



**LEY N° 21.030 QUE REGULA LA DESPENALIZACIÓN DE LA
INTERRUPCIÓN VOLUNTARIA DEL EMBARAZO EN TRES
CAUSALES EN CHILE:**

**REVISIÓN DE LA IMPLEMENTACIÓN A DOS AÑOS DE
VIGENCIA DE LA LEY**

**Corporación Humanas
Diciembre de 2019**

INDICE

I. INTRODUCCIÓN	1
II. LEY N° 21.030 QUE REGULA LA DESPENALIZACIÓN DE LA INTERRUPCIÓN VOLUNTARIA DEL EMBARAZO EN TRES CAUSALES.....	2
1. REFORMA LEGISLATIVA SOBRE ABORTO POR CAUSALES	2
2. PRINCIPALES CONTENIDOS DE LA LEY N° 21.030.....	5
3. PRINCIPALES ASPECTOS CRÍTICOS DE LA LEY N° 21.030	11
III. IMPLEMENTACIÓN DE LA LEY DE ABORTO EN TRES CAUSALES POR MINISTERIO DE SALUD	14
1. REGLAMENTOS Y NORMATIVAS TÉCNICAS	14
2. OTRAS ACCIONES DE IMPLEMENTACIÓN	15
IV. CASOS DE EMBARAZOS CALIFICADOS EN ALGUNA DE LAS TRES CAUSALES REPORTADOS POR EL MINISTERIO DE SALUD	18
1. CASOS EN QUE SE DETERMINA LA CONCURRENCIA DE ALGUNA DE LAS TRES CAUSALES.....	18
2. CASOS REPORTADOS EN ESTABLECIMIENTOS PÚBLICOS Y PRIVADOS DE SALUD	22
3. DECISIÓN DE INTERRUPCIÓN O CONTINUACIÓN DEL EMBARAZO	23
4. DECISIÓN DE ACEPTACIÓN O RECHAZO FRENTE AL PROGRAMA DE ACOMPAÑAMIENTO.....	25
5. IMPACTO DEL PROGRAMA DE ACOMPAÑAMIENTO EN LA DECISIÓN DE INTERRUPCIÓN O CONTINUACIÓN DEL EMBARAZO	27
V. OBJECIÓN DE CONCIENCIA EN SERVICIOS PÚBLICOS DE SALUD	30
1. MÉDICOS/AS OBSTETRAS OBJETORES/AS DE CONCIENCIA.....	30
2. MÉDICOS/AS ANESTESISTAS OBJETORES/AS DE CONCIENCIA.....	31
3. PROFESIONALES NO MÉDICOS/AS OBJETORES/AS DE CONCIENCIA	32
4. TÉCNICOS/AS PARAMÉDICOS/AS OBJETORES/AS DE CONCIENCIA.....	33
5. OBJECIÓN DE CONCIENCIA DECLARADA POR MÉDICOS/AS OBSTETRAS DE SERVICIOS PÚBLICOS DE SALUD EN CAUSAL VIOLACIÓN	35
a. Servicios de salud en que más de dos tercios de los/as médicos/as obstetras se declara objetor/a de conciencia en la causal violación.....	35
b. Servicios de salud en que más de un tercio y menos de dos tercios de los/as médicos/as obstetras se declara objetor/a de conciencia en la causal violación.....	36
c. Servicios de salud en que menos de un tercio de los/as médicos/as obstetras se declara objetor/a de conciencia en la causal violación.....	36
VI. OBJECIÓN DE CONCIENCIA INSTITUCIONAL.....	39

VII. OBSTÁCULOS O BARRERAS EN EL ACCESO DE MUJERES Y NIÑAS A LA INTERRUPCIÓN VOLUNTARIA DEL EMBARAZO EN TRES CAUSALES.....	42
1. OBSTÁCULOS O BARRERAS DERIVADOS DE LA REGULACIÓN CONTENIDA EN LA LEY N° 21.030	42
2. OBSTÁCULOS O BARRERAS DERIVADOS DE LA IMPLEMENTACIÓN DE LA LEY N° 21.030	43
a. Amplio número de funcionarios/as públicos/as objetores/as de conciencia.....	43
b. Insuficiente capacitación e información a equipos de salud	43
c. Falta de información completa y suficiente a mujeres que se encuentran en alguna de las causales previstas en la ley	46
d. Infracciones a la legislación vigente en materia de objeción de conciencia	49
i. Integrantes del equipo de salud invocan objeción de conciencia sin haberla declarado de manera previa	50
ii. Integrantes del equipo de salud invocan objeción de conciencia sin encontrarse en las hipótesis previstas en la ley para ello	51
iii. Incumplimiento de las obligaciones legales por parte de objetores de conciencia 52	
e. Estereotipos y prejuicios de los equipos de salud	54
f. Inexistencia de mecanismos de exigibilidad.....	57
VIII. CONCLUSIONES.....	59

I. INTRODUCCIÓN

La dictación de la ley N° 21.030 que regula la despenalización de la interrupción voluntaria del embarazo en tres causales (conocida como ley IVE), en septiembre de 2017, representó un hito de gran importancia en el reconocimiento y protección de los derechos sexuales y reproductivos en Chile. Ello, principalmente debido a que puso fin a la criminalización total del aborto que rigió por casi tres décadas en el país desde que al término de la dictadura cívico militar, en 1989, se ilegalizara completamente el aborto, inclusive el terapéutico.

