquimia fortalece las organizaciones que en los territorios activan por los derechos humanos de las niñas, las mujeres y las personas trans, y apoyan las transformaciones culturales respetuosas de su autonomía y derecho a decidir. La Mesa y Alquimia coincidieron en la necesidad de vigilar la implementación de la ley aprobada

de manera que se garantice a las mujeres el acceso al aborto legal, e hicieron alianza en este propósito con 6 organizaciones en 7 territorios: Qispiy Wayra en Antofagasta, Resueltas del Valle en Atacama, Matrivisión en Valparaíso, Marcha Mundial de Mujeres en Santiago y en Concepción, el Observatorio de Equidad en Salud según Género y Pueblo Mapuche en la Araucanía (Universidad de la Frontera), y Desnudando en Aysén.

La herramienta utilizada para hacer esa observación fue el monitoreo social. El instrumento no es nuevo en la práctica ciudadana de las mujeres. De hecho, existen experiencias nacionales y regionales previas como aquellas de seguimiento al plan de acción de la cumbre mundial de población y desarrollo (Cairo 1994). Ese monitoreo, liderado por la RSMLAC e implementado en Chile por el Foro Red de Salud y Derechos Sexuales y Reproductivos, se propuso ser “un instrumento de negociación y acción política para modificar aquellas condiciones que aún obstaculizan el derecho inalienable de mujeres y hombres al libre ejercicio de la sexualidad y la reproducción”<sup>1</sup>.

Con similar sentido se ejecutó el monitoreo social a la implementación de la IVE en tres causales. El ejercicio permitió observar la ejecución de la política pública que habilita a las mujeres el acceso al aborto legal en establecimientos de siete regiones del país. Se buscó identificar prácticas y discursos que contribuyen o dificultan la ruta de las mujeres en los establecimientos públicos de salud primaria y de especialidad obstétrica en circunstancias de riesgo vital, inviabilidad fetal letal y violación sexual. El monitoreo se realizó en conversación con quienes están directamente involucrados/as en la política pública: profesionales de salud en la atención primaria y en los hospitales y centros de Alto Riesgo Obstétrico (ARO), directores de salud municipal y de hospitales y dirigentes sindicales de la Confederación Nacional de Profesionales Universitarios de los Servicios de Salud (FENPRUSS) y de Confederación Nacional de la Salud Municipal (CONFUSAM), y con las mujeres de la comunidad y usuarias de esos servicios de salud pública donde atienden sus necesidades de salud sexual y reproductiva.

Este informe da cuenta de la información y los hallazgos generales del monitoreo social, y visualiza hasta cierto grado las realidades territoriales respecto de la implementación de la Ley IVE. En cada región, las organizaciones produjeron informes de resultados que profundizan sobre aspectos específicos respecto del aborto, el aborto en las 3 causales y el acceso a la IVE. Esas sistematizaciones agregan a los hallazgos generales perspectivas particulares a ser tomadas en cuenta en la garantía del derecho adquirido que tienen relación con el territorio, la geografía humana y física, la presencia de pueblos y culturas, así como las características de la red asistencial, entre otros factores.

Los hallazgos del monitoreo social muestran lo que sucede con la interrupción voluntaria del embarazo en los territorios y establecimientos de salud que formaron parte de la observación. No pretenden ser representativos de la realidad regional o nacional. Sin perjuicio de lo anterior, los resultados muestran dificultades y omisiones en la implementación que bien pudieran producirse en otros lugares en la red de atención.

---

<sup>1</sup> Red de Salud de las Mujeres Latinoamericanas y del Caribe (RSMLAC), *Atención humanizada del aborto inseguro en Chile, Monitoreo del Programa de Acción de la Conferencia Internacional sobre Población y Desarrollo, El Cairo 1994*, Santiago, 2003.

Esta fuerte posibilidad debiera despertar señales de alarma respecto de asuntos en que es imprescindible seguir indagando a nivel nacional, y en los cuales el Ministerio de Salud tiene responsabilidades de actuar para una implementación acorde con lo dispuesto en la ley. Esperamos que el informe del monitoreo social a la implementación de las 3 causales que presentamos sirva a la autoridad sanitaria y a los equipos de salud para mejorar la información y atención que reciben las niñas, jóvenes y mujeres que enfrentan un embarazo en estas circunstancias y garantizar que su voluntad se cumpla con calidad y eficiencia.

El informe que aquí se presenta es resultado de un trabajo colectivo que fortalece el movimiento social y político por el derecho al aborto en Chile. Esperamos que las organizaciones y colectivos encuentren en sus páginas información útil para fortalecer sus acciones en favor del reconocimiento y respeto del derecho a decidir de las mujeres y personas con capacidad de gestar.

El monitoreo en los siete territorios es rico en información y detalles que dan cuenta de las prácticas, conocimientos y actitudes de los equipos de salud en los establecimientos de atención primaria y de especialidad. Constituyen una línea base sobre la cual se puede construir y activar en la búsqueda de una buena atención para las mujeres y el respeto de su decisión autónoma.

La Mesa por el Aborto y Fondo Alquimia agradecen a International Planned Parenthood Federation (IPPF) y al Centro de Derechos Reproductivos (CRR) el apoyo para el desarrollo del monitoreo en Chile.

***MESA ACCIÓN POR EL ABORTO EN CHILE y FONDO ALQUIMIA***

# 1. Objetivos y metodología del monitoreo

---

La metodología utilizada se denomina *Monitoreo Social*, entendiéndose 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.<sup>2</sup> Se trata de un ejercicio ciudadano de participación que tiene la finalidad específica de observar una acción pública, en este 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 legal y violación sexual.

De manera específica, a través del monitoreo a la ley IVE se buscó:

- Documentar el estado de implementación de los protocolos y otras capacidades técnicas en establecimientos públicos de atención primaria y de atención obstétrica de complejidad en las regiones seleccionadas.
- Indagar en el conocimiento de la ley por parte del personal de salud, usuarias del sistema de salud público y comunidad en los establecimientos y territorios seleccionados.
- Comprender las principales dificultades de implementación de la ley de interrupción voluntaria del embarazo en 3 causales en los territorios seleccionados y cómo estas repercuten en la experiencia de las usuarias.

El monitoreo social a la implementación de la ley IVE fue diseñado y guiado por la Observatorio por el Derecho al Aborto (ODA) de la Mesa Acción por el Aborto y Fondo Alquimia, sobre la base de una metodología diseñada por International Planned Parenthood Federation IPPF. La Mesa y Alquimia invitaron a 6 organizaciones ubicadas en 7 regiones del país, a ser parte del proceso y monitorear en sus territorios. Qispiy Wayra en Antofagasta, Resueltas del Valle en Atacama, Matriavisión en Valparaíso, Marcha Mundial de Mujeres en Santiago y en Concepción, el Observatorio de Equidad en Salud según Género y Pueblo Mapuche en la Araucanía y Desnudando en Aysén fueron parte activa del diseño y análisis de los datos, además de realizar el trabajo de campo.

El monitoreo es cualitativo, enfocado en la visión subjetiva y el análisis desde una perspectiva interpretativa de los datos. El “propósito consiste en “reconstruir” la realidad, tal y como la observan los actores de un sis-

---

<sup>2</sup> Berthin, G., *Guía práctica para la auditoría social como herramienta participativa para fortalecer la gobernabilidad democrática, transparencia y rendición de cuentas*, Centro Regional para América Latina y el Caribe del Programa de Naciones Unidas para el Desarrollo PNUD, Panamá, 2011.

tema social previamente definido”<sup>3</sup>. Proporciona profundidad a los datos, dispersión, riqueza interpretativa, contextualización del ambiente o entorno, detalles y experiencias únicas. En esta perspectiva, se buscó indagar en los discursos y prácticas de funcionarios/as del sistema de salud, así como analizar los relatos de las usuarias de los servicios públicos de ginecología y obstetricia y de la comunidad en general, de manera tal de comprender el fenómeno en su complejidad y poder sustraer variables que no fueran evidentes en los análisis cuantitativos. Se observaron también los entornos y prácticas de atención en los establecimientos de salud, para identificar factores contextuales, simbólicos y subjetivos del fenómeno.

El trabajo de campo se realizó entre septiembre de 2018 y febrero de 2019. Se aplicaron entrevistas semi estructuradas 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 complementaria, se definieron los gremios de la salud como sujetos de asociación secundaria a la implementación, en tanto organizaciones sectoriales con posibilidad de conocer su estado de avance e influir positivamente en ella. Se entrevistaron dirigentes de FENPRUSS y CONFUSAM.<sup>4</sup>

Con las mujeres, usuarias de la atención de ginecobstetricia en el servicio de salud público, se aplicaron encuestas para indagar sobre ámbitos específicos de la atención en salud sexual y reproductiva y el conocimiento de la ley. Las usuarias permiten conocer, desde su perspectiva, la calidad en la atención y tener un acercamiento al aspecto subjetivo de la situación del aborto y la ley IVE. Por su parte, a través de grupos focales se conocieron percepciones de la comunidad sobre la atención en salud, salud sexual y reproductiva, y el conocimiento de la ley y de su implementación. De manera complementaria, se consideraron organizaciones de mujeres, en tanto actoras políticas vinculadas al aborto en el país que podrían manejar información respecto de la situación del aborto en el territorio.

En Antofagasta, Atacama, Santiago, Valparaíso, Biobío, La Araucanía y Aysén, las organizaciones locales identificaron los establecimientos de salud de atención primaria y ARO que monitorearían a partir de la posibilidad de acceso y contacto, así como el número de encuestas a usuarias y de observaciones dependiendo de las condiciones particulares de cada territorio. Toda entrevista y encuesta fue acompañada de un consentimiento informado y se aseguró confidencialidad de la identidad a las personas que accedieron a participar.

---

3 Hernández, R., Fernández, C. & Baptista, P., *Metodología de la Investigación*, McGraw-Hill Interamericana, México D. F., 2003, pp. 5 y 17.

4 FENPRUSS es la Confederación Nacional de los Profesionales Universitarios de los Servicios de Salud; CONFUSAM es la Confederación Nacional de Salud Municipal.

A continuación, se resumen el número de instrumentos y técnicas de observación aplicadas en el monitoreo

Numero de entrevistas, encuestas, grupos focales y observaciones	
<b>Entrevistas</b>	62
<b>Gremios</b>	8
<b>Grupos Focales</b>	7
<b>Encuestas</b>	136
<b>Observaciones</b>	10

El proceso de acceso a directivos, profesionales y usuarias fue sin duda la etapa de mayor complejidad en el proceso de campo. Fueron significativas la flexibilidad y creatividad de las monitoras para poder completar el proceso, con un acompañamiento constante de Fondo Alquimia y de la Mesa en los complejos procesos institucionales y en proponer una nueva estrategia cuando el camino se cerraba.

En cada región, la organización territorial envió carta presentando el monitoreo social a los/as directores de salud responsables en la comuna, hospital y/o servicio de salud. Se solicitó autorización formal para realizar el ejercicio en la unidad de salud y acceder a entrevistar a los y las profesionales que correspondiera a través de los canales formales dispuestos para ello (audiencias, cartas, otros), y siguiendo las indicaciones establecidas por cada autoridad. Estos canales incluyeron presentar solicitud de audiencia mediante ley lobby o solicitud de aprobación al comité de ética del establecimiento.

Los resultados de estas gestiones son alarmantes. Hubo regiones donde las respuestas tardaron 5 meses y otras donde sencillamente nunca llegaron. El arraigo territorial de las organizaciones a cargo del monitoreo, sus alianzas y redes, y la relación previa con los equipos de salud fueron fundamentales para acceder a entrevistas de profesionales relevantes para conocer el estado de la implementación de la ley IVE. De este ejercicio queda la pregunta sobre el reconocimiento que los servicios y establecimientos de salud tienen de las organizaciones de mujeres como interlocutoras válidas, así como su nivel de compromiso con la transparencia y atención a las solicitudes de la sociedad civil como ejercicios básicos de participación y democracia.

Muchas de las entrevistadas insistieron en la necesidad de cautelar su anonimato y hubo casos en que la persona no permitió que la entrevista fuera grabada. Aun cuando es una opción de quien accede a ser entrevistada/o, el contexto de dificultad en el acceso a la información en el proceso de monitoreo en general llama a indagar las razones para las actitudes a la defensiva que pueblan el camino. Se puede deber a la falta de costumbre institucional con procesos de participación directa de la sociedad organizada, que no son la solicitud de información vía transparencia o del espacio controlado de los consejos consultivos de salud. Sin embargo, la demora en las respuestas o la no respuesta de la dirección de los establecimientos; lo disímil de los requerimientos para solicitar autorización para el monitoreo -como hacer uso de las ley de

lobby o solicitar aprobación del comité de ética del establecimiento-; y la intranquilidad o temor del personal de salud de informar sobre una prestación legal -una persona entrevistada llegó al punto de asistir a la entrevista acompañado del abogado del establecimiento- indican que cuando se trata del aborto y las tres causales, el acceso a la información se complica y hay personas, como ese profesional, que siente la necesidad de extremar la protección.

En todas las regiones se aplicaron entrevistas a profesionales asociados a la implementación de la ley y encuestas a usuarias del servicio de ginecología pública, cumpliendo el criterio de prioridad muestral que se dio al monitoreo. A continuación, la desagregación por profesiones de las entrevistas realizadas en APS y ARO.

<b>Resumen entrevistas en establecimientos de salud según cargo</b>			
<b>Profesión</b>	<b>APS</b>	<b>ARO</b>	<b>TOTAL</b>
<b>Directivo</b>	7	4	11
<b>Administrativo</b>	1	0	1
<b>Ginecólogo</b>	0	3	3
<b>Matrona</b>	22	6	28
<b>Equipo biopsicosocial (3 personas)</b>	0	1	1
<b>Dupla psicosocial (2 personas)</b>	0	2	2
<b>Enfermera</b>	4	0	4
<b>Técnico/a enfermería</b>	1	0	1
<b>Psicóloga</b>	2	4	6
<b>Trabajadora social</b>	1	3	4
<b>practicante</b>	0	1	1
<b>TOTAL</b>	38	24	62

Las complejidades del trabajo de campo determinaron que no en todas las regiones fuera posible acceder al espectro completo de profesionales identificados en cada nivel de atención. En los territorios se presentaron problemas distintos para acceder ya sea a profesionales del servicio APS o a profesionales del servicio ARO; sobre este punto no es posible establecer una tendencia. Por ello, puede ser que algunos aspectos de la realidad de la implementación de la ley IVE en los territorios no se refleje en los datos.

Los hallazgos del monitoreo son los hallazgos de una observación situada. Refieren lo que sucede en establecimientos de salud específicos, de atención primaria y de niveles de complejidad, en los territorios singularizados por las organizaciones en las regiones. Sus resultados, por tanto, no pueden ser extrapolados ni representar una realidad más allá de la propia. En el mismo sentido es importante advertir la dificultad para acceder a la información que sería necesaria para cualquier análisis de mayor extensión o profundidad. Sin

embargo, este acotado ejercicio de vigilancia ciudadana tiene la fuerza de mostrar los discursos, actitudes y prácticas cotidianas que se producen en esas redes asistenciales, y la habilitación o impedimentos que generan para que las mujeres puedan acceder a una atención adecuada en sus procesos de decisión y de aborto. En las siguientes secciones veremos en primer lugar el contexto en el cual opera la ley, incluyendo algunas cifras relevantes y las percepciones en salud sexual y reproductiva de parte de los y las entrevistados/as. Posteriormente analizaremos la ruta de las mujeres que se encuentran dentro de algunas causales contempladas en la ley mostrando las distintas particularidades de cada causal y de la implementación propiamente tal, con sus aspectos positivos y dificultades asociadas. Por último, veremos los principales hallazgos del monitoreo y las recomendaciones de la Mesa.

## 2. Contexto en la implementación de la ley IVE

---

En esta sección se informan las normas que regulan la ley IVE y las cifras de objetores y de abortos realizado desde la adopción de la ley, distribuidos por causal, tanto a nivel nacional como en las regiones que fueron parte del monitoreo. También se exploran las percepciones de las personas entrevistadas sobre la salud sexual y reproductiva, abordando tanto los aspectos que han mejorado en los últimos años como las dificultades y desafíos pendientes. Este contexto es importante para entender hallazgos posteriores ya que la implementación se ha producido, por una parte, en un escenario normativo cambiante respecto a la objeción de conciencia (OC). Por otro lado, porque la atención a la IVE se produce dentro de prácticas médicas asentadas y concepciones culturales que no incorporan la voluntad de la mujer como base y dirección de la acción en salud.

### 2.1 Normas y cifras IVE

Además de la Ley IVE, los documentos normativos que señalan cómo y quienes son responsables de implementarla son la “Norma técnica nacional de acompañamiento y de atención integral a la mujer que se encuentra en alguna de las tres causales que regula la ley 21.030” (en adelante la norma técnica) y el reglamento de OC promulgado el pasado 23 de octubre de 2018.

La norma técnica está destinada a hacer operativo lo definido en la ley, “de modo que las prestaciones a que tiene derecho toda mujer (adolescente y adulta) que habita en Chile y que se encuentra en alguna de estas situaciones específicas, sean entregadas con un adecuado estándar de seguridad, calidad y oportunidad, tanto en lo psicosocial como en lo biomédico”<sup>5</sup>. Para ello define el modelo de acompañamiento y atención integral para las mujeres que se encuentren en alguna de las tres causales.

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 instituciones.<sup>6</sup> Para regular la ejecución de la OC se promulgaron dos protocolos<sup>7</sup> -ambos derogados- y, luego de la intervención de la Contraloría General de la República, se publicó 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)<sup>8</sup> con el Ministerio de Salud para brindar prestaciones de ginecología y

---

5 Norma técnica, p. 3.

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

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

8 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.

obstetricia en pabellón. El Reglamento fue objeto de un recurso de inconstitucionalidad por parlamentarios/as de Chile Vamos ante el Tribunal Constitucional (en adelante TC). En su sentencia<sup>9</sup>, dictada en enero de este año, el TC acogió que estos establecimientos de salud puedan declararse objetores institucionales.

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.

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 ginecobstetra, anestesista, matrón/a y paramédico/a- 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.

El resultado final para las mujeres que se atienden en el sector privado es desastroso, dejándolas con pocas opciones para obtener una interrupción de un embarazo en las causales legalizadas en las clínicas donde ellas generalmente se atienden. En lo público, entre protocolo y reglamento se perdió la disposición que obligaba a contar con al menos un equipo de no objetores en cada establecimiento de complejidad o especialidad en atención ginecobstétrica.

De acuerdo a datos del Ministerio de Salud, en junio de 2019, uno de cada dos obstetras de hospitales públicos se declaró objetor en la causal violación sexual (50,5%), uno de cada cuatro en caso de inviabilidad fetal (28,6%) y uno de cada cinco en caso de riesgo vital (20,7%).<sup>10</sup>

---

<sup>9</sup> Tribunal Constitucional de Chile, Sentencia Rol 5572-18-CDS/5650-18-CDS (acumuladas), 18 de enero de 2019.

<sup>10</sup> <https://www.minsal.cl/funcionarios-objetores-de-conciencia-por-servicio-de-salud/>

**Tabla 1**  
**Médico/as obstetras contratados/as: OC por causal y región seleccionada, junio 2019**

Región	Total médicos/as obstetras	Objetores Causal 1	Objetores Causal 2	Objetores Causal 3
Antofagasta	38	2	5	26
Atacama	24	8	10	12
Valparaíso	138	13	26	49
Metropolitana	414	62	88	143
Biobío	96	22	31	66
Araucanía	49	23	28	39
Aysén	10	2	2	6

Fuente: elaboración propia con datos Minsal.

Con la ley IVE, desde septiembre 2017 a diciembre 2018, el Minsal informa de 769 casos;<sup>11</sup> en 86,6% de estos, la mujer decidió interrumpir su embarazo.

**Tabla 2**  
**Distribución de casos IVE según decisión de la mujer por causal**

Causales IVE*	Total	Si	No
Causal 1	343 (45%)	312 (91%)	31 (9%)
Causal 2	311 (40%)	248 (81%)	63 (20%)
Causal 3	115 (15%)	106 (91%)	9 (8%)
<b>Total</b>	<b>769 (100%)</b>	<b>666 (86,6%)</b>	<b>103 (13,4%)</b>

Fuente: MINSAL, 2019; \* Si: interrumpe; No: no interrumpe

<sup>11</sup> La cifra responde a embarazos en donde se acreditó alguna de las causales, y no al universo de casos en que se solicitó IVE.

En las regiones contempladas en el monitoreo, entre el 1 de febrero y el 25 de diciembre de 2018, se constataron 440 casos. En la siguiente tabla se presentan por región y causal.

**Tabla 3**  
**Distribución de casos IVE entre 1.2.2018 y 25.12.18, según región parte del monitoreo y decisión de la mujer por causal**

Causal*	Causal 1		Causal 2		Causal 3		Total Casos
Región	Si	No	Si	No	Si	No	
Antofagasta	5 (71%)	2 (29%)	8 (89%)	1 (11%)	5 (100%)	0 (0%)	<b>21</b>
Atacama	3 (60%)	2 (40%)	3 (100%)	0 (0%)	2 (100%)	0 (0%)	<b>10</b>
Valparaíso	76 (96%)	3 (4%)	31 (94%)	2 (6%)	13 (76%)	4 (26%)	<b>129</b>
Metropolitana	43 (83%)	9 (17%)	59 (92%)	5 (8%)	29 (97%)	1 (3%)	<b>146</b>
Biobío	63 (94%)	4 (6%)	11 (55%)	9 (45%)	8 (100%)	0 (0%)	<b>95</b>
Araucanía	8 (100%)	0	7 (47%)	8 (53%)	5 (83%)	1 (17%)	<b>29</b>
Aysén	3 (100%)	0 (0%)	4 (57%)	3 (43%)	0	0	<b>10</b>
<b>Total</b>	<b>221 (50%)</b>		<b>151 (34%)</b>		<b>68 (16%)</b>		<b>440</b>

Fuente: MINSAL, 2019; \* Si: interrumpe; No: no interrumpe

Según las estimaciones presentadas por el Ministerio de Salud durante la tramitación de la ley, el número de casos IVE por año se ubicaría entre 2.500 y 3.000.<sup>12</sup> La mayor proporción (alrededor de 2.000) correspondería a embarazos por violación. El número de abortos legales atendidos es muy inferior a la estimación hecha en 2015.

<sup>12</sup> Biblioteca del Congreso Nacional, Historia de la Ley 21.030, Informe Comisión de Hacienda.

Las últimas estimaciones disponibles indican que en Chile se estarían realizando entre 60.000 y 70.000 abortos al año.<sup>13</sup> Por su parte, el Ministerio de Salud registra alrededor de 30.000 egresos por abortos atendidos en el sistema de salud y los clasifica según razón médica; el último dato disponible es de 26.830 el año 2017 (DEIS, 2019).<sup>14</sup>

A la luz de los datos registrados, la mayoría de los abortos en Chile se siguen realizando en la clandestinidad.

## **2.2 Política de salud sexual y reproductiva, percepciones**

Desde 1930 el Movimiento Pro-Emancipación de las Mujeres en Chile (MEMCH) mostraba la urgencia de contar con métodos anticonceptivos y regular el aborto. En 1931, el Código Sanitario regula el aborto terapéutico ya que las consecuencias de abortos clandestinos en morbilidad de las mujeres eran consideradas un problema de salud pública. La política de planificación familiar se establece en la década de los 60, y en 1965 se puso en marcha el Programa Nacional de Planificación Familiar que favoreció la disminución de abortos hospitalizados. Durante la dictadura militar, sin embargo, hubo un fuerte retroceso pues se restringió el acceso a anticonceptivos y a la información en materia de planificación familiar. Finalmente, en 1989, el aborto se prohíbe en cualquier circunstancia. Con la recuperación de la democracia, la salud sexual y reproductiva se define como una de las prioridades en salud del país. En 1997, el “Programa de Salud materno-perinatal del Ministerio de Salud” pasó a ser el “Programa de Salud de la Mujer”, enfocándose en todas las etapas de su vida y no sólo en la maternidad. La Ley IVE, en este sentido, estaría en línea con las políticas estatales de resguardar los derechos de las mujeres y ofrecerles una adecuada protección.

En el monitoreo se preguntó al personal de salud la situación de la salud sexual y reproductiva (SSR) en su región o comuna. Si bien se considera que se ha avanzado en las políticas al respecto, también se evidencian profundas deficiencias y dificultades relacionadas con el aumento de los públicos –ya no solo mujeres embarazadas-, falta de formación profesional y capacidades en los equipos para enfrentar nuevas necesidades en SSR y el manejo de embarazo adolescente, las infecciones de transmisión sexual (ITS) y VIH.

De manera generalizada, el personal de salud entrevistado tanto a nivel de atención primaria como de ARO considera que la atención de salud y reproductiva ha mejorado. Son varios los indicadores que así lo mostrarían. En lo principal, la visión va más allá de la salud materna y, de manera creciente, incorporan necesidades de los y las adolescentes, las mujeres (no sólo madres), los hombres, las personas trans y de sexualidad disidente. En los relatos se habla de programas de salud sexual y reproductiva desde 2015 y 2016. Aun cuando se observan diferencias importantes entre territorios, esta es una percepción común.

---

<sup>13</sup> Cálculo basado en la tasa global de fecundidad de 1.94 hijos por mujer en edad fértil, prevalencia de 64% de uso de anticonceptivos y las más de 33.000 hospitalizaciones por aborto (Casas y Vivaldi, 2013).

<sup>14</sup> Estas cifras no incorporan los abortos legales contemplados en la ley IVE promulgada en septiembre del 2017.

Desde la perspectiva de las metas de salud, en las entrevistas se hace referencia a la disminución del embarazo adolescente como resultado de la oferta de anticonceptivos, la ampliación de los horarios de atención, la existencia de espacios amigables para adolescentes y la información u orientación que el personal de salud -principalmente las matronas- entregan en los colegios.

Indica una matrona de APS en el sur que “ya hace varios años cambiamos el nombre de la unidad como salud sexual y reproductiva que fuera inclusiva hacia hombres y también eso pudiera incluir a toda la diversidad sexual y además pensando en todas las mujeres en todo su ciclo vital, porque si no, pensamos en un poli maternal y dejamos restringidas a muchas, y yo creo que en esos términos se ha avanzado bastante”. En Santiago, un médico da cuenta de la formación en el año 2016 de una unidad de salud sexual y reproductiva en el hospital. La existencia de estas políticas que hablan de capacidades instaladas y/o en construcción ha sido factor facilitador en la implementación de la ley IVE.

En ese mismo sentido, algunas profesionales rescatan que la Ley IVE ha ayudado a fortalecer la red de atención en salud sexual y reproductiva. Indica una matrona en el sur que “la subred es bien amplia y no hay muchas instancias de comunicación... Esta ley nos dio la oportunidad de vernos y reconocernos y estrechar contactos, si bien es cierto por la ley, pero además de otras cosas y renovar las comunicaciones. Ha sido una oportunidad”. En otra entrevista se afirma que la ley viene a incorporar “un pilar que estábamos dejando de lado, que es el tema psicosocial de las usuarias, como es el tema de las pérdidas reproductivas, la agresión sexual, que se estaban viendo solo desde el punto de vista biomédico y había una pérdida de seguimiento”.

Al mismo tiempo, el personal de salud entrevistado advierte dificultades que se mantienen, y otras que se agregan por el paso a programas que amplían los públicos en salud sexual y reproductiva, y los cambios de conducta y composición de la población. Se percibe disparidad en el desarrollo de capacidades -el centralismo, la disponibilidad de recursos financieros y humanos, entre otros, inciden-, y respuestas insuficientes ante las necesidades de la población, particularmente mencionadas las mujeres rurales, los hombres y la diversidad sexual.

En varios relatos se refieren los retos y las demandas no atendidas. Entre estas, que el personal está formado para atender la salud de la mujer gestante pero que no cuenta con capacidades ni orientaciones técnicas para atender la salud sexual y reproductiva de otros públicos: “nosotras estamos formadas para solo atender la salud de la mujer, por lo tanto, si llega un hombre tú te pierdes porque no hay una orientación técnica de cómo se maneja la salud sexual y reproductiva en los hombres. O sea, estoy hablando que se maneja solo de la mujer, ni siquiera estamos hablando de los trans, ni lesbianas, gays, nada” (matrona, sur). Desde un ARO, también en el sur, se comparte la visión de las carencias que aún tiene el sistema para atender las necesidades en salud sexual y reproductiva de la diversidad de las personas. Una ginecobstetra de la zona sur califica de pobre y escasa la salud reproductiva por el insuficiente número de profesionales en la región, que necesariamente tienen que abocarse a la atención reproductiva, “la atención del parto, como las necesidades básicas por decirlo de alguna forma, ... las horas disponibles se enfocan a atención del parto, control prenatal, complicaciones maternas obstétricas, que en el fondo es como lo más agudo que uno ve en el día a día. ... todavía no tenemos un policlínico con respecto a diversidad sexual que en

otros hospitales ya está instaurado, en muchos hospitales de Santiago, o de regiones ya está instaurado policlínicos para las distintas necesidades para la población LGTB”.

Existe conciencia sobre el incremento de las infecciones de transmisión sexual y el VIH, y las dificultades en lidiar con estos problemas. En el sur una matrona afirma que las ITS -como la sífilis y la gonorrea- desde el año 2013 hasta ahora han tenido un incremento gigante,<sup>15</sup> y advierte que “estamos en algún grado previniendo embarazos adolescentes, pero no estamos previniendo conductas de riesgos que generan un deterioro a la salud, para el resto de la vida. Son indicadores que están hablando que hay cambios en la conducta sexual y los cuales no están siendo abordados”. En el centro del país se hace notar la insuficiente capacitación y personal profesional, así como la escasez de recursos para atender, por ejemplo, las necesidades de salud de las personas portadoras de VIH.<sup>16</sup> En el norte, una de las regiones tuvo un alto índice de embarazo adolescente y aumento del VIH por lo que se ha visto en la necesidad de implementar programas de prevención en esta etapa, pero “falta entregar información a la comunidad, no se manejan estadísticas sobre problemas de salud reproductiva, se desconocen patologías”.

Un problema común es la escasa disponibilidad de horas, lo que hace que la atención para algunas prestaciones o exámenes pueda demorar hasta dos meses. Sin embargo, en palabras del personal entrevistado a nivel primario, esta situación no afectaría a quienes ya están en control pues al momento de la atención se deja reservada la fecha y hora del siguiente. Para responder a las urgencias en salud sexual y reproductiva -como la entrega de anticoncepción de emergencia (PAE), VIH, “las clínicas de lactancia”, inicio de anticoncepción, entre las situaciones mencionadas- los equipos han recurrido a organizar el horario y separar o “bloquear” horas, de manera de tener disponibilidad de atención.

Se reconocen, sin embargo, dificultades para las horas de especialidad o exámenes dependientes de los hospitales regionales. Afirma una matrona que “con la cantidad de ginecólogos que tenemos ahora, damos abasto de manera más o menos expedita a los requerimientos, porque nosotros atendemos derivaciones de la atención primaria de distintas comunas ...nuestra subred es bastante amplia, y damos respuesta en promedio dos a tres meses, cuando hay solicitudes de evaluación, o de resolución quirúrgica a veces, en general lo que más tiempo de demora son las ecografías. Tanto embarazadas, como pacientes ginecológicas, entran en la misma lista de espera, y si tiene un tiempo de demora un poco mayor”. Esta realidad afecta a las usuarias de la ley IVE que requieren de este procedimiento.

---

<sup>15</sup> Las Infecciones de Transmisión Sexual (ITS) también han sufrido un aumento progresivo de ingresos en el sistema público de 9.431 casos el año 2012 a 23.248 casos al año 2017, donde la principal enfermedad es condilomas (48% el año 2017), seguido por sífilis (17%) y gonorrea (9%). Del total de casos al año 2017, el 60% corresponde a personas entre 15 y 29 años, seguido de un 16% de adolescentes, con mayor prevalencia en hombres (MINSAL, 2018). Según distribución geográfica las regiones de Arica a Antofagasta, Metropolitana, Valparaíso, Los Lagos y Aisén, presentan los mayores riesgos (Departamento de Epidemiología, 2016).

<sup>16</sup> Chile actualmente vive una crisis de contagio de VIH/SIDA, a raíz de un aumento sistemático del número de exámenes confirmados desde el año 2010 en más de un 90% para el año 2017, proyectándose entre 70.000 a 100.000 personas estimadas viviendo con VIH, aunque solo hay 46.924 personas confirmadas al año 2017 (MINSAL, 2018). Según ONUSida (2019), esta situación ubica a Chile entre los 10 países con más aumento de contagio hoy en día, con un aumento del 34% de las muertes por este virus.

Aparece también en las entrevistas el problema de la violencia obstétrica. Una matrona de la zona sur señala, “y en general, todavía existe mucha violencia obstétrica en relación con algunos hospitales, la poca empatía, ... muchas veces pacientes que dicen que se quieren esterilizar, a los 25 años porque ya tienen 3 hijos, uno hace la interconsulta y los ginecólogos no la llaman, o no la quieren esterilizar porque todavía no tiene la edad cumplida...”.

En materia de prevención y promoción de la salud sexual y reproductiva, una opinión significativamente compartida por el personal entrevistado es que la ausencia de educación sexual y reproductiva constituye un problema. Una matrona en la norte señala, “Creo que estamos estancados hace como veinte años, en temas educativos y en temas como de actualización de conocimiento. Creo que la salud sexual y reproductiva de Chile está muy atrasada, respecto a conceptos, conceptualización, a formas educativas que tenemos muy arraigada [...] Por lo mismo también el enfoque clínico tiene todos esos sesgos, que no está actualizado, es súper machista, es súper sesgado”. Respecto al embarazo adolescente, por ejemplo, se indica que la prevalencia no se debe a la falta de anticonceptivo, pues hay mayor oferta y acceso, sino a la falta de educación sexual. El director de un hospital también en el norte reconoce que “ahí está el Estado un poco al debe en salud, más educación y acercarnos más a la población para ver estos temas ... no es solo entregar mecanismos anticonceptivos sino también educar a la gente sobre la sexualidad y sobre la reproducción”. Otra matrona en la misma zona advierte la falta de educación sexual y conocimientos por parte de las usuarias y de la comunidad en general, e insiste en que “la salud sexual y reproductiva tiene que estar en todos los colegios porque si no es difícil explicarle un concepto cuando las cosas ya están pasando”.

Desde la voz de las usuarias, sus respuestas a las preguntas sobre calidad de atención, trato respetuoso, privacidad y resolución de dudas de la encuesta aplicada muestran mayoritariamente evaluaciones positivas. Al consultar respecto de ámbitos específicos en salud sexual y reproductiva -calidad de atención y resolución de dudas en los controles del embarazo y la privacidad en la atención- la satisfacción de las usuarias sigue siendo positiva, aunque en rangos menores, y es deficitaria respecto de la información sobre los métodos anticonceptivos. La mayor disponibilidad de métodos pareciera no ir acompañada de información suficiente. Por su parte, en los grupos focales, aparece en la voz de algunas participantes las dificultades de acceso que tienen los y las adolescentes a métodos anticonceptivos y en general a información de salud sexual.

A partir de la observación realizada, en general las organizaciones no tienen una buena evaluación de la atención en salud sexual y reproductiva que reciben las mujeres en los territorios, aun cuando se reconocen avances en lugares específicos como es el caso de Desnudando en Aysén que evalúa más información y respeto a la decisión de las mujeres de la que se producía con anterioridad. Desde otra mirada, Qispiy Wayra en Antofagasta advierte que “las mujeres responden que están conformes con la atención e información entregada en los centros de atención primaria, sin embargo, al preguntarles por la información que han recibido sobre anticoncepción, responden que es nula o muy poca. Las usuarias tienen la falsa sensación de que es amplio el conocimiento que poseen en torno a salud sexual y reproductiva”.