Además, cabe destacar que la nueva ley releva la autonomía de las mujeres y las niñas que se encuentran en alguna de las tres causales, permitiéndoles a ellas la decisión de interrumpir o continuar el embarazo, sin radicarla exclusivamente en el equipo médico. Otro aspecto importante de la normativa sobre aborto en tres causales es la garantía de atención de salud, puesto que la ley no se limita a eliminar el carácter delictivo de la interrupción del embarazo sino que regula el acceso a la atención médica para ello e igualmente a otras prestaciones, como el programa de acompañamiento.

Sin embargo, la ley IVE no solo reconoce derechos a las mujeres y niñas afectadas por alguna de las tres causales, sino que también introduce al ordenamiento jurídico nacional la figura de la objeción de conciencia como un derecho de los/as médicos/as y otros integrantes del equipo de salud. En efecto, a partir de la ley N° 21.030 se permite a determinados profesionales y técnicos acogerse a la objeción de conciencia y de este modo poder abstenerse de intervenir en la interrupción del embarazo. Además, se habilita incluso a establecimientos privados de salud declararse objetores de conciencia y no brindar la referida prestación de salud. La denominada objeción de conciencia institucional fue incorporada a la ley de aborto en tres causales por decisión del Tribunal Constitucional con posterioridad al debate parlamentario, modificando en este aspecto la regulación adoptada por el Poder Legislativo.

A dos años de la dictación de la denominada ley IVE, resulta de la mayor relevancia revisar la información disponible sobre la implementación de la referida normativa. De ahí que en el presente informe se comente el proceso de reforma legislativa, los alcances de la legislación aprobada, sus limitaciones, las acciones de implementación llevadas a cabo por el Ministerio de Salud y los datos estadísticos que dicha cartera ha publicado, la situación generada a partir de la regulación amplia de la objeción de conciencia, como igualmente los principales obstáculos o barreras identificados para el acceso de mujeres y niñas a la atención de salud que requieren y para el ejercicio de los derechos que la ley les reconoce.

Corporación Humanas, en su rol ciudadano de vigilancia a la implementación de la ley sobre aborto por causales, analiza la información disponible al respecto, relevando las experiencias y testimonios de mujeres afectadas por alguna de las tres causales, en particular de quienes han solicitado asesoría a la institución. Se espera que el presente informe de implementación de la ley IVE contribuya a las acciones de fiscalización y monitoreo social y que aporte a la corrección de las falencias identificadas, incentivando a las autoridades públicas a adoptar las medidas necesarias para ello.

II. LEY N° 21.030 QUE REGULA LA DESPENALIZACIÓN DE LA INTERRUPCIÓN VOLUNTARIA DEL EMBARAZO EN TRES CAUSALES

1. REFORMA LEGISLATIVA SOBRE ABORTO POR CAUSALES

Como es ampliamente conocido, en Chile la regulación del aborto terapéutico data de 1931, fecha en que se dicta el Código Sanitario. En una primera etapa las razones terapéuticas debían ser documentadas por tres facultativos, y posteriormente, al dictarse un nuevo Código Sanitario, en 1967, se exigió la opinión documentada de dos médicos cirujanos. Sin embargo, el aborto terapéutico fue derogado en las postrimerías de la dictadura cívico militar (septiembre de 1989), y tras la reinstalación del Congreso Nacional (marzo de 1990) fueron numerosas –y por largo tiempo infructuosas– las iniciativas parlamentarias orientadas al restablecimiento de tal derecho, como asimismo las mociones dirigidas a regular el aborto por una o más causales e incluso para su despenalización dentro de determinados plazos.

Ninguna de las propuestas presentadas por diputados/as o senadores/as contó con el necesario respaldo gubernamental para avanzar en su tramitación legislativa. De ahí la relevancia que reviste que el programa de gobierno de Michelle Bachelet Jeria para su segundo mandato presidencial incorporara la despenalización del aborto en tres causales.

En cumplimiento al referido programa, en enero de 2015 la Presidenta Bachelet presentó un proyecto de ley sobre despenalización de la interrupción voluntaria del embarazo en tres causales y posteriormente impulsó su debate parlamentario en ambas cámaras del Congreso Nacional. El decidido apoyo gubernamental a la iniciativa permitió que en agosto de 2017 se aprobara por amplia mayoría una legislación al respecto. Esta normativa fue revisada por el Tribunal Constitucional, que reafirmó la constitucionalidad de la misma aunque introdujo modificaciones importantes en sus contenidos, apartándose en aspectos significativos de lo aprobado por el Poder Legislativo, especialmente en lo referido a la objeción de conciencia.