Por su parte, en La Araucanía, el Observatorio de Equidad en Salud según Género y Pueblo Mapuche constató que deberán “poner sobre la mesa la necesidad de promover una salud intercultural en los centros de salud primarios, secundarios y terciarios”; refieren la escasa existencia de facilitadores interculturales en los centros de salud, y como “el enfoque biomédico ha nublado las formas ancestrales en cuanto a los cuidados de los partos y los remedios para aborto, entre otros.” En Atacama, Resueltas del Valle detecta como una necesidad fundamental difundir información sobre una sexualidad integral, “educar sobre sexualidad(es), fomentar la conversación directa, sencilla y amena en el que se resuelvan dudas e interrogantes sobre ciclos sexuales, identidad sexual, formas de anticoncepción, Método Anticonceptivo de Emergencia (MAE) o Yuzpe, aborto seguro, placer, entre otros”. En el Biobío, la Marcha de Mujeres también advierte la necesidad de poner la salud sexual y reproductiva en conversación con las mujeres y la comunidad.

### 3. Información recolectada en el monitoreo

En esta sección se presenta la información que el monitoreo arroja respecto de la implementación de la ley en los establecimientos de salud que formaron parte de la observación en los siete territorios. En primer lugar, se da cuenta de las percepciones sobre el aborto y las tres causales que se expresan en las entrevistas. Luego se describe la ruta que siguen las mujeres que se enfrentan a alguna de las causales en atención primaria y en ARO.

#### 3.1 El aborto y las tres causales: entre mitos y derechos de la usuaria

En las entrevistas y grupos focales se hace referencia a casos de aborto, dentro y fuera de las tres causales. Del personal de salud, son principalmente matronas las que relatan lo que han conocido en experiencia de atención; en el sur, por ejemplo, una de ellas dice que en sus años de trabajo ha visto niñas con sangrado, con signos evidentes de haber estado embarazadas, y mujeres muertas por abortos. También se hace referencia a casos recientes de mujeres embarazadas que “entienden que la ley que es la interrupción voluntaria del embarazo rige como casi ley de aborto ... te preguntan qué hacer porque no quieren tener un embarazo y desde mi parte no puedo responder satisfactoriamente porque la ley es sólo en tres causales, entonces hay una demanda que no está satisfecha y me toca de repente recibir a mujeres de todas las edades que no están dispuestas o no quieren estar embarazadas” (matrona, zona central).

En todos los territorios, el personal de salud consultado hace referencia a casos IVE, ya sea que los han atendido directamente o los conocen por colegas del entorno del servicio. A la pregunta sobre el perfil de las mujeres con embarazos en el contexto de la ley, las respuestas en general hacen diferencia entre quienes están en la primera y segunda causal, y aquellas que enfrentan un embarazo por violación, aunque se agrega que “a cualquiera le puede pasar”. En riesgo vital e inviabilidad fetal se habla de mujeres adultas, con embarazos deseados; cuando se relatan casos en tercera causal, generalmente las afectadas son niñas y adolescentes. En experiencia de un ginecobstetra, “son más bien adultas, son mujeres que tienen un hijo al menos, son mujeres que tienen generalmente alguna relación de pareja. Depende mucho de la causal, las dos primeras que tienen más indicación médica en el fondo es porque la mayoría tiene hijos y no los quiere dejar botados ni correr riesgos, entendiendo que tienen un embarazo inviable o muy complicado. En el caso de violación la mayoría son adolescentes, relaciones incestuosas, hay un tema de incesto y ruralidad que está muy fuerte y también mujeres migrantes que tienen muy pocas redes de apoyo con alta explotación social. He visto mujeres que están en situación de migración y como no tienen regularizado su tema migratorio no han accedido a anticoncepción de emergencia, después con respecto de hacer la denuncia no quieren denunciar porque carabineros las va a molestar ...”.

Dado que las entrevistas se centraron en el personal que actúa directa o muy cercanamente en la implementación de la ley, no es extraño que los y las profesionales expresan su conformidad con la voluntad de decidir de las mujeres en las tres causales. La ley IVE es clara: lo que se haga o deje de hacer en esas cir-

cunstances es por su voluntad. En varias entrevistas se afirma que esta disposición cambia el paradigma sobre el cual se ha asentado el modelo de atención, y por ello las complejidades en la implementación de la IVE porque “el poder entender la salud sexual de la mujer de una manera distinta, porque promover esta ley viene a mover muchos paradigmas, viene a mover muchos valores, entonces hay personas que llevan años, de años, de años, haciendo las cosas y les vienen a plantear esta nueva forma”, señala la integrante de una dupla. Una matrona en el sur afirma que “se da el espacio para que la mujer decida pero siempre va a haber un juicio por detrás, y eso siento yo que es lo que hay que cambiar. Pero para eso hay que partir desde los adolescentes y desde la información de salud sexual y reproductiva que abarca todo este tema y no solo el tema del aborto”.

En el monitoreo se devela que la percepción sobre si se respeta o no la decisión de la usuaria varía en todo el rango desde “nunca” hasta “siempre”. Esto muestra que este fundamento de la ley IVE no se está asegurando. Las explicaciones dadas a la negación o la poca ocurrencia son:

- Ni en estas ni en otras prestaciones se toma en cuenta su voluntad; existe violencia obstétrica, tal como se refirió anteriormente en este informe.
- Resistencia a que la decisión sea de la mujer. Agudamente una matrona ejemplifica: “si todos estamos en pro de la mujer, de sus cuidados, de que ella tome la decisión del autocuidado, de empoderar el tema de la salud ... ¿Porque podemos empoderar a la mujer en ciertas cosas sí, y en ciertas cosas no?”.
- Falta de información de las mujeres sobre sus derechos: “creo que la mayoría de la población no está muy en conocimiento de sus derechos, la mayoría de las mujeres que tú les preguntas si saben de qué trata la ley de interrupción del embarazo dicen que no saben, ...”.

En sentido contrario, en otros establecimientos la percepción es que la voluntad de la mujer “ha sido bastante respetada, fue fácil hacer concientizar al personal de que estas pacientes tenían que ser acogidas, que no tenían que ser cuestionadas y que era la voluntad de ellas las que íbamos a establecer”. Sin embargo, hay servicios, agrega el mismo médico, donde “ha sido bastante más complejo porque todavía hay mucho médico que tiene una mentalidad un poco cerrada y que tiene que humanizarse un poco más con respecto al trato a las mujeres”.

En las percepciones del personal de salud también se constata que se mantiene la sempiterna preconcepción de que debiera existir un deseo de maternidad en todas las mujeres. A modo de graficar el punto, el relato de una matrona: “cuando ha tocado alguna paciente que ha querido, en un primer momento, ha pensado no tener el embarazo, pero ya cuando vienen al segundo control, totalmente aceptado, o que vienen al ingreso y dicen que fue un embarazo no planificado, que tuvieron intenciones, pero en general no ... y en violaciones tampoco he visto e incompatibilidad materno fetal tampoco”.

Es alarmante comprobar la persistencia de la sospecha sobre la palabra de las mujeres cuando se trata de violación. Una integrante de una dupla afirma que existe desinformación, desconfianza y juicios hacia las mujeres; indica que en su trabajo de capacitación a los equipos se hacen afirmaciones del tipo “Cómo la va a violar si era su marido” o “¿Era virgen? No, no era virgen, a que bueno, entonces no fue tan traumante”. Falta mucha información y capacitación, y “también interés por parte de los profesionales en el tema”, plantea la profesional.

Y así como está presente el descrédito y la sospecha sobre las mujeres, también hay profesionales que manifiestan su compromiso con sus derechos como usuarias. A continuación algunos ejemplos respecto a su decisión y el otro de acceso a la atención: “yo siento que voy a apoyar al 100% a la usuaria, porque al final ella es la que tiene que decidir, es su cuerpo, yo no puedo, yo puedo orientar no más, yo puedo aconsejar, tal vez, no tratar de que no lo haga, sino que de estar segura, si lo has pensado bien, has pensado en otras opciones”; “ya hay que respetar la decisión de la mujer ... estamos en una década en donde ya los derechos se han alzado por así decirlo, y se han hecho respetar bastante, entonces no respetar la opinión de alguien es como pasarla a llevar hoy en día ...”. Desde una perspectiva más funcionaria, en el norte una profesional afirma “... somos funcionarios públicos y estamos obligados a dar cumplimiento a la ley, porque la ley es la ley ...hay que dar cumplimiento porque en definitiva la decisión es de la usuaria ...estamos obligados por ley a darle las facilidades a la usuaria para que pueda ella ejercer ese derecho que le entrega la ley”.

El apoyo también se expresa en prácticas que permiten ampliar el acceso a prestaciones previamente no consideradas: “Lo que pasa es que nuestro jefe nos decía “un aborto espontáneo, por qué lo voy a meter en la ley, si ahí la mujer no tiene nada que decidir”. ... pero si no lo incluimos, la restábamos del acompañamiento psicosocial, la mujer no podía acceder al acompañamiento, pero eso lo subsanamos cuando decidimos hacernos cargo de todo lo que era pérdida reproductiva”.

Consultadas sobre las razones que explican el reducido número de casos atendidos en los establecimientos, las personas entrevistadas refieren, entre otros factores, el temor y la vergüenza de las mujeres y el estigma asociado al aborto: “yo creo que tiene que ver con el tema del temor a lo mejor, de lo que van a decir, de lo que van a comentar de sus deseos de voluntad, de lo que piense uno como profesional...”; “creo que no lo asumen porque en general por el tema del temor a lo que dirá el resto, al que dirán el resto, al que dirán la familia, el que dirá el marido, la abuela, la mamá. Porque yo creo que eso influye mucho en nuestra cultura acá en Chile, el tema del que dirán, y mucho de eso también pasa porque la mujer no se ha empodera de su salud digamos, en todo sentido”.

### **3.2 La ruta de las mujeres con embarazos en las causales**

En este apartado se describe lo que sucede en la atención primaria de salud y en los niveles de atención de complejidad a partir de la información que aportan las entrevistas a los y las profesionales de la salud en los territorios y los grupos focales. A efectos de una mejor comprensión de las funciones y las prestaciones que otorga cada nivel de atención en la IVE, se explican primero los flujos y puertas de entrada a la atención

en la red asistencial para las niñas, adolescentes, mujeres adultas y cuerpos gestantes que enfrentan un embarazo en alguna de las causales.<sup>17</sup> Con estos elementos en mente, a continuación se abordan la APS y los ARO.

### **a. Atención en la red asistencial**

Los establecimientos de salud son responsables de una adecuada implementación de la Ley IVE, asegurando la entrega de las prestaciones a las usuarias de acuerdo con los roles, funciones, tiempos y formas que determina la norma técnica de acompañamiento y atención a la mujer que se encuentra en alguna de las tres causales. El modelo de atención integral que define la norma técnica aborda los diversos componentes de la organización de las prestaciones mandatadas por la ley que incluyen los distintos niveles de atención en salud.

Estos niveles de atención son la atención general ambulatoria o atención primaria (APS), el segundo nivel de atención o nivel de especialidad y el tercer nivel de atención o de mayor complejidad.<sup>18</sup> La interrupción del embarazo propiamente tal se realiza en los policlínicos de Alto Riesgo Obstétrico (ARO), nivel de especialidad obstétrica o urgencia gineco obstétrica. Es decir, en el segundo y tercer nivel de atención. El modelo incorpora además la plataforma telefónica “Salud responde”, que funciona 24 horas al día para atender la necesidad de información de la población en materias asociadas a la salud, entre estas, la orientación e información respecto de la ley.

Para llegar al ARO son distintas las entradas a la red asistencial. Generalmente, la primera y segunda causal se detectan en los controles prenatales en la APS y se derivan al mayor nivel de complejidad que corresponde; también es posible que un embarazo en riesgo vital se presente en un servicio de urgencia periférico (SAR, SAPU, posta rural u otros) u hospital general.<sup>19</sup> Por su parte, la detección y derivación de un embarazo por violación puede producirse en la APS, llegar por atención de urgencia o directamente al hospital derivado desde tribunales.

Una vez detectado el caso, la APS debe derivar dentro de 24 horas a los Policlínicos ARO, al nivel de especialidad obstétrica o a las urgencias gineco obstétricas. El equipo de la atención primaria debe entregar a la mujer contención en primera acogida, información sobre la ley y los pasos que van a seguir, o sus alternativas. La norma también indica dar atención a los aspectos psicológicos si es solicitada por la mujer o en caso de contrarreferencia.<sup>20</sup>

---

17 Para esta sección nos basamos fundamentalmente en la información contenida en la Norma Técnica Nacional Acompañamiento y Atención Integral a la Mujer que se Encuentra en Alguna de las Tres Causales que Regula La Ley 21.030, Ministerio De Salud, Subsecretaría De Salud Pública (Norma Técnica).

18 Norma Técnica, pp. 15-22.

19 Servicios de atención primaria de Urgencia (SAPU), Servicios de Urgencia Rural (SUR) y Servicio de Urgencia de Alta Resolutividad (SAR). Ver anexo organigrama salud.

20 En el sector público forman parte del nivel primario: los Centros de atención primaria (CESFAM y CECOSF), SAPU, Servicios de Urgencia Rural (SUR) y SAR.

En el nivel secundario se hace la evaluación, confirmación diagnóstica y constitución de la causal. Es aquí donde la mujer recibe la información integral que le permita tomar una decisión. Los establecimientos de este nivel de complejidad hacen la interrupción, son referencia dentro de la red asistencial y realizan acompañamiento. Son del nivel secundario los Centros de Referencia de Salud (CRS), Centros de Diagnóstico y Tratamiento (CDT) y Consultorios Adosados de Especialidades (CAE) integrados o anexos a hospitales. En estos establecimientos se encuentran los Policlínicos de Alto Riesgo Obstétrico.

El tercer nivel de complejidad es donde se derivan los casos de mayor requerimiento clínico. Aquí también se hace evaluación, diagnóstico, constitución de causal - generalmente primera y segunda causal - e interrupción. La mujer debe recibir información integral que le permita decidir y también información sobre el acompañamiento. De acuerdo con la norma técnica, “en el tercer nivel de atención se encuentran los hospitales o clínicas de mediana y alta complejidad y la atención de especialidad, ya sea en las urgencias o en la atención cerrada, hospitalización con distintos niveles de complejidad”<sup>21</sup>.

Respecto al personal de salud asociado al proceso, en APS es el mismo personal del establecimiento: equipos biopsicosociales constituidos por médicos/as y matron/as, psicólogos/as y trabajador/a social. En el segundo y tercer nivel de atención el personal de salud debe ser especializado: matron/a con experiencia en alto riesgo obstétrico, gineco obstetra con experiencia en alto riesgo y capacitado en técnicas de interrupción. Asimismo, incorporar profesionales de salud mental y del área social para abordar integralmente el diagnóstico y acompañamiento. Estas son las llamadas duplas o equipos psicosociales (psicólogo/a, psiquiatra y trabajador/a social).

La ley contempla acompañamiento voluntario para la mujer que se encuentre en alguna causal, que está a cargo de esas duplas o equipo psicosocial. 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.<sup>22</sup>

## **b. APS, entrada y derivación sin protocolos y con poca información**

La APS constituye una de las principales puertas de entrada de las mujeres a la atención en las causales de la ley IVE. De acuerdo con las entrevistas, en general el proceso descansa en las matronas que están a cargo de la implementación de la ley. La derivación desde APS es muy rápida; las matronas se comunican entre ellas de forma efectiva. Una de ellas en la zona central dice “mandamos a todas las gestantes que tenemos que derivar al alto riesgo por algún motivo, pero en este caso tenemos el teléfono y nos comunica-

---

21 Norma Técnica, p. 19

22 Ibid., pp. 9-16.

mos directamente con la colega encargada del alto riesgo, entonces ellas nos indican si van en ese mismo momento o si entran por la urgencia, o si las derivan o las citan para otro día”.

Se expresa en las entrevistas el rol fundamental de la APS en la contención e información a las mujeres que pudieran estar en las causales, para “facilitar el caso de más o menos aclarar y tranquilizar a la paciente porque el primer lugar en donde llega muchas veces es acá con nosotras. Porque tienen más cercanía también con nosotras, ... Entonces tienen más confianza, te pueden decir lo que ellas quieren, o si quieren ser parte de esta ley” (matrona, zona sur). Otra señala “la importancia de ser la primera aproximación que tiene la mujer en especial en mujeres de zonas rurales ya que ahí se pesquisa y se deriva a un hospital para ser atendida” (matrona, zona sur). Respecto a la información que se le entrega a la mujer una matrona APS de la zona central dice que “uno les explica que el problema de ella está dentro de las tres causales, que hay una opción, y que nosotros como atención primaria nuestra labor más que tratar, es derivar. Nosotras las acompañamos en todo el proceso porque las derivamos, y ellas debiesen volver para una contrarreferencia. Entonces eso es lo que nosotros les explicamos”.

No obstante, esta realidad es disímil en todos los territorios. 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. 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 y “pudiera servir hartito”.

El deber de informar de manera adecuada a las mujeres también se ve afectado por la escasísima capacitación del personal de APS, distinto a las matronas directamente involucradas y tal vez algunas profesionales del área psicosocial. En la zona norte, en uno de los CESFAM<sup>23</sup> “solo se realizaron charlas informativas sobre la ley y los procedimientos que realizarán el equipo psicosocial del hospital y el médico que está a cargo de las interrupciones”. En el sur una matrona señala que el servicio de salud de su zona capacitó “a las cinco matronas de atención primaria, dos médicos y un TENS<sup>24</sup>, ... nos presentaron el protocolo de la ley IVE, cómo se iba a manejar, y esa capacitación fue todo un día. Solamente teoría, la presentación del protocolo y de la dupla psicosocial”.

Las acciones mayormente referidas son charlas que realizan las matronas y duplas psicosociales de los hospitales encargadas: “vino la encargada de matronas del hospital a hacer una especie de charla, pero fuimos pocos los profesionales que fuimos, porque estaba convocado el jefe de programa, la asistente social la psicóloga, vino la encargada y a dupla psicosocial del hospital, y yo fui de hecho porque no tenía pacientes, porque tampoco estaba convocada a la reunión la verdad”. En otros casos, el mismo personal de APS organiza instancias de autoformación, como dice una matrona APS de la zona central, “como personal no hemos tenido una capacitación ni tampoco una entrega de información formal como en un foro, no

---

<sup>23</sup> La sigla CESFAM corresponde a los centros de salud familiar que forman parte de la APS.

<sup>24</sup> Técnico de enfermería de nivel superior.

hemos tenido. La información que yo tengo es la misma información que yo autodidactamente uno busca, pensando en que podía llegar algo y para poder hablar con algún fundamento, pero una capacitación que haya tenido formal no la he tenido”.

El desconocimiento de la ley IVE y mal informar a las mujeres puede repercutir en que encuentren obstáculos y trabas para acceder a la interrupción voluntaria del embarazo; así lo expresa una matrona: “El capacitar a la gente, porque nosotros, nuestra puerta de entrada son los técnicos de enfermería, los TENS 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. Y hay algunos que tienen hartos sesgos personales en las decisiones”. También pueden provocar o reproducir reticencias del tipo “¡ah!, pero no me voy a ver involucrado en nada judicial”, que son resultado de la falta de información, como relata la integrante de una dupla psicosocial. Agrega que “nosotros estamos pidiendo que deriven como a la vez estamos pidiendo que contengan a la paciente que estamos devolviendo, en el fondo, como que todavía siento que falta más como información y fiato”.

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 o, existiendo, la no implementación de estos. En el norte, directores de centros APS reconocen no contar con información protocolizada sobre cómo actuar en los casos descritos en la ley IVE. En el sur una matrona señala que si llega un caso se debe derivar a un policlínico de urgencia, pero reconoce que, aparte de eso, no hay protocolo ni hay un acuerdo de cómo operar. Por eso sugiere, “sería importante a lo mejor a nivel de nosotras como matronas y a nivel comunal ponernos de acuerdo, hacer como un protocolo de atención, que es lo que se va a hacer, pero como te digo, no hemos tenido ningún caso”. Otra matrona de la zona sur afirma que “nosotros lo único que hacemos es derivar al hospital [...] En estricto rigor, en teoría, hay un protocolo para eso. Un flujograma, pero la verdad es que todavía no lo tenemos implementado. [...] Lo que está establecido es que en caso de que se presente una de esas cosas se le debe notificar inmediatamente a la matrona que esté en la puerta y se deriva al hospital correspondiente.” En las zonas donde no se habían detectado casos al momento del monitoreo, no es posible evaluar si estos procedimientos funcionan como es esperado. Directivos de APS y matronas de un territorio en la zona norte, por ejemplo, ante la pregunta de cómo se articula la implementación de la ley en el centro APS señalan: “la verdad todavía no articulamos nada, estamos recién en proceso, esperando que den la orden del nivel secundario porque como no hemos tenido ningún caso tampoco se ha articulado nada, no hay protocolo, no hay nada así como físicamente”.

En los sectores donde se han atendido casos se reporta rapidez en la derivación desde APS al siguiente nivel de complejidad. En algunas oportunidades la celeridad está relacionada con la intención de cumplir con la ley de la mejor forma posible. Incluso aparece la preocupación de que las mujeres, al ser derivadas, se encuentren con trabas: “aquí uno cumple con informar, y con abrirles las redes y facilitarles los accesos cierto, en donde se tengan que dirigir, pero es allá [atención secundaria y terciaria] en donde a lo mejor se podrán topar con que, no sé, en el turno que llegaron el médico, el ginecólogo, el anestesista, todos los que van a participar en el procedimiento pudieran interferir”.

Se observa en algunas entrevistadas una fuerte concepción de la importancia, como funcionarias públicas, de cumplir con sus deberes y de este modo facilitar que las mujeres sean atendidas conforme a la ley. Una matrona CESFAM zona sur señala, “Yo respeto los pensamientos digamos, pero encuentro inaudito que una ley que está determinada por el Estado, y que nosotros somos funcionarios públicos, trabajando bajo ese Estado tengamos la capacidad de decidir si soy objetor o no. O sea para mí, no corresponde porque si soy funcionaria de Estado tengo que acatar la ley, independiente de lo que yo piense”.

Sin embargo, en las entrevistas también se relatan situaciones en que lo que se ha buscado es evitar relacionarse con la IVE, al punto de no informar a la mujer involucrada sobre su condición. Una matrona relata un episodio con una mujer que se encontraba en la segunda causal, “personalmente me tocó un embarazo con una malformación fetal incompatible con la vida, pero sucede que aquí nosotros todo lo derivamos al médico, y el médico no fue capaz de decirle a la paciente y tampoco yo puedo hacerlo, no podía como pasarlo a llevar, yo se lo sugerí y le dije doctor esta paciente es candidata pero me dijo nosotros no nos metamos en esto, la voy a derivar al poli ARO”. También la ausencia de casos es preocupante, particularmente de embarazos resultado de violencia sexual en territorios aislados y de poca población, o donde se conoce que el incesto, por ejemplo, está naturalizado. Aysén y la provincia de Huasco son ejemplo de ello. Aquí hay completo desconocimiento de la ley, y eso tiene consecuencias especialmente para las niñas y las adolescentes.

En las entrevistas a las/os profesionales se consultó sobre 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: “No podemos objetar conciencia porque somos APS. Y eso lo tenemos súper claro”; “Yo no me puedo negar a hacer la derivación porque no estoy de acuerdo, por ejemplo, no se puede hay que brindar la atención de todas formas”. Distintas entrevistadas señalan que las opiniones no pueden obstaculizar que las mujeres accedan a la información y sean debidamente derivadas; “yo creo que cuando uno hace el juramento, ya sea matrona, médico, enfermera, nutricionista, técnico paramédico, primero uno es, acá en el box, allá en el hospital, primero el profesional, es el profesional, tú te vas a tu casa y te vuelven tus valores, ... tengo que actuar al caso de lo que está generando la ley propiamente tal y lo que me está facultando, no negarse y, yo estoy faltando a mi profesión, porque si el usuario lo está solicitando, no soy quien para decirle que no” (matrona).

En las entrevistas también 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: En el sur, en un caso se muestra el problema de falta de información a una mujer cuyo primer diagnóstico de inviabilidad fue a las 18 semanas, no recibió información sobre la ley y finalmente se le ofreció la interrupción para la semana 26 de gestación. Al pedir aclaración por no haber sido correctamente informada la paciente, la respuesta de la funcionaria responsable en la atención primaria fue que “Los profesionales de salud nunca ofrecerán la aplicación de la ley de interrupción del embarazo”<sup>25</sup>.

---

25 La organización que monitoreó en este territorio tuvo acceso al mail de respuesta de la funcionaria. El subrayado es de ella.

La revisión da cuenta de carencias importantes en la APS en distintos aspectos que comprenden falta de información a las mujeres y deficiencias importantes en la capacitación del personal. En los establecimientos observados en el monitoreo pareciera que la IVE es responsabilidad de la matrona a cargo de la ley y que el resto del equipo de APS poco tiene que ver con esa atención; la derivación expedita es donde se pone el esfuerzo del establecimiento, nuevamente, a través de la matrona. Ellas también son las responsables de sensibilizar e informar sobre la ley al resto del personal y a la comunidad.

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 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 sencillamente quedan fuera de la ruta, o nunca la comienzan.

### **c. ARO, la ruta de la decisión entre debates médicos y carreras contra el tiempo**

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.

Según señala un ginecólogo de un ARO, “la información que le damos nosotros primero es del estado de salud y del embarazo, del tiempo de embarazo. Segundo, dependiendo de la causal el pronóstico que tiene, salvo la tercera porque no es necesario, les decimos que ella cumple criterios para la ley de interrupción del embarazo y que tiene derecho a decidir si continúa el embarazo o a interrumpirlo, y que tiene derecho a acompañamiento, eso es básicamente. Y si eventualmente, por ejemplo, está en una tercera causal... tenemos que decirle que tiene derecho a optar por la adopción”. Una matrona señala que en su hospital a las mujeres se les entrega formulario con la información sobre la ley: “Existen unos formularios, dependiendo de la causal y ahí está toda la información que sí o sí se tiene que entregar, por ejemplo, respecto a si hay que ir a pabellón, los consentimientos quirúrgicos, el tema de que si posterior debe usar métodos anticonceptivos, todo esto según la causal, formulario según causal”.

A continuación, se presenta la información que produce el monitoreo en torno a componentes centrales en ese proceso: capacidades instaladas -equipos capacitados y protocolos-, acreditación de las causales, objeción de conciencia, acompañamiento otorgado por la dupla o equipo psicosocial, y problemas con los medicamentos.

### ***c.1 Capacidades instaladas, capacitaciones y protocolos solo para los equipos IVE***

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. El contar con estas capacidades instaladas reporta en una mejor implementación. Así lo señala un ginecólogo de hospital ARO: “al menos creo que mi hospital ha tenido una muy buena implementación, pero es dependiente de que hay un equipo que está específicamente dedicado para eso, donde hay médicos y médicas que están formados, que están capacitados en interrupción segura del embarazo, por lo tanto, no sé si es la realidad de todos los centros, y también tenemos un equipo de salud mental muy bueno”.

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. “Por el Ministerio de Salud solamente ha recibido capacitación la matrona supervisora de ARO y una médica encargada digamos de la unidad”, afirma la integrante de una dupla. Se mencionan capacitaciones otorgadas por organizaciones de la sociedad civil y, más recientemente, un curso virtual: “... estamos recibiendo entre comillas una capacitación online que se abrió a través de MINSAL donde ahí sí se nos invitó a participar, pero la verdad es que es un curso a distancia que es muy básico”. Aparecen capacitaciones autogestionadas y chat de intercambio de información y aclaración de dudas.

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. Una matrona de un ARO en el sur señala, “si bien todos sabemos que tenemos que aprender los reglamentos y saber qué es lo que se va a hacer, ha habido capacitaciones, pero todavía es acotada al personal que trabaja directamente con el tema”; otra matrona ARO de la zona sur agrega, “Así de capacitaciones, en realidad es complicado hablar que haya una capacitación del personal completo, porque generalmente eso queda para personas que trabajan sólo en urgencia, y para los médicos de turno”. Como se verá más adelante, la ausencia de sensibilización al resto de los y las profesionales y técnicos/as tiene consecuencias en los diagnósticos necesarios para la primera y segunda causal y también en el trato que las mujeres recibirán, particularmente en la tercera causal.

Dentro de la construcción de capacidades no sólo es importante la capacitación respecto a la ley misma sino la existencia de procedimientos claros y expeditos e instrumentos que los faciliten. A diferencia de lo que sucede con la gran mayoría de los establecimientos de atención primaria incluidos en el monitoreo, en este nivel existirían protocolos de atención. “Nosotros armamos como un algoritmo o un protocolo de derivación interna pero no estoy tan seguro de que efectivamente esté tan conocido, existe, pero la verdad es que ellos saben que al final el equipo de salud sexual y reproductivo se hace cargo de todo ante la eventualidad”. Una matrona, en el sur, señala que la ley se aplica de acuerdo con el reglamento pero que este es muy básico, “Se implementa tal cual está en el reglamento, ni cosas más, ni cosas menos. Tomando en

cuenta, también, que el reglamento está muy, como decirlo, muy rudimentario. Recién saliendo a implementarse entonces tiene hartos vacíos que han tenido soluciones más bien caseras”.

Al igual que en la atención primaria, pareciera que la información sobre la ley IVE que se entrega a las mujeres que llegan al nivel secundario de complejidad no está protocolizada. La integrante de una dupla indica que “hay un protocolo que todavía no está aprobado, que está en proceso ... la información que se le entregue no está protocolizada, se ha ceñido solamente al tema de la norma, por ejemplo, lo que tienen que estar escrito en la ficha clínica y ese tipo de cosas”. En otra dupla se afirma que “en el área médica se le dice que existe esta ley, según lo que nosotras hemos visto que no hemos estado en todas las ocasiones, que existe esta ley, que se puede acoger a ella y que existe un programa de acompañamiento. La información es súper breve. No se le entrega, a mi parecer, toda la información que se pudiese dar, después nosotras damos como un pequeño díptico donde sale un poco más de información de qué es la ley, lo que dice, nuestras prestaciones, nuestros nombres, nuestras acciones y si es que ella quiere agregar algo a eso”.

### ***c.2 Atención y acreditación de las causales, poco peso de la voz de las mujeres***

En situaciones de riesgo vital y de inviabilidad fetal letal, la acreditación depende de diagnósticos médicos especializados. Un gineco obstetra del centro del país señala que “nosotros en la semana nos hacemos cargo de primeras causales en general, la evalúa el turno o nosotros mismos. En la segunda causal hay un equipo que se llama medicina fetal que evalúa la concurrencia de la segunda causal, o sea si hay un feto con una malformación y ellos en conjunto con salud mental hacen la consejería y cuando la mujer decide interrumpir el embarazo se avisa a mi unidad para que nosotros nos hagamos cargo del proceso de interrupción básicamente”. 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; en la tercera, la dupla psicosocial es fundamental. Una trabajadora social relata la primera vez que se enfrentó a la tercera causal, “como equipo psicosocial tenemos mucha mayor presencia en cuanto recogemos relatos, en cuanto acompañamos desde el día digamos 1 a la usuaria y realizamos el seguimiento posterior, sobre todo ahí la labor del equipo psicosocial es súper importante”.

La información que entregan las entrevistas muestra la complejidad de situaciones que se pueden presentar relacionadas con los diagnósticos y opiniones médicas, en la primera y segunda causales, o la ponderación de la palabra de las mujeres y el cumplimiento de los plazos en la IVE cuando se trata de violación. Los y las profesionales hacen referencia a casos concretos, en todas las causales, que dan cuenta de resoluciones efectivas y respetuosas de la voluntad de las mujeres, y otras donde las prácticas muestran mal trato y afectación de la salud física y mental de las usuarias.

Se revisa a continuación la información que resulta del monitoreo en la atención y acreditación de cada una de las causales.

### **Primera causal, riesgo vital inminente y no inminente, el poder médico**

El relato de un ginecólogo ARO de la zona central es claro en el procedimiento utilizado para la acreditación de la primera causal, haciendo diferencia entre riesgo inminente del que no lo es: “en el primero, tiene que haber dos médicos que acrediten. Generalmente cuando hay un riesgo vital inminente son los médicos de turno, no hay un mayor problema. Cuando es no inminente, nosotros le pedimos ayuda a un especialista colaborador, por ejemplo, una mujer con insuficiencia renal nosotros hacemos el tema, pero le pedimos la colaboración a un internista o a un nefrólogo...”. Por su parte, una matrona de ARO, en el sur, señala que “todo está protocolizado. Siempre que hay un nuevo caso, que nos queda la duda, de si está incorporado o no, o si debiese estar incorporado, se hace una reunión clínica, se conversa en los cursos de acción, no sé si lo harán en otros hospitales, pero en el que yo trabajo si se hacen, y vamos viendo qué es lo que se puede mejorar y que no”. Mientras que en el norte, su par da cuenta de un proceso similar: “Lo primero que se hizo fue que se llegó a un consenso entre el jefe de servicio y todo el equipo médico de cuáles eran las reales patologías que íbamos a interrumpir como primera causal. ...Antes de que se haga la actualización de la primera causal, que es la que se llevó a cabo la semana pasada en la jornada de actualización del IVE, ya nosotros habíamos establecido que eran reales patologías que afectarían a la mamá, las que implicarían una interrupción, como cardiopatías, patologías renales, como patologías terminales y esas son las pacientes que se acogen a la primera causal”.

En riesgo no 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. 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 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...”.

Pareciera no ser una situación excepcional pues en otro territorio del monitoreo un ginecobstetra afirma que, “en riesgo no inminente ahí hemos tenido algunas discordancias porque la verdad que el equipo nuestro entiende que en el riesgo no inminente el que tiene que clasificar el riesgo es la mujer y no necesariamente los médicos y ese problema hemos tenido con los otros estamentos médicos, porque ellos consideran que quien define el riesgo son ellos”. En otro caso, hubo cuestionamiento de neonatología a la interrupción por las posibilidades de sobrevivencia del feto, a pesar de la opinión de los ginecobstetras y de la voluntad de la mujer: “cuestionar que el feto puede vivir cuando en verdad todos los gines, los dos gines que se necesitan,

opinan que se debe hacer la interrupción y aparece neo y cuestiona y al final la consecuencia es de ella [la mujer] porque el feto muere”, relata la integrante de una dupla en la entrevista. 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.

Otra dificultad identificada a través del levantamiento de información es que habría la práctica de no constituir la causal y pasar el caso por urgencia ginecológica. Así se ilustra en el relato de una dupla psicosocial: la psicóloga estima que puede haber “una resistencia a constituirla como causal y todo el entre comillas cacho que viene de constituir una causal y tratar de hacerla entonces fuera de ella, ponerla solamente como una urgencia ginecológica”, a lo que la trabajadora social agrega, “hacer el procedimiento como se ha hecho siempre pero sin hacer el procedimiento de que se levante o se constituya una primera causal”. Este camino hace inviable el derecho a decisión de la afectada y, además, la priva de prestaciones a las que por ley tiene derecho, como el acompañamiento”.

### **Segunda causal, malformación fetal letal, incertezas diagnósticas y largos tiempos de espera**

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. Para confirmación diagnóstica que hace este nivel de complejidad, el recurso puede estar a la mano, como se expresa en las palabras de un ginecólogo en el centro del país: “Las mujeres con malformación en causal dos, ahí es el equipo de medicina fetal, son los perinatólogos que son los especialistas en medicina fetal, y ellos hacen el informe”.

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. En el sur, una matrona cuenta el caso de una mujer que así lo ilustra: “este bebé venía con acondroplasia, se derivó al ARO y ahí la estuvieron atendiendo, y me parece que este bebé venía con un montón de otras malformaciones, además. Pero ella no se acogió al tema de la ley, sino que ella después tuvo su parto prematuro, obviamente con un mortinato”. Otra matrona atendió a una mujer que contó con información y decidió continuar con el embarazo: “fue una paciente mía, que ella tenía un feto mal formado. Y si, se le ofreció, se le dio toda la información y el acceso en el hospital. Porque ella fue derivada al policlínico de ARO, y por lo que ella contó se le ofreció toda la ayuda necesaria, se le explicó toda la ley y que ella decidiera. Y ella decidió continuar con su proceso de embarazo”.

De manera positiva también aparecen esfuerzos por tratar de evitar diagnósticos tardíos. Como señala un ginecólogo, “hemos ido transitando desde que antes se hacían de manera más tardía y ahora lo estamos haciendo de manera más temprana [...]. Entonces cada vez hemos ido progresando a hacer diagnósticos, porque los diagnósticos que son más severos como anencefalia, un feto que viene sin cerebro, sin cabeza, se puede hacer el diagnóstico muy tempranamente. Pero hay otros que necesitan ecografías más avanzadas... estos se hacen a las 22 semanas. Yo creo que hemos ido avanzando en disminuir la edad

gestacional, o sea hacer lo más temprano posible y la gente de medicina fetal ya está entendida de que se les puede ofrecer la alternativa de interrumpir el embarazo”.

Estas posibilidades, sin embargo, se concentran 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 las usuarias. Varias entrevistas dan cuenta del desplazamiento de las mujeres a otras regiones para los diagnósticos. En el norte del país, un profesional indica que “la ley obliga que la confirmación tiene que ser por dos especialistas en anatomía fetal certificados, ... hay que derivar a Santiago, acá no hay ningún médico especialista fetal”. Una matrona de una ciudad del sur del país en la que ningún hospital realiza interrupciones señala: “muchas llegan al ARO donde trabajo yo, no se dejan desprotegidas a las pacientes, se hace un mail con coordinación inmediata, [...] pero igual es un tema porque la paciente tiene que viajar y eso ya significa un costo, a veces los permisos de trabajo...”.

Un problema que aparece en la primera y segunda causal es la falta de “certeza diagnóstica” o diferencias de criterios que crean dificultades a las mujeres para poder tomar con tranquilidad una decisión. Una trabajadora social explica con claridad el problema: “lo otro que es súper heavy que es la diferencia de criterio que tienen entre los médicos. Por ejemplo, cuando una mujer le corresponde su ecografía y es un embarazo de riesgo, le corresponde con un médico y el médico le dice sí hay cierto riesgo puede pasar esto, pero todo bien entre comillas. Y la ecografía siguiente 15 días después le toca otro médico que pone una alerta y dice a lo mejor es IVE y la paciente sale llorando ... De hecho, en un momento la instrucción de los médicos fue que nadie le habla de IVE hasta que nos pongamos todos de acuerdo”.

Más adelante en la entrevista, esta profesional agrega que “la mayoría de las mujeres en la primera y la segunda causal no desea interrumpir, ...la mayoría de las veces el embarazo es buscado y que además tiene mucha carga moral, mucha culpa. Por lo tanto, si no existe una certeza médica, hablar de interrumpir embarazo es terrible ... ahora, eso se puede trabajar, pero necesitamos una certeza médica primero y han existido muchos cambios de criterio y eso no ha permitido que la mujer pueda efectivamente expresar su voluntad. 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 las entrevistas también surgen preguntas sobre los condicionamientos culturales, familiares y religiosos que inciden sobre las decisiones de las mujeres. En la experiencia de una ginecobstetra sureña, “he visto que, en la gran mayoría de las mujeres, su primer impulso cuando saben que vienen con un fetito que viene con algún problema es decir “yo interrumpo”, pero, después lo piensan solas sin que nadie por medio las convenza y la gran mayoría ha decidido mantener su embarazo a término. Muy pocas han decidido interrumpir y la gran mayoría ha decidido mantenerlo. Ahora, esa decisión es personal y uno no la cuestio-

na. Pero, si me preguntan desde mi mirada externa qué he visto yo, me parece que hay un componente de culpa y social bien fuerte en esas mujeres, de sus mismas familias, de sus mismas parejas, que en el fondo sienten culpa de querer interrumpir el embarazo. Como que consideran que es mucho más meritorio llevar a término un embarazo, sufrir el proceso. [...] Me ha tocado ver, por ejemplo, que la mujer dice “sí, yo quiero interrumpir”, “Señora, ni un problema, nos vemos mañana” [...] Y al final vuelven y me dice “No doctora, voy a quedarme con la guagüita porque a lo mejor se mejora”. He tenido muchas pacientes, que desde el punto de vista religioso, me dicen “Yo hablé con mi guía espiritual -pastor, lo que usted quiera- y me dicen que esto puede cambiar”. Uno no es quien para aconsejar, no es nuestra labor, nuestra labor es darle información más imparcial. Sin embargo, yo veo que muchas veces siguen adelante, quizá no por ellas, si no por un tercero, por familia, por pareja”.

### **Tercera causal, violación, sospecha sobre las adultas e indiferencia ante las niñas**

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. “En la tercera causal depende mucho porque han sucedido dos cosas: Ha sucedido que han llegado niñas, adolescentes y mujeres que han tenido procesos judiciales y que las han mandado los establecimientos de salud, por ejemplo desde un consultorio, o nos han comunicado a través de fiscalía. Hemos tenido uno o dos casos que han llegado a través de la urgencia, que han llamado a Salud Responde y ellos les han dicho que vayan a urgencias y nosotros las hemos vistas, pero esas de mayores de edad, las otras en general, siempre han venido de fiscalía”.

La acreditación de la causal, tal como explica una matrona, “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 ...”.

Según algunas entrevistas, la interrupción en casos de violación tiene mejor resolución en procesos y tiempos, ya que la mujer o bien llega decidida o toma rápidamente la decisión. Una ginecóloga, en el norte, señala que como equipo hacen lo posible para evitar cualquier tipo de revictimización y lograr que el procedimiento sea rápido, “no pregunto detalles porque sé que ya la interrogaron, le hicieron todo... Yo trato de tener todas esas cautelas, no interrogar mucho, si se puede evito hacer la eco transvaginal, que no escuche los latidos del embrión, por ejemplo, todos esos detalles que pueden afectar como la parte emocional digamos”.

En el monitoreo se pudo entrevistar a una mujer joven que había accedido a la IVE por tercera causal, y que describe que el procedimiento se realizó de forma expedita: “Me di cuenta de que estaba embarazada porque fui al consultorio, no me llegaba la menstruación. Vi a la psicóloga y le conté lo que me había pasado. Un mes antes en una situación de carrete me habían abusado. La psicóloga habló con la matrona y me acompañaron a carabineros a poner una denuncia. Luego al hospital, me hicieron exámenes. Hablé con el doctor, sacaron cuentas y me recomendó el aborto porque yo consumo drogas. Tenía 6 semanas, durante la misma atención fui a fiscalía y me citaron para el otro día. [...]Fue rápido, el primer día desde el consultorio fui a carabineros y luego al hospital, tuve que ir a la fiscalía, cuando ya tenía los exámenes y podía comprobar que era la causa de la violación”. Todo el procedimiento fue en un par de días y no hubo presión para que tomara una decisión distinta.

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.

Cuando se trata de jóvenes y mujeres adultas, la dificultad en la acreditación está radicada en la desconfianza y descrédito de su palabra. En testimonio de una dupla se refleja adecuadamente la situación que aparece, con mayor o menor crudeza, en los territorios: “Nos cuestionan mucho el hecho de si la paciente está inventando el relato, si es así o no es así. ... después nos preguntan si la paciente siguió el acompañamiento, porque si estaba mintiendo dejó el acompañamiento botado. En realidad, el caso que tuvimos en esa causal fue complejo porque en su centro primario se divulgó quien era la persona... no recibió un buen trato de una matrona, se estipuló un reclamo...”. La trabajadora social de otra dupla relata graves hechos, señalando que: “eso sí nos ha pasado, sí hay un cuestionamiento con la tercera causal, ... porque nos ha pasado que no hay concordancia con el relato pero nosotras después cuando tuvimos la entrevista con esta mujer nos dimos cuenta de otras cosas que eran mucho más profundas que decir “no la cumples”, habían antecedentes que nos daban a entender que todo el rato que sí (acreditaba), pero desde ginecología lo habían descartado y con esa información se había quedado ya la familia por ejemplo”.

Otra constatación que muestra la información recolectada es la falta de claridad respecto de los procedimientos de denuncia, a pesar de que la ley IVE expone que al ser mayor de 18 años es el personal de salud quien informa a fiscalía, no la mujer. En el testimonio, antes expuesto, de la joven que accede a la interrupción no queda claro si éste fue el procedimiento utilizado. El mismo hecho también queda constatado en la voz de una matrona del norte del país: “en el momento de la tercera causal es una confusión, sobre todo para el tema de que lo denunciemos o no denunciemos para poder hacer la interrupción del embarazo tiene que estar denunciado, no tiene que estar denunciado y el tema es que estamos contra el tiempo porque son 12 semanas, generalmente las mujeres se dan cuenta cuando están embarazadas cuando ya tienen más de un mes, entonces ahí llevaremos más o menos seis semanas y que hayan solamente seis semanas para hacer todo el otro trámite y en caso de que fuera obligatorio el tema de la denuncia eso es súper largo [...] la tercera causal es la complicada, pero más que nada por los temas legales más que técnicos

médicos”. También en materia de procedimientos, respecto de menores de 18 años y mayores de 14 años, aparece la exigencia de más trámites de los requeridos, como solicitar la firma de la representante legal en el caso de un adolescente de 16 años.

Cuando se refieren casos de niñas y adolescentes, los relatos muestran situaciones en que se da cuenta de una atención expedita, como el de una adolescente en la zona central; la entrevistada señala que “fue súper claro, la situación fue súper sanita. La chica, la mamá, el personaje, los profesionales, todo fue bien correcto”. En otra región se refiere la situación de una adolescente que llegó desde “un centro de atención amigable para adolescentes, donde se consigna porque llega la adolescente para la anticoncepción de emergencia, se constata el embarazo muy avanzado y se le deriva al hospital. ... esta adolescente pertenecía a una institución de la Red Sename por lo tanto también había referentes de una dupla psicosocial. Si bien la situación fue compleja hubo mucho mayor resguardo respecto a la manera que se trabajaba, de hecho yo digo una situación ideal porque lo que nosotros temíamos siempre con mi dupla era qué iba a pasar cuando llegue un caso causal 3, ... además porque como es un hospital muy objetor qué va a pasar con quién lo recibe. En ese caso la cosa funcionó muy bien, pudimos estar desde el momento 1 en adelante, pese a todas las complejidades del caso, justo en el turno había una médica que era nueva, que era joven ... se dieron las condiciones, pero yo no podría asegurar que eso se vaya a dar en todos los casos”.

En otras situaciones relatadas no queda claro el peso de la voluntad de la joven. En una entrevista se menciona el caso de “una adolescente de 14 años que llegó con 10 semanas de embarazo, con su representante legal. En ese caso la primera entrevista fue médica para poder hacer el diagnóstico del embarazo, después a la paciente se le deja asignada una hora con la dupla psico-social a la cual ella no llegó, así que se hizo un contacto rápidamente en red con atención primaria, atención primaria la captó y ella después estuvo con nosotros acá en el hospital. Se la hospitalizó por 24 horas para realizar todos los procedimientos correspondientes a esa causal”. El relato no permite conocer cómo fue el proceso de decisión de la menor. En otro relato se da cuenta de una situación donde se pudo respetar la voluntad de la adolescente: “una vez tuvimos un caso que rechazamos, dijimos que no concurría la causal porque descubrimos que quien estaba interesada en interrumpir el embarazo era la madre de la adolescente y no la adolescente y ahí le dijimos que no concurría la causal porque la adolescente en el fondo no quería”.

Hay otro caso, de una niña de 13 años, referido en varias entrevistas del territorio donde se presentó, que llegó al hospital embarazada de su pareja de 15 años, y son los padres quienes deciden la interrupción: “el caso que llegó acá fue derivado a la urgencia porque no se sabía qué edad gestacional tenía, y para no perder tiempo, porque las semanas pasan volando, se derivó inmediatamente a urgencia para que la viera el ginecólogo y se le hiciera una ecografía y determinara que edad gestacional tenía. Venía por tercera causal, eran menores de edad y por decisión de los familiares, tienen menos de 14 años, y decidían los papás, querían interrumpir el embarazo”. En este caso quedan grandes dudas sobre el respeto a la voluntad de la niña, y la confidencialidad con que se le trató.

La edad gestacional aparece frecuentemente como una dificultad, especialmente cuando se trata de niñas y adolescentes. Así lo expresa una profesional: “La mayor dificultad tiene que ver con la edad gestacional, el límite de la edad gestacional en las adolescentes, sobre todo, eso es lo más complicado porque hay ve-

ces que hemos estado muy al límite, eso ha estado más complicado”. En lugares apartados los plazos son aún más apremiantes y quedan fuera de la ley; una matrona de la zona sur afirma: “los casos que llegan siempre son con embarazos grandes, ya está con movimientos fetales, más de 20 semanas, las que son en la gran mayoría embarazos ocultos; entonces, ya estas pacientes no pueden acceder a la ley”.

Lo descrito muestra las acciones contestes con la ley, así como las dificultades y los obstáculos que se ponen para el acceso a la interrupción del embarazo de aquellas que llegan a la red asistencial. Es extendido el silencio, tanto a nivel de APS como de ARO, respecto de acciones desplegadas en la comunidad y específicamente hacia las niñas y jóvenes que informen sobre la ley y les abran posibilidades de consulta y atención.

### ***c.3 Objeción de conciencia, declarada y no declarada***

Los grados de objeción de conciencia varían de un establecimiento a otro, y eso influye en las percepciones de las personas entrevistadas respecto de su impacto en la implementación de la ley y el acceso a la IVE.

Una matrona ARO de la región metropolitana cree que “la objeción de conciencia no ha sido un tema de relevancia como lo ha sido en otras regiones, por ejemplo, donde no hay casi que ninguno que no sea no objetor”. Afirma que “en general no hemos tenido grandes obstrucciones a la ley por parte de los objetores y yo creo que hay harta conciencia por este cambio de suich de que la mujer pueda decidir”. Una médica entrevistada señala que, a medida que pasa el tiempo, la objeción de conciencia habría disminuido ya que se entendería más la ley como un modo de garantizar un derecho a las mujeres. Así una funcionaria de hospital en la zona sur dice, “lo que yo veo, y lo que yo hablo, y lo que yo interpreto precisamente de la evolución en el tiempo, es que se han relajado los médicos en cuanto a darle un sentido político o diferente al de la concepción misma de la ley. Está conceptualizada básicamente, para proteger a la mujer y para nada más que eso, y para otorgarle también un derecho en cuanto a la decisión sobre sí misma. Yo veo a los médicos bastante más tranquilos, a los médicos desde el ámbito gineco obstétrico”.

Estas percepciones son bastante excepcionales en el conjunto de entrevistas a profesionales en los territorios. Por el contrario, los relatos identifican problemas, barreras y malos tratos a las mujeres producto de la objeción de conciencia.

Respecto a la redacción de la ley misma, una matrona crítica que faltó escuchar más a la sociedad civil que tiene experiencia en el tema y a las propias mujeres, y que el resultado fue “que la ley tiene hartas falencias, porque empodera mucho a los médicos, al ginecólogo, la objeción de conciencia con cosas que no se deberían objetar”. En este mismo sentido, una matrona del sur señala que la ley tendría un vacío porque deberían haber establecido un porcentaje máximo de objetores. También en el sur, en un hospital con alta concentración de objetores, una matrona señala las resistencias que encontraron, “fue como un golpe fuerte para nosotras cuando recién llegamos a trabajar acá, el nivel de resistencia que ponía la institución para la implementación de la ley, en qué sentido, en el alto número de objeción, no solamente de los profesionales médicos gineco obstetras, sino que también por parte de profesionales de la matronería,

además de la desinformación y el desconocimiento”.

Una matrona de la zona sur recalca la importancia de que el sector público le ofrezca la prestación a mujeres que, de otra forma, no pueden acceder a otras opciones, “Entendemos que los ginecólogos o las personas que tienen esa objeción de conciencia tienen que buscar otro lugar donde trabajar, donde puedan hacerse cargo de eso. Porque el sistema público es para todos. Las mujeres que llegan al sistema público no tienen opción, por lo cual yo no le puedo decir “vaya al ginecólogo de al lado”. Más aún cuando se reciben también derivaciones “del extrasistema por instituciones que no realizan, que son objetoras o de atenciones particulares de médicos que por decirlo de manera informal no se hacen cargo del tema y las mandan a la asistencia pública”.

En los relatos aparece la desinformación sobre la objeción de conciencia y situaciones que resultan abusivas en la utilización de esta potestad excepcional. El equipo ARO de un hospital del centro del país señalan que hay confusión respecto de quién puede objetar y quién no; mucho personal no sabe que sólo se aplica a quien está en pabellón. La ginecóloga del equipo afirma que “hay algunos que creen que no pueden mirar a la paciente por lo menos, esa paciente no existe para mí soy objetor de conciencia”. Esas situaciones que pudieran considerarse absurdas ocurren en otros territorios y tienen consecuencias importantes en la atención a las mujeres. Una funcionaria de salud de la zona sur señala que intervenciones que antes se hacían, ahora ya se excusan por razones de objeción: “Se justifica que son objetores de conciencia, entonces cuando una mujer llega con un aborto espontáneo, hay como una negación, “es que yo soy objetor”, y resulta que antes lo hacían sin problemas”.

En algunas entrevistas se muestra la grave vulneración a la voluntad de las mujeres y de derecho a una atención digna que han llegado a provocar los y las objetores. Se relata el caso en un hospital en el centro del país que fue conocido, “que incluso salió en redes sociales, que en pabellón había objeción de conciencia de parte de la arsenalera, de la enfermera y cuando le iban hacer el procedimiento no pudieron, se pusieron a discutir delante de la paciente, [...] Antes se aplicaba esto y la paciente estaba en inducción que lo partió un médico que no era objetor, después llegó un objetor, se suspendía, después tenía que llegar el otro para que se reiniciara... Ahora no, ahora el médico que inicia que no es objetor se continúa eso ... los otros tienen la obligación de seguir el procedimiento, aunque sea objetor, la indicación no la puede negar, la inducción por ejemplo la indicación de las pastillas, no se puede negar a seguir con el procedimiento porque perjudica a la persona finalmente.”.

Si bien hay claridad que la prestación se tiene que dar igual, puede que haya problemas con los tiempos, trámites innecesarios, dilaciones impertinentes. Una matrona ARO zona sur señala que, pese a que la prestación deba darse de todos modos, el que haya muchos objetores trae consecuencias: “Más que nada ha habido trabas personales. O sea, la gente que trabaja en estos lugares, donde se tiene que dar la prestación, manifiestan mediante escrito o verbalmente que no quieren hacerse cargo de la atención. Pero se tiene que realizar igual. Eso ha traído complicaciones, más que nada, en los tiempos que se cumple la prestación. Por ejemplo, si hay un turno que todos son objetores, esperan al siguiente. Y se da a veces el caso que la persona que requirió la prestación está ahí en el filo de los plazos. Esa es la gran complicación”.

La cita anterior da cuenta de los problemas que la objeción de conciencia conlleva especialmente para la causal de violación. Es allí donde se concentra el mayor número de objetores. De acuerdo a una ginecóloga ARO zona central, por ejemplo, en el hospital en que trabaja sólo hay tres objetores, dos de ellos sólo causal 3, y uno de todas las causales. Una ginecóloga de hospital ARO en la zona norte afirma que los objetores son fluctuantes pero que la tercera causal es la más problemática, “Si hacemos un catastro mensual probablemente vas a tener registros distintos todos los meses. Pero yo diría que hay una cantidad de objetores de conciencia importante en la tercera causal y creo que esa es nuestra gran dificultad”.

En los establecimientos con alta objeción puede haber dilaciones en el procedimiento respecto de esta causal que serán problemáticas de no contarse en el turno con alguien dispuesto a realizar la prestación. Una trabajadora social de un ARO del centro del país da cuenta de su experiencia: “Ese día que recibimos la causal 3 que fue la semana pasada de hecho la doctora que la atendió, la ginecóloga que estaba de turno por suerte le tocó, era la única que la podría haber atendido en ese momento. Si no, lo que se tendría que haber hecho, que era complejo porque estábamos en el límite gestacional, era hacerlo al día siguiente hasta que hubiese un médico no objetor en el turno. Entonces ahí había todo una cosa ahí compleja pero la realidad es que es un hospital altamente objetor y es transversal; o sea, ni siquiera son los médicos, los técnico paramédicos son el segmento de mayor objeción, la mayor objeción”.

Las trabas a la tercera causal no se expresan sólo a través de la objeción de conciencia declarada; “En la tercera causal con mayor fuerza surgen todas las objeciones de conciencia que en el fondo son medias simbólicas, o sea, como que no son expresas, pero sí poniendo barreras por todo lo que a ti se te puede ocurrir desde las cosas que tenía que traer para hospitalizarse, desde documentos que debe firmar, aunque no los debe firmar”. También se describen situaciones con ecografistas o personal de salud que pasan a llevar a las mujeres, o incluso casos en que el espacio físico en que la mujer es atendida no es íntimo o es atendida junto a mujeres que están en proceso de parto, “de estar tú diciéndoles ahí mismo que tiene derecho a no escuchar ni ver en la ecografía y ellas dicen que sí que lo tienen que mostrar porque tienen que escucharlo, que no sé qué, que les hablan de Dios después, cosas así”.

### **Razones para objetar**

Respecto a las razones por las que el personal de salud objeta, hay diversas percepciones. Desde razones religiosas y morales, a razones prácticas como disminuir la carga laboral o no realizar procedimientos que no les son agradables.

Un ginecólogo ARO señala que es más el proceso en sí que razones filosóficas lo que él percibe como razón para objetar: “Que la gran mayoría que incluso no es médica que se han declarado objetores de conciencia no es porque estén estrictamente en contra del aborto, sino que les da pena el procedimiento, el proceso, pero no es porque consideren que esté mal, ellos consideran que no lo harían, filosóficamente no sé si estén en contra pero les da cosa, están desagradados con el tema, entonces no les gusta”.

La ginecóloga de un hospital ARO del norte señala que más que razones ideológicas, a veces el personal de salud objeta para no meterse en problemas, “Tenía colegas que definitivamente su objeción de conciencia iba por el tema ideológico, religioso, pero, algunos lo usaron como excusas de “Yo no me quiero meter en problemas, entonces objeto” entonces, ni siquiera sin enterarse un poco de... No sé, fue algo quizás un recurso que se mal utilizó también como una excusa para no involucrarse”.

Así, en hospitales con mayor objeción, algún personal de salud podría usarla también para no tener mucha carga de trabajo. De este mismo modo, una matrona de la zona central señala, “de lo que me he dado cuenta es que como la mayoría son objetores, entonces el que no es objetor igual se hace objetor por un tema de que le queda la pega toda él. Los que son objetores descansan en los no objetores”.

Un profesional incluso señala que hay médicos que en su labor en el sector público son objetores, pero no así cuando trabajan privadamente, “En el hospital todo fueron objetores de conciencia en un principio, pero en sus consultas médicas particulares practican abortos a sus pacientes y muchas veces ocupan insumos del mismo hospital”. Esto está en abierta infracción al reglamento de OC que dispone que quien se declara objetor lo será en todas las instituciones en que trabaje.<sup>26</sup>

### **Estrategias para que la OC no se transforme en impedimento para la IVE**

El mismo personal de salud, matronas especialmente, han ideado estrategias para asegurarse que la prestación se otorgue independiente de que haya objetores. De este modo han tenido que resolver, en la práctica, que los turnos sean organizados de modo que siempre puedan contar con no objetores. Una matrona ARO zona sur señala, “En mi lugar de trabajo se da que de todos los médicos que trabajan, sólo dos son objetores y esos dos están liberados de turno. No hay ningún turno en el que no haya un médico que responda la solicitud”. La misma matrona señala que, aunque no estén de acuerdo con la ley, la cumplen o buscan a alguien que pueda cumplirla: “Uno comentando con las colegas, se da cuenta que no están tan de acuerdo, pero si la indicación te la dan, una la cumple, o busca a la colega que la pueda cumplir. Eso, de modo bien casero se ha podido resolver”.

Una ginecóloga de hospital ARO al norte señala también que ellas mismas coordinan los turnos para que las mujeres puedan abortar según la causal, “tratamos de coordinarlo los días de turno en que esté yo o algún otro colega que no sea objetor según la causal que tenga”. Una matrona de la zona sur afirma que la llegada de médicos extranjeros ha ayudado a que, en sectores altamente objetores, haya profesionales que realicen la intervención, “nuestros dos ginecólogos de ese momento eran objetores de conciencia en la tercera causal. Pero luego esto dio un vuelco, yo entiendo esto es por la aparición de ginecólogos extranjeros, que no tenían objeción de conciencia, por lo cual terminamos resolviendo un caso acá”.

Otra estrategia ha sido hablar de la ley y de su obligatoriedad de modo que el personal sepa que no puede contravenir ya que ello tendría consecuencias de responsabilidad funcionaria. La trabajadora social de du-

---

<sup>26</sup> El artículo 11 del reglamento señala: “Quien haya manifestado su objeción de conciencia, mantendrá dicha calidad en todos los centros asistenciales donde cumpla funciones, sin distinguir si son públicos o privados”.

pla en la zona central afirma que, “nuestra estrategia ha sido todo el tiempo hablar de la ley, “la norma dice”, porque los hospitales funcionan un poco así, entonces de alguna manera si tu planteas la ley por delante, de alguna manera el hospital se alerta porque ellos tienen que cumplir la ley y tienen miedo a cualquier tipo de sumario, investigación, auditoría de la ficha. Entonces en el fondo nosotros con eso hemos podido presionar un poco”.

Una estrategia efectiva fue la presión ejercida por la red APS sobre un hospital totalmente objetor de la zona norte, donde se logró la contratación de un médico no objetor: “En algún momento estaban todos con objeción de conciencia los médicos del hospital, y por lo tanto este hospital no podía respetar la ley en ese sentido. ...Así que en APS presionamos al hospital para que ellos resolvieran otorgar aquí un médico que no expresara la objeción de conciencia y poder dar a las mujeres la posibilidad de que las trataran acá. O sea, íbamos a tener la dupla, pero después todo el procedimiento la iban a trasladar a otro hospital, a otro espacio. Entonces se peleó harto desde la APS. Ahí presionamos al director del hospital, para que pudiera darle una respuesta adecuada a la provincia, y finalmente, tras todas esas presiones, se consiguió de que pudieran tener un médico sin objeción de conciencia que pudiera dar respuesta a esto”.

Parte de las estrategias también ha sido la movilización de las organizaciones y colectivos feministas en los territorios. En mayo de 2018, por ejemplo, existió presión social por medio de una campaña fotográfica “#El Valle del Huasco aborta tu objeción, exigimos cumplimiento ley 3 causales” realizada por la colectiva feminista Resueltas del Valle.

La OC es sin duda una limitante a la implementación de la ley. Pareciera que no hay ningún costo asociado a ser objetor, y que incluso en algunos casos el no serlo sería visto como una carga de trabajo extra para el personal de salud. Las entrevistas dan cuenta de escenario de vulneración de derechos a las mujeres quienes deben muchas veces trasladarse, esperar, no recibir la información adecuada, o sufrir malos tratos de parte del personal objetor, entorpeciendo así el acceso a la prestación.

#### ***c.4 Acompañamiento y más allá, la importancia de las duplas***

En las entrevistas se evidencia que en la práctica de los establecimientos de salud el personal sabe que cuando llega un caso de tercera causal deben llamar inmediatamente a la dupla. Es decir en la tercera causal el acompañamiento se produce desde el ingreso al segundo nivel de complejidad. En las primera y segunda causal no ocurriría lo mismo; más bien las duplas son convocadas luego que las mujeres han recibido el diagnóstico.

La información recopilada por el monitoreo no permite visualizar si, en los territorios, las usuarias requieren el acompañamiento, en qué grados o momentos, o si existen diferencias de acuerdo a las causales. En un solo relato -de una matrona ARO en el sur- se explicita una percepción: “Lo que nos ha llamado la atención, es que independiente de la causal que se invoque, no todas las mujeres aceptan el acompañamiento psico-social. Eso nos ha pasado mucho”. Ella también señala que le tocó ver dos casos por causal tres y sólo uno aceptó el acompañamiento. Agrega que tienen un deber de ofrecer el acompañamiento, “nosotros dentro

de lo que es el protocolo de atención tenemos que ofrecerlo. Eso no se nos puede pasar y debe quedar consignado en la ficha clínica. O sea que se ofreció y la respuesta de la usuaria”. Desde una perspectiva distinta, una psiquiatra de la zona sur habla que el rol de la dupla en la implementación de la ley es más bien complementario y que especialmente es en el acompañamiento donde se interviene: “El propósito fundamental de la ley es precisamente desde el ámbito intervencional ginecobstétrico propiamente tal. Las causales de hecho tienen que ver precisamente con un ámbito técnico ginecobstétrico. Y el rol nuestro es precisamente de acompañamiento en relación con lo traumático, lo intenso, lo potente que puede ser la vivencia de cualquier mujer bajo alguna de estas causales”.

Sin perjuicio de ello, en varias entrevistas se rescata la importancia de la dupla para asegurar que la mujer sea tratada con respeto y como sujeta de derecho. Como señala una matrona ARO al hablar del rol de las duplas, “yo creo que es súper necesaria, no porque uno parta a priori de que exista un trauma o un daño, sino porque la atención en esta crisis, cualquiera de las tres causales, a priori puede ser tan deshumanizada que en el fondo la dupla lo que hace es humanizar la atención, una cosa muy básica como el trato, la empatía, como cosas muy que debieran estar en todos los profesionales de la salud...”.

En la primera y segunda causal, en las entrevistas se menciona la falta de empatía o de cuidado que tendrían los y las médicos/as para entregar la información sobre la situación de salud y del embarazo, respectivamente. Una trabajadora social señala “nos hemos encontrado en general con malas prácticas que en el fondo, por ejemplo, médicos o médicas que no tienen el tino o la forma adecuada, no se sitúan como en una posición empática, entonces en general utilizan lenguajes muy bruscos, la paciente está muy confundida y en general la dupla psicosocial llega cuando la usuaria está muy confundida o está muy triste. En general, a nosotros nos llaman cuando ya hay un desborde emocional”.

Una trabajadora social al preguntársele por la implementación del programa de acompañamiento resalta su precariedad. Ella señala que, existiendo tanta adversidad para poder realizar el acompañamiento en forma correcta, las personas que lo realizan tienen un compromiso profundo con las mujeres y su derecho a decidir. “Lo primero que se me ocurre pensar es que es muy precaria, nosotros tenemos con suerte oficina, no tenemos teléfono, no tenemos recursos para hacer visita domiciliaria, ... yo diría que para hacer acompañamiento en la Ley IVE, tú tienes que estar comprometida y estar a favor del aborto, porque si no, yo no me explico cómo se podrían subsanar todas las carencias porque son carencias que en el fondo el hospital no te brinda las condiciones para dar un buen acompañamiento”.

Una integrante de la dupla una región al sur del país señala que es importante contar con espacios donde se pueda atender a la mujer que vive una de las causales en forma privada y sin estar en contacto con otras pacientes de la maternidad. En su hospital no cuentan con este espacio: “Lo ideal sería tener un box específico para este ámbito. [...] Sin embargo, la vivencia expresada por las mujeres que yo he atendido, en relación con la asistencia a un box que queda en medio de la atención a otras pacientes embarazadas, es un tema súper importante [...]. Un par de veces yo he tenido que ir a buscar un box de atención al polí-clínico general del hospital, para sacarlas como de este contexto”.

Una dupla de otra región de la zona sur señala que los primeros 6 meses desde que se implementó la ley no contaban con un espacio propio por lo que tenían que pedir prestadas oficinas a las matronas e incluso atender en el oratorio, “En el oratorio mi compañera tuvo que atender, pero eso nos hacía sentir aún más esta resistencia, porque desde el Ministerio se decía que esta dupla tiene que estar para que se implemente la ley, sin embargo, no hay un espacio donde se pueda garantizar la confidencialidad para atender a la paciente”.

La trabajadora social señala que el hospital se desentiende pasando la responsabilidad a ellas: “Lo que sentimos nosotras es que cuando hay una sospecha o cuando hay un procedimiento que se va a realizar, el equipo médico le dice existe esto y después se desliga porque es como que la manda a nuestro equipo e incluso en ocasiones las han mandado sin información como la fecha de su próxima ecografía, o donde tiene que ir a pedir la hora y esas cosas las tenemos que gestionar nosotras, nosotras tenemos que ir a pedir hora o avisarle al doctor ‘doctor tenemos tal cosa, necesitamos una ecografía pronto’. Eso no pasa a nivel médico y eso debiese pasar a nivel médico porque nosotras somos un acompañamiento paralelo, nosotras no somos las que llevan la ley IVE en el hospital”.

De acuerdo a las palabras de una trabajadora social, la dupla simboliza el aborto mismo, “de hecho, en general simbólicamente, la dupla psicosocial IVE es, no sé cómo plantearlo, no es una dupla que para todos sea muy de su agrado. Como que nosotros somos el aborto simbólicamente, y uno lo nota en el rostro de algunos que son evidentemente objetores, porque en el fondo estamos todo el rato aguja por el tema de la toma de decisiones, por los derechos sexuales, de la inclusión digamos de familia si hay, del trato, del lugar donde está hospitalizada, entonces como que estamos paqueando un poco por toda la intervención”.

Finalmente, su labor no está libre del estigma. La asistente social del equipo ARO del norte afirma, “si uno lo único que escucha es “los objetores, que hay tantos objetores” y nos tipifican como malos, que los objetores son los buenos. Es mucho prejuicio”.

En síntesis, las duplas en las entrevistas dan cuenta de estigmatización, falta de condiciones para desarrollar su trabajo comenzando con un lugar privado donde atender a las usuarias, materiales gráficos e informativos, recursos para visitas domiciliarias, y escasa capacitación y reforzamiento profesional.

### ***c.5 Otros problemas referidos, los medicamentos***

En algunos hospitales hay preocupación respecto a los medicamentos con que cuentan para realizar la interrupción. Como señala una matrona ARO zona sur, “ni siquiera nosotros teníamos los lineamientos claros, y teníamos que echar a andar algo, que no tenía ni nivel central claro, “y van a contar con este equipamiento” que todavía no ha llegado, van a contar con este medicamento, que tampoco ha llegado. De hecho, todavía no llega la mifepristona, el misoprostol lo tenemos de año luz, porque ese se ha ocupado, pero la mifepristona que viene como un medicamento asociado a la ley, no está disponible aún. Entonces, la verdad es que hemos actuado sobre la marcha, y dentro de lo que tenemos, como podemos, pero siempre con la mirada de sensibilizar”.

Otra matrona en la misma zona señala que la aplicación de medicamentos no siempre se realiza de la forma correcta, “he escuchado, que por ejemplo se aplica la mifepristona, y hay una cantidad de horas en que tú puedes iniciar el protocolo de misoprostol y por cuanto lo puedes mantener, entonces generalmente tu aplicas la mifepristona, pero se demoran 12-24 horas en administrar el miso, pero lo mantienen 36 horas, y eso no es lo que dice la ley. Esto es por falta de homogenización de criterios entre distintos médicos”. Ella plantea que tampoco pueden las matronas dar el medicamento sin la indicación médica. Por lo que señala que es fundamental que se fiscalice más el cumplimiento de los plazos.

Una gineco obstetra afirma que la mejor buena práctica para la implementación de la interrupción voluntaria del embarazo “ha sido entrenar al personal para que la mujer pueda tener un trato digno, amable, acogedor”, y la segunda es la rapidez en la atención porque, en un estado psico-social complejo como el de las causales, “lo mejor es que a la paciente tenga una resolución rápida y efectiva”. La revisión hasta aquí realizada de la información que arroja el monitoreo muestra que este estándar rara vez se cumple, y cuando se constata, es resultado principalmente del compromiso del equipo de salud IVE en los ARO y del personal IVE en la APS.

## 4. Hallazgos generales del monitoreo

---

El monitoreo social en los 7 territorios muestra que en la implementación de la ley de la interrupción voluntaria del embarazo existen falencias en la atención a las mujeres que se convierten, para ellas, en obstáculos para la toma de decisión sobre sus embarazos y el acceso expedito a la interrupción, si esa es su opción. Esta constatación varía en intensidad dependiendo del tipo de establecimiento y el grado de conocimiento que se tenga de la ley, la disponibilidad de equipos IVE y la presencia de objeción de conciencia, y de la causal de que se trate, entre otros aspectos. Desde la mirada de las usuarias de los establecimientos de salud y de mujeres de las comunidades monitoreadas, la interrupción voluntaria del embarazo es una prestación no informada, sobre la cual tienen poco conocimiento.

Es claro que la implementación de una nueva prestación requiere construcción de capacidades, incorporando en estas, personal, normativa y flujos, equipos e insumos. Hay relatos que reconocen que en los primeros casos no se dio una buena atención; “no había claridad y eso puede haber redundado en perjuicio de las propias usuarias”. Luego de año y medio de implementación, en los establecimientos donde se ha detectado o atendido mujeres por alguna de las causales, las carreras de los primeros días que se relatan en algunas entrevistas –“íbamos detrás de la ley”, “nadie sabía qué hacer”- ya no son tan comunes. Los procedimientos de detección y derivación tienen como referente principal a las matronas –“avisamos inmediatamente a la matrona”, “la matrona es la que sabe...”-, y operan sobre flujos ya establecidos que resultan ser facilitadores, como los de derivación de riesgos obstétricos o los que se utilizan en la atención de la violencia sexual.

A su vez, en algunos territorios, el reforzamiento de los equipos de atención en los niveles de especialidad que la ley incorpora -particularmente las duplas psicosociales- y la aplicación de la norma técnica de implementación se han convertido en una oportunidad para fortalecer la red asistencial –desde conocerse y afinar procedimientos hasta aportar a la atención psicosocial en temas de pérdidas reproductivas.

Sin embargo, la atención en los establecimientos observados en este monitoreo está lejos de los estándares establecidos en la ley y en la propia normativa del Ministerio de Salud. Las falencias parecen asociadas a una implementación de mínimos, focalizada en los y las profesionales directamente involucrados/as en la atención; allí se concentran las capacitaciones, se cuenta con protocolos, y se mencionan discusión clínica y orientación en las entrevistas. La implementación depende en grado importante de cómo estos y estas profesionales y equipos sortean los obstáculos que generan la objeción de conciencia y el desconocimiento de la ley del resto del personal en la APS y en los ARO y niveles de atención de complejidad. En varios territorios resalta la importancia de la dupla o equipo psicosocial que ha asumido el rol de humanizar y facilitar la atención a las mujeres y acompañar su posibilidad de decisión. En otros, el expreso compromiso con los derechos humanos de las mujeres y su derecho a decidir que guía la práctica cotidiana de algunas/os gineco obstetras y matrones/as. También está presente el sentido de lo público y el derecho de la usuaria a acceder a una prestación establecida por ley, que se expresa en acomodaciones de turnos y profesionales para evitar los objetores de conciencia; o, la presión de los establecimientos de APS sobre el director de

un hospital con 100% de objetores para que contratara un profesional que cumpliera con la ley y evitar el innecesario y costoso desplazamiento de las usuarias.

El cumplimiento de la ley no puede descansar en el esfuerzo de algunas/os profesionales y equipos, como pareciera ser el caso en los territorios monitoreados. Se advierte allí la ausencia de una política pública que desde el propio Ministerio de Salud y su deber rector actúe para superar los problemas asociados al desconocimiento y la desinformación, la objeción de conciencia y las prácticas de atención instaladas que obstaculizan la decisión de las mujeres y el acceso a la interrupción en cada una de las causales.

El monitoreo da cuenta de un gran déficit de información a las mujeres y comunidades en general. La IVE es una prestación no informada. Las mujeres manifiestan falta de conocimiento sobre las causales, cómo acceder y donde orientarse. El Ministerio de Salud no ha distribuido material de información a las mujeres en los consultorios y en las comunidades. Resulta sorprendente que, hasta marzo de 2019, el material disponible que aparece mencionado en este monitoreo lo haya producido el propio personal de salud y que además sea de circulación restringida. La falta de información sobre la ley afecta la posibilidad de acceder al derecho a la IVE en estas causales pues sobre el aborto hay estigma y las mujeres evitan consultar. Si es así con las adultas, la distancia al ejercicio es aún mayor en el caso de las niñas y las adolescentes.

En la red asistencial, es decir cuando ya se está la ruta de atención, los problemas con la información se mantienen. En la APS, la gran mayoría de los establecimientos carece de protocolos para informar, y se da cuenta de situaciones donde mujeres que pudieran haber estado en las causales fueron derivadas sin información suficiente, e incluso se detecta una instrucción de evitar informar antes de derivar. En los ARO, aparecen relatos que muestran poca empatía y lenguaje técnico, y escasa información sobre procesos y procedimientos.

En todas las causales, la ruta de las mujeres es una ruta de obstáculos. Hay relatos en primera persona o en la experiencia de las personas entrevistadas, en que el camino ha podido ser expedito. Pero pareciera que son excepciones; en gran parte de los casos la ruta ha requerido provisiones para salvar tanto los mitos y prejuicios de un personal salud que no ha sido capacitado como la objeción de conciencia declarada y no declarada.

En los siete territorios, los prejuicios y mitos asociados al aborto permanecen inalterados. Son los mismos que construyen el “natural” deseo de maternidad de las mujeres y el rol de madre asociado, y el castigo a quienes rompen con este patrón. No se refieren en las entrevistas acciones de formación y capacitación que los aborden y ni herramientas al personal de salud para erradicarlos. Esta omisión propicia la reproducción de discursos morales, conservadores y machistas que se imponen en las prácticas del sistema de salud, y que violentan a las mujeres. La sospecha e incredulidad en el relato de las mujeres en la tercera causal son resultado evidente de lo expuesto, y crean obstáculos para el acceso a la interrupción del embarazo. Respecto del propio personal de salud, la falta de información y capacitación crea inseguridad y temor -no saben si deben o no informar-, reduce el compromiso de los equipos y estigmatiza al personal que trabaja en el acceso a la IVE -las dificultades que deben sortear las duplas para el desarrollo de su trabajo son un buen ejemplo de sus consecuencias.

La capacitación en APS y en ARO es deficitaria. Que la capacitación esté acotada a los equipos IVE repercute en la calidad de atención que reciben las mujeres y puede afectar su acceso a la prestación. Es evidente la precariedad de las capacitaciones en la APS -salvo iniciativas particulares de algunos establecimientos o autoformación- lo que repercute en su rol de promotor de la salud y puerta de entrada a la red de atención.

En los ARO y niveles de 2do y tercer nivel de complejidad, repercute en la acreditación de las causales y el pronto acceso a la interrupción, si esa es la voluntad de la mujer. La IVE se produce dentro de un hacer institucional de inspiración biomédica, vertical en su relación con las personas y patriarcalizado en la atención a las mujeres. La decisión radicada en la usuaria, y no en el equipo médico, de la IVE colisiona con discursos y prácticas que ponen en primer lugar el saber médico en las decisiones de salud. Las situaciones que describen varias entrevistas respecto de las diferencias de opinión entre equipos médicos o especialistas en la acreditación de la primera o la segunda causal muestran claramente el poco peso que puede llegar a tener la voluntad de la mujer en estos contextos. Se agrega en estas causales la ausencia de “certeza diagnóstica”, que junto con los discursos materno-culposos del entorno familiar, religioso o del personal de salud conlleva que las mujeres difícilmente puedan tomar con tranquilidad una decisión.

Por otra parte, la objeción de conciencia, declarada o no declarada, es un obstáculo en el proceso de decisión de las mujeres y en el acceso a la prestación. Tanto en la atención primaria como en los niveles de complejidad se advierten situaciones donde posturas individuales antiaborto o razones religiosas de profesionales y técnicos/as interfieren en el acceso a información adecuada a las mujeres, o buscan disuadirlas. En los hospitales, la negación a otorgar la prestación ha llevado a situaciones que afectan la dignidad e integridad física y psíquica de las mujeres, como la interrupción de procedimientos en curso, y conllevan mayores cargas de trabajo de equipos IVE y duplas, sin que haya ningún costo asociado para los objetores de derechos. En la tercera causal se concentra la mayor parte de los objetores de conciencia y, dado lo estrecho de los plazos, obliga a que los equipos IVE que realizan la interrupción y las duplas tengan que organizar los procesos de manera que las afectadas puedan acceder a la prestación. En las entrevistas se hace alusión a las complejas situaciones que esto crea. Todas las consecuencias son para las usuarias y para el personal que cumple la ley.

La información y hallazgos de este monitoreo social introduce nuevas perspectivas al análisis del reducido número de casos IVE atendidos respecto del universo estimado por el Ministerio de Salud durante el debate de la ley de 3 causales. El monitoreo en 7 territorios muestra que el problema no se resuelve con declarar que hubo un error en los cálculos y hacer un ajuste en la proyección. Son varias las razones que pueden estar a la base de esa distancia, entre las más importantes, la persistencia del aborto como un asunto estigmatizado, y el temor y vergüenza de las mujeres que las inhibe de consultar o de expresar la voluntad de abortar, la falta de información y conocimiento de la ley de las mujeres y del propio personal de salud, y la objeción de conciencia declarada y no declarada.

## 5. Recomendaciones de la Mesa por el Aborto en Chile

---

El monitoreo social muestra los ajustes y correcciones que la implementación de la ley necesita en los 7 territorios observados. Estas **falencias en la implementación requieren una pronta respuesta de las autoridades sanitarias** ya que muestran una vulneración grave a los derechos humanos de las mujeres en el acceso a una prestación de salud autorizada por ley.

Por otra parte, los hallazgos debieran constituirse en una señal de alerta; si esto se detecta en los 7 territorios monitoreados **resulta urgente que las autoridades vean qué sucede en el resto del país.**

1. Las mujeres y personas gestantes tienen derecho a ser informadas sobre la ley IVE, las causales y dónde consultar. Junto con material gráfico y folletería, o similares, en consultorios y hospitales, incorporar la ley IVE en las acciones de salud sexual y reproductiva a la población en general, y particularmente en aquellas dirigidas a niñas y adolescentes, principales víctimas de la violencia sexual. Los establecimientos de salud tienen una obligación de ser proactivos y ser centros referentes para las niñas y adolescentes para así **prevenir, informar y apoyar estas situaciones de vulneración y abuso extremo.** Asimismo, **acciones organizadas en la comunidad** (colegios, stands informativos, etc.) **deben incorporar las causales de interrupción voluntaria del embarazo, e informar que son embarazos que ocurren y que la ley permite interrumpir.**
2. En la red asistencial se requieren protocolos que apoyen la entrega de información adecuada a consultantes y potenciales usuarias de la ley IVE.
3. El monitoreo da cuenta de insuficiencia en las capacitaciones. **Resulta urgente que el personal de salud, tanto en APS como el segundo y tercer nivel de complejidad sea debidamente capacitado.** Estas capacitaciones deben ser amplias e incluir personal técnico y especialidades médicas más allá del equipo que trabaja directamente la ley IVE. La capacitación, por una parte, permite contar con personal informado que podrá atender a las usuarias respetando sus derechos y brindándoles un servicio adecuado. Por otra parte, que el personal esté en conocimiento de la ley contribuye a la desestigmatización del aborto y a que los procesos de toma de decisiones sean claros y respetuosos de la voluntad de la mujer en cada una de las causales. Los equipos profesionales de la salud deben incorporar un concepto amplio de salud integral y ser capacitados acerca de las obligaciones de derechos humanos de las mujeres y su relación con el aborto.

4. Es fundamental que la voluntad de la mujer esté en el centro de la decisión. **Las duplas y el personal de salud de salud deben contar con competencias que permitan apoyar y respetar la voluntad de las mujeres.** Lo anterior independiente que la causal se acredite o no, el proceso en general debe centrarse en la autonomía.
5. En las causales 1 y 2 debe prevalecer la voluntad de la mujer. **Es un deber del Estado no exponer a las mujeres a riesgos innecesarios** y el no intervenir tempranamente la gestación, por dilaciones evitables, falta de personal o poca empatía y claridad en el diagnóstico, también expone a las mujeres a riesgos físicos y para su salud mental.
6. La objeción de conciencia, declarada y no declarada, se ha convertido en un obstáculo para que las mujeres accedan a la interrupción del embarazo. Una institución que debiese ser absolutamente excepcional en la práctica no lo es, y muchas veces que la mujer reciba oportuna atención depende de la existencia de equipos comprometidos con el cumplimiento de la ley. La Mesa recomienda **mayor fiscalización en los recintos de salud para garantizar que se cuente con personal suficiente para realizar la prestación y que las mujeres sean oportunamente atendidas.**
7. La tercera causal presenta distintos problemas. En primer lugar, el procedimiento mismo no está claro y el personal de salud no sabe cómo operar, en especial respecto a la denuncia. Por eso la **información al personal de salud sobre los procedimientos es imprescindible. En el caso de zonas extremas, donde solo existe APS y la derivación a los centros hospitalarios puede impedir el acceso por el cumplimiento de los estrechos plazos, se recomienda abrir la posibilidad de interrumpir utilizando medicamentos (misoprostol y mifepristona) en caso de violación en esos establecimientos de salud.**
8. Los medicamentos para interrumpir los embarazos deben estar garantizados en los centros de salud y debe haber protocolos sobre su uso correcto y los plazos para ser suministrados. **Recomendamos garantizar suministro de medicamentos y que se apliquen de acuerdo a protocolos.**
9. El monitoreo devela una serie de situaciones que vulneran gravemente derechos humanos garantizados para las mujeres y cuerpos gestantes: derecho a la vida; integridad física y psíquica; derecho a no ser sometida a trato cruel, humano o degradante, entre otros. La violencia institucional en casos en que la decisión de la mujer no se considera o no se realizan u ofrecen los procedimientos adecuados constituyen violencia obstétrica e incluso tortura. Por eso **recomendamos que la ley se cumpla íntegramente.**

10. La actual legislación es claramente insuficiente para las necesidades de las mujeres que buscan la interrupción del embarazo más allá de las acotadas tres causales contempladas. **Recomendamos la ampliación de la actual ley de aborto a un sistema de plazos.** Muchas de las situaciones y vulneraciones descritas no sucederían si el aborto, por voluntad de la mujer y dentro de un plazo determinado, fuera garantizado por ley de forma segura y gratuita.

## **Anexos**

---

# Instrumento Monitoreo Social

## Prestadores de servicios de salud APS

### Entrevista semi estructurada

#### Presentación entrevista

Buenos días/tardes, mi nombre es \_\_\_\_\_, de la organización \_\_\_\_\_, que junto al Fondo Alquimia, el Observatorio por el Derecho al Aborto estamos realizando un monitoreo a la implementación de la Ley de Interrupción Voluntaria del Embarazo en 3 causales. Este monitoreo se está llevando a cabo en 7 regiones del país –Antofagasta, Atacama, Metropolitana, Valparaíso, Biobío, La Araucanía y Aysén- con la finalidad de generar información útil para mejorar los procesos locales y nacionales y garantizar el acceso al derecho adquirido a las mujeres en todo el país. El objetivo de esta entrevista es conocer desde su perspectiva cómo ha sido el proceso de implementación en su establecimiento de salud, los avances y problemas detectados, y los desafíos que será necesario abordar para una mejor entrega de la prestación.

La entrevista es confidencial y anónima, será grabada, y sólo será utilizada por el Observatorio por el Derecho al Aborto para análisis del estado de la implementación de la ley en Chile. Los resultados del monitoreo serán publicados en un Informe Anual en el año 2019, que contendrá una referencia general a la ciudad y al establecimiento de salud.

Muchas gracias por su participación.

#### Dimensión 0: Identificación del o la entrevistada

**Profesión:** (Matrona - Ginecólogo/a - Técnico en enfermería - Paramédica/o – Psicólogo/a - Trabajador/a Social - Personal Administrativo)

.....

**Cargo:**

**Edad:**

**Género:**

**Años de experiencia laboral en el sector público:**

## **Dimensión 1: Situación del aborto local**

1.1 ¿Cuál es, en su opinión, la situación de la salud reproductiva a nivel local?

1.2 En su opinión, ¿Cuál es la situación del aborto a nivel local?

## **Dimensión 2: Sobre la ley de aborto 3 causales**

2.1 ¿Qué sabe de la ley?

2.2 ¿Ha gestionado capacitación para el personal de salud? (Indagar cuando, intensidad, institución que la realizó)

2.3 ¿Qué rol considera que juega la atención primaria de salud en la implementación y acceso a la ley? (Indagar cómo se comporta el personal; si todxs están enteradxs de lo que tienen que hacer, desde el primer contacto)

2.4 ¿Cómo se articula la implementación de la ley IVE en la red de atención primaria?

2.5 En su establecimiento ¿Cómo está organizada la implementación de la ley IVE? ¿Quién hace qué? ¿Qué información tienen las y los funcionarios de salud sobre cómo actuar?

2.6 En el caso de que una mujer solicitara acogerse a alguna de las 3 causales, ¿sabe que procedimiento/ruta se debería seguir? Describa lo que sabe en cada una de las causales.

2.7 ¿Qué información se le entrega a la mujer que se encuentra en alguna de las 3 causales? ¿Esta información está protocolizada?

2.8 ¿Han detectado o recibido casos de mujeres que estén en alguna de las situaciones contempladas en ley IVE en su establecimiento de salud? Cuéntenos, ¿Cómo ha sido?

Indagar:

- En qué etapa del embarazo se detecta la causal
- Cómo es la primera acogida
- Llegó sola o llegó acompañada
- Principales causales que se presentan
- Diferencias en el trato por parte del personal de salud frente a alguna causal
- Perfil de las mujeres que solicitan la interrupción del embarazo (en su perspectiva)

### **Dimensión 3: Objeción de conciencia**

- 3.1 ¿Sabe que es la objeción de conciencia?, ¿cuándo se aplica y a quienes compete?
- 3.2 ¿En la implementación de la ley se han presentado dificultades por parte del personal?, ¿cuáles y por qué razones? (Indagar qué resistencias se presentan, en qué nivel de la atención se evidencia mayores resistencias o dificultades)

### **Dimensión 4: Derivación**

- 4.1 ¿Cómo se gestiona una derivación en IVE?, ¿Cómo ha sido su experiencia en esta derivación? (Indagar con quién se comunica o coordina, procedimientos, las dificultades)
- 4.2 Cuéntenos, ¿Cómo funciona el sistema de Derivación Asistida en casos de urgencia gineco obstétrica?
- 4.3 ¿Las situaciones clínicas de la ley IVE forman parte del sistema de derivación asistida?
- 4.4 Respecto a casos de menores de edad ¿Han debido contactar a tribunales a causa de la ley de aborto? Si la respuesta es sí ¿Cómo es el proceso? ¿En qué causal? ¿Qué ha sucedido?

### **Dimensión 5: Identificación de buenas prácticas y propuestas de cambio**

- 5.1 En su experiencia, ¿Usted cree que la voluntad de la mujer frente a las causales ha sido respetada?
- 5.2 Desde su experiencia, ¿podría identificar buenas prácticas o acciones que hayan resultado efectivas para la atención de interrupciones del embarazo a nivel local?
- 5.3 ¿Qué dificultades ha debido enfrentar en el aseguramiento del acceso a la ley, frente a solicitudes de interrupción del embarazo?
- 5.4 ¿Qué considera que se podría hacer para remediar estas dificultades?
- 5.5 ¿Qué otras acciones consideran necesarias realizar para garantizar el acceso a la ley?

# **Instrumento Monitoreo Social**

## **Prestadores de servicios de salud ARO**

### **matrona y ginecobstetra**

## **Entrevista semi estructurada**

---

### **Presentación Entrevista**

Buenos días/tardes, mi nombre es \_\_\_\_\_, de la organización \_\_\_\_\_, que junto al Fondo Alquimia, el Observatorio por el Derecho al Aborto estamos realizando un monitoreo a la implementación de la Ley de Interrupción Voluntaria del Embarazo en 3 causales. Este monitoreo se está llevando a cabo en 7 regiones del país –Antofagasta, Atacama, Metropolitana, Valparaíso, Biobío, La Araucanía y Aysén- con la finalidad de generar información útil para mejorar los procesos locales y nacionales y garantizar el acceso al derecho adquirido a las mujeres en todo el país. El objetivo de esta entrevista es conocer desde su perspectiva cómo ha sido el proceso de implementación en su establecimiento de salud, los avances y problemas detectados, y los desafíos que será necesario abordar para una mejor entrega de la prestación.

La entrevista es confidencial y anónima, será grabada, y sólo será utilizada por el Observatorio por el Derecho al Aborto para análisis del estado de la implementación de la ley en Chile. Los resultados del monitoreo serán publicados en un Informe Anual en el año 2019, que contendrá una referencia general a la ciudad y al establecimiento de salud.

Muchas gracias por su participación.

### **Dimensión 0: Identificación del o la entrevistada**

**Profesión:** (matron/matrona; gineco obstetra)

.....

**Cargo:**

**Edad:**

**Género:**

**Años de experiencia laboral en el sector público:**

### **Dimensión 1: Situación del aborto local**

1.1 ¿Cuál es, en su opinión, la situación de la salud reproductiva a nivel regional?

1.2 En su opinión, ¿Cuál es la situación del aborto a nivel regional?

### **Dimensión 2: Sobre la ley de aborto 3 causales**

2.1 ¿Cómo se implementa la ley IVE en este establecimiento de salud?

2.2 ¿Quiénes del personal de salud han sido capacitados/as? (Indagar cuando, intensidad, institución que realizó la capacitación)

2.3 En su establecimiento ¿Cómo está organizada la implementación de la ley IVE? ¿Quién hace qué? ¿Qué información tienen las y los funcionarios de salud sobre cómo actuar?

2.4 ¿Qué información se le entrega a la mujer que se encuentra en alguna de las 3 causales? ¿Está información está protocolizada?

2.5 ¿Han recibido casos de mujeres que estén en alguna de las situaciones clínicas contempladas en ley IVE en su establecimiento de salud? Cuéntenos, ¿Cómo ha sido?

Indagar:

- En qué etapa del embarazo llegan
- Cómo es la primera acogida
- Llegó sola o llegó acompañada
- Principales causales que se presentan
- Diferencias en el trato por parte del personal de salud frente a alguna causal
- Perfil de las mujeres que solicitan la interrupción del embarazo (en su perspectiva)

### **Dimensión 3: Acreditación de causal**

3.1 ¿Cómo se acredita cada causal? Explique el procedimiento.

3.2 Respecto de la primera causal ¿Cómo se establece el riesgo vital?

Indagar respecto de riesgo inminente o no inminente

3.3 Respecto en la segunda causal ¿Cómo se coordinan para realizar el segundo diagnóstico? ¿Qué sucede si hay discrepancia en los diagnósticos?

3.4 Respecto de la tercera causal ¿De qué manera está constituido el equipo biopsicosocial? ¿Qué dificultades se han presentado en la acreditación de la causal?

#### **Dimensión 4: Objeción de conciencia**

4.1 ¿Cuál es la situación con la objeción de conciencia en este establecimiento de salud?

4.2 ¿En la implementación de la ley se han presentado dificultades por parte del personal, ¿cuáles y por qué razones? (Indagar qué resistencias se presentan, en qué nivel de la atención se evidencia mayores resistencias o dificultades)

4.3 ¿Cómo se resuelven estas dificultades de manera que las mujeres puedan acceder a la prestación en caso de que lo requieran?

#### **Dimensión 5: Derivación**

5.1 ¿Cómo evalúan las derivaciones desde centros de atención primaria u otros niveles de atención? ¿Se han presentado dificultades? ¿Cómo las han solucionado?

5.2 Cuéntenos, ¿Cómo funciona el sistema de derivación asistida en las situaciones clínicas de ley IVE?

5.3 Respecto a casos de menores de edad ¿Han debido contactar a tribunales a causa de la ley de aborto? Si la respuesta es sí ¿Cómo es el proceso? ¿En qué causal? ¿Qué ha sucedido?

#### **Dimensión 6: Identificación de buenas prácticas y propuestas de cambio**

6.1 En su experiencia, ¿Usted cree que la voluntad de la mujer frente a las causales ha sido respetada?

6.2 Desde su experiencia, ¿podría identificar buenas prácticas o acciones que hayan resultado efectivas para la atención de interrupciones del embarazo a nivel local?

6.3 ¿Qué dificultades ha debido enfrentar en el aseguramiento del acceso a la ley, frente a solicitudes de interrupción del embarazo?

6.4 ¿Qué considera que se podría hacer para remediar estas dificultades?

6.5 ¿Qué otras acciones consideran necesarias realizar para garantizar el acceso a la ley?

# **Instrumento Monitoreo Social**

## **Prestadores de servicios de salud ARO**

### ***Equipo biopsicosocial***

## **Entrevista semi estructurada**

### **Presentación Entrevista**

Buenos días/tardes, mi nombre es \_\_\_\_\_, de la organización \_\_\_\_\_, que junto al Fondo Alquimia y el Observatorio por el Derecho al Aborto estamos realizando un monitoreo a la implementación de la Ley de Interrupción Voluntaria del Embarazo en 3 causales. Este monitoreo se está llevando a cabo en 7 regiones del país –Antofagasta, Atacama, Metropolitana, Valparaíso, Biobío, La Araucanía y Aysén- con la finalidad de generar información útil para mejorar los procesos locales y nacionales y garantizar el acceso al derecho adquirido a las mujeres en todo el país. El objetivo de esta entrevista es conocer desde su perspectiva cómo ha sido el proceso de implementación en su establecimiento de salud, los avances y problemas detectados, y los desafíos que será necesario abordar para una mejor entrega de la prestación.

La entrevista es confidencial y anónima, será grabada, y sólo será utilizada por el Observatorio por el Derecho al Aborto para análisis del estado de la implementación de la ley en Chile. Los resultados del monitoreo serán publicados en un Informe Anual en el año 2019, que contendrá una referencia general a la ciudad y al establecimiento de salud.

Muchas gracias por su participación.

### **Dimensión 0: Identificación del o la entrevistada**

**Profesión:** (matron/matrona; psicólogo/a; trabajador/a social)

.....

**Cargo:**

**Edad:**

**Género**

**Años de experiencia laboral en el sector público:**

## **Dimensión 1: Sobre la ley de aborto 3 causales**

1.1 ¿Cómo se implementa la ley IVE en este nivel de atención?

1.2 ¿Quiénes del personal de salud han sido capacitados/as? (Indagar cuando, intensidad, institución que capacitó)

1.3 ¿Qué rol tiene el equipo biopsicosocial en la implementación de la ley? ¿Quiénes lo componen? ¿Han recibido capacitación para cumplir con este rol?

1.4 ¿Qué información se le entrega a la mujer que se encuentra en alguna de las 3 causales? ¿Está información está protocolizada?

1.5 ¿Han recibido casos de mujeres que estén en alguna de las situaciones contempladas en ley IVE en su establecimiento de salud? Cuéntenos, ¿Cómo ha sido?

Indagar:

- En qué etapa del embarazo llegan
- De donde vienen derivadas
- Cómo es la primera acogida
- Llegan solas o acompañadas
- Principales causales que se presentan
- Diferencias en el trato por parte del personal de salud frente a alguna causal (en su opinión)
- Perfil de las mujeres que solicitan la interrupción del embarazo (en su perspectiva)

## **Dimensión 2: Acompañamiento**

2.1 ¿Cómo ha sido la implementación del programa de acompañamiento?

2.2 ¿Se les informa a las mujeres sobre el programa de acompañamiento? ¿Las mujeres se acogen o no al programa de acompañamiento? ¿Se dan diferencias por causal?

2.3 En su opinión, ¿Cómo evalúa la actitud del equipo en el proceso de acompañamiento frente cada causal? ¿Considera que se presentan diferencias en la actitud del equipo frente a cada causal?

2.4 En su conocimiento, ¿Existen otras instituciones en la región acreditadas que brinden acompañamiento? ¿Cuáles? ¿Las mujeres solicitan ese acompañamiento?

### **Dimensión 3: Acreditación de la 3era causal**

- 3.1 ¿En su experiencia, de donde viene derivadas las mujeres que se encuentran en esta causal? (establecimiento de salud, fiscalía).
- 3.2 ¿Cómo ha sido la experiencia en la acreditación de la causal violación? (Indagar si existen diferencias de acuerdo a la edad, la situación social, u otras).
- 3.3 ¿Qué dificultades se han presentado en la acreditación de la causal?

### **Dimensión 4: Objeción de conciencia**

- 4.1 ¿Cuál es la situación con la objeción de conciencia en este establecimiento de salud?
- 4.2 ¿En la implementación de la ley se han presentado dificultades por parte del personal, ¿cuáles y por qué razones? (Indagar qué resistencias se presentan, en qué nivel de la atención se evidencia mayores resistencias o dificultades)
- 4.3 ¿Cómo se resuelven estas dificultades de manera que las mujeres puedan acceder a la prestación en caso de que lo requieran?

### **Dimensión 5: Identificación de buenas prácticas y propuestas de cambio**

- 5.1 En su experiencia, ¿Usted cree que la voluntad de la mujer frente a las causales ha sido respetada?
- 5.2 Desde su experiencia, ¿podría identificar buenas prácticas o acciones que hayan resultado efectivas para la atención de las causales a nivel territorial/regional?
- 5.3 ¿Qué dificultades se han presentado en el aseguramiento del acceso a la ley, frente a solicitudes de interrupción del embarazo?
- 5.4 ¿Qué considera que se podría hacer para remediar estas dificultades?
- 5.5 ¿Qué otras acciones consideran necesarias realizar para garantizar el acceso a la ley?

# **Instrumento Monitoreo Social**

## **Encuesta mujeres usuarias APS/hospital**

### **(donde se hagan los controles gineco obstétricos)**

Buenos días/tardes, mi nombre es \_\_\_\_\_, de la organización \_\_\_\_\_

Que junto al Observatorio por el Derecho al Aborto de la Mesa de acción por el aborto y Fondo Alquimia estamos realizando un monitoreo al servicio público de salud sexual y reproductiva. Nuestro interés es generar información útil para aportar a mejorar los procesos locales y nacionales. El objetivo de esta entrevista es conocer cuál ha sido tu experiencia, para así poder aproximarnos a entender qué aspectos pueden mejorarse, para resguardar la dignidad y los derechos de las mujeres al atenderse.

La entrevista es confidencial y anónima, la que sólo será utilizada por el Observatorio por el Derecho al Aborto, cuyos resultados serán publicados en un Informe Anual en el año 2019, con referencia general a la ciudad y establecimiento de salud.

Además, esta entrevista es voluntaria, puedes realizar cualquier pregunta en cualquier momento, así como puedes retirarte de ella cuando desees. Nuestro compromiso es con los derechos de las mujeres, y creemos que conocer tu experiencia y la de otras mujeres puede ayudarnos a continuar avanzando en esta materia. Desde ya, muchas gracias por tu disposición.

#### **I. Identificación**

Edad:.....

Pertenencia pueblo originario/afro:.....

Nacionalidad:.....

Principal ocupación/oficio:.....

Donde vive (sector urbano/rural):.....

Donde se aplica la encuesta:.....

Fecha:..... N° de encuesta:.....

## II. La Atención

<p><b>1) ¿Vienes regularmente a este centro de salud? o tus controles ginecológicos son mayoritariamente en otro servicio?</b></p> <p><i>[Indagar por centro de salud y si va a ginecólogo/a o matrón/a]</i></p> <p>.....</p> <p>.....</p>	
<p><i>[En base a respuesta]</i></p> <p>MARCAR ATENCIÓN</p>	<p><b>1 – Red de Salud de Atención Primaria</b></p>
	<p><b>2 – Hospital</b></p>
	<p><b>3 – Consulta privada / clínica</b></p>
	<p><b>4 – Otro, cuál:</b></p>

<p><b>2) ¿Qué exámenes ginecológicos te haces regularmente? .....</b></p> <p>.....</p> <p>.....</p>	
<p><b>3) ¿Cuánto se demoran en darte una hora?</b></p>	<p><b>4) ¿Cuánto tiempo de espera tienes hasta ser atendida?</b></p>
<p><b>5) En general, ¿Cómo evalúas la calidad de atención que te han dado?</b></p> <p><i>[marcar la alternativa]</i></p>	<p><b>MUY BUENA</b></p>
	<p><b>BUENA</b></p>
	<p><b>REGULAR</b></p>
	<p><b>MALA</b></p>
	<p><b>MUY MALA</b></p>
<p><b>6) ¿Recibiste un trato respetuoso en tu última consulta?</b></p> <p>Si - NO ¿Qué sucedió?.....</p> <p>.....</p> <p>.....</p>	

7) ¿Resolviste todas tus dudas e inquietudes en tu última consulta? ¿El o la médica contestó todas sus preguntas?

Si - NO ¿Qué sucedió?.....

.....  
 .....

8) ¿Sientes que la o el médico respeto tu privacidad?

Si - NO ¿Qué sucedió?.....

.....  
 .....

### III. ANTICONCEPCIÓN

14) ¿Qué sabe de la anticoncepción?

*[Indagar si sabe para qué son, cómo funcionan, etc.]*

.....  
 .....  
 .....  
 .....

9) ¿Usa método anticonceptivo?

SI

NO [IR A SECCIÓN IV]

10) ¿Cómo accede a los métodos anticonceptivos, se los dan aquí o usted los compra?

*[indicar respuesta]*

11) ¿Cuántos tipos de métodos has usado?

*[indicar número]*

12) Indicar ¿Qué métodos anticonceptivos has utilizado?

*[marcar todas las opciones]*

Método natural

Pastillas

DIU

Preservativos

13) ¿Cómo eligió estos métodos? ¿Cómo fue el proceso? ¿Recibió información suficiente para decidir? [Indagar si le dieron opciones o fueron impuestos por quien la atendía] .....	
14) ¿Qué información le entregan cuando le dan un método anticonceptivo? .....	
15) ¿Te sientes conforme con la información entregada?	SI NO
16) En su experiencia ¿cómo evalúa su método anticonceptivo actual?	MUY BUENA
	BUENA
	REGULAR
	MALA
	MUY MALA

**IV. EMBARAZOS [sólo si el embarazo es controlado en este centro se pregunta lo señalado en esta sección, en caso de que no se atienda aquí se salta a la sección siguiente “tres causales”]**

17) ¿Has estado embarazada?	SI
	NO [IR A SECCIÓN VI]
18) ¿Has tenido abortos (espontáneos o decididos)?	SI
	NO
19) ¿Dónde controlaste tu último embarazo? [En base a respuesta] MARCAR ATENCIÓN	1 – Servicio público
	2 – Servicio privado
	3 – Otro, cual: .....

**Sobre tu último embarazo:**

20) ¿Quiénes te atendieron?	[profesión y/o cargo]
21) ¿Cada cuánto te realizaste controles prenatales?	

22) En general, ¿cómo evaluarías la atención en el servicio de salud donde controlaste tu último embarazo?	MUY BUENA
	BUENA
	REGULAR
	MALA
	MUY MALA
23) ¿El profesional médico respondió a todas tus inquietudes y preguntas?	SI
	NO
24) ¿El profesional consideró la importancia de la privacidad en la consulta? ¿Le pidió autorización si podía o no estar presente otro profesional?	SI
	NO

#### V. INFORMACIÓN SOBRE LEY 3 CAUSALES (preguntas abiertas)

25) ¿Conocer la ley de aborto en tres causales?	SI
	NO
25.1) ¿Qué sabes de la ley? ¿Sabes qué causales incluye?	
..... ..... ..... .....	
26) ¿Crees tú que debería existir mayor información sobre esta ley?	
SI - NO ¿Por qué? ..... ..... ..... .....	
27) ¿Considera que un médico puede negarse por razones personales a interrumpir el embarazo de una mujer que así lo decidió?	
SI - NO ¿Por qué? ..... ..... ..... .....	

<p><b>28) ¿Cómo piensas debería ser la atención de un aborto?</b></p> <p>.....</p> <p>.....</p> <p>.....</p> <p>.....</p>	
<p><b>29) te daría miedo consultar sobre aborto ¿Por qué?</b></p> <p>.....</p> <p>.....</p> <p>.....</p> <p>.....</p>	
<p><b>30) ¿Crees que una mujer debiera ir a la cárcel por hacerse un aborto?</b></p>	<p><b>SI</b></p>
	<p><b>NO</b></p>