Tabla N° 1. Tramitación legislativa del proyecto de ley que regula la despenalización de la interrupción voluntaria del embarazo en tres causales, principales hitos

Proyecto de ley que despenaliza la interrupción voluntaria del embarazo en tres causales (Boletín Legislativo N° 9.895-11)

Iniciativa de ley

Mensaje presidencial	Presidenta Michelle Bachelet Jeria, 31 de enero de 2015. Ingresado ante la Cámara de Diputados
----------------------	---

Primer trámite constitucional (Cámara de Diputados)

Comisión de Salud	Informe de la Comisión de Salud de la Cámara de Diputados, 15 de septiembre de 2015
Comisión de Constitución, Legislación, Justicia y Reglamento	Informe de la Comisión de Constitución, Legislación, Justicia y Reglamento de la Cámara de Diputados, 9 de marzo de 2016
Comisión de Hacienda	Informe de la Comisión de Hacienda de la Cámara de Diputados, 15 de marzo de 2016
Sala de la Cámara de Diputados	Discusión y votación en general y en particular en la Sala de la Cámara de Diputados, 16 y 17 de marzo de 2016

Segundo trámite constitucional (Senado de la República)

Comisión de Salud	Primer Informe de Comisión de Salud del Senado de la República, 13 de septiembre de 2016
Comisión de Constitución, Legislación, Justicia y Reglamento	Primer Informe de la Comisión de Constitución, Legislación, Justicia y Reglamento del Senado de la República, 18 de enero de 2017
Sala del Senado de la República	Discusión y votación general en la Sala del Senado de la República, 24 y 25 de enero de 2017
Comisión de Salud	Segundo Informe de Comisión de Salud del Senado de la República, 7 de junio de 2017
Comisión de Constitución, Legislación, Justicia y Reglamento	Segundo Informe de la Comisión de Constitución, Legislación, Justicia y Reglamento del Senado de la República, 4 de julio de 2017
Comisión de Hacienda	Informe de Comisión de Hacienda del Senado de la República, 11 de julio de 2017
Sala del Senado de la República	Discusión y votación particular en la Sala del Senado de la República, 12, 17 y 18 de julio de 2017

Tercer trámite constitucional (Cámara de Diputados)

Sala de la Cámara de Diputados	Votación de las modificaciones formuladas en segundo trámite constitucional, 19 y 20 de julio de 2017
--------------------------------	---

Comisión Mixta

Comisión Mixta de diputados/as y senadores/as	Informe de Comisión Mixta, 2 de agosto de 2017
Sala de la Cámara de Diputados	Discusión y votación del Informe de la Comisión Mixta, Sala de la Cámara de Diputados, 2 de agosto de 2017
Sala del Senado de la República	Discusión y votación del Informe de la Comisión Mixta, Sala del Senado de la República, 2 de agosto de 2017

Control de constitucionalidad (Tribunal Constitucional)

Requerimiento de inconstitucionalidad

Tribunal Constitucional	Requerimiento de inconstitucionalidad presentado por una cuarta parte de senadores/as, 2 de agosto de 2017
	Requerimiento de inconstitucionalidad presentado por una cuarta parte de diputados/as, 8 de agosto de 2017
	Audiencias públicas, 17 y 18 de agosto de 2017
	Alegatos intervinientes, 19 de agosto de 2017
	Veredicto, 21 de agosto de 2017
	Sentencia, 28 de agosto de 2017 (Rol N° 3.729 (3.751)-17-CPT)

Control preventivo de constitucionalidad

Tribunal Constitucional	Sentencia, 7 de septiembre de 2017 (Rol N° 3.739-17-CPR)
-------------------------	--

Promulgación de la ley

Presidenta de la República	Promulgación de la ley, 14 de septiembre de 2017
----------------------------	--

Publicación de la ley en Diario Oficial

Diario Oficial	Ley N° 21.030 regula la despenalización de la interrupción voluntaria del embarazo en tres causales, 23 de septiembre de 2017
----------------	---

Fuente: elaboración propia.

2. PRINCIPALES CONTENIDOS DE LA LEY N° 21.030

La ley N° 21.030 que regula la despenalización de la interrupción voluntaria del embarazo en tres causales, permite el aborto a decisión de la mujer en tres situaciones específicas –riesgo vital, inviabilidad de carácter letal y violación–, definidas de manera estricta y facultando únicamente a un médico cirujano realizarlo.

Esta ley introduce un conjunto de modificaciones al Código Sanitario y otras leyes para permitir, en primer lugar, la interrupción voluntaria del embarazo cuando la *“mujer se encuentre en riesgo vital, de modo que la interrupción del embarazo evite un peligro para su vida”* (Código Sanitario, art. 119 N° 1). Es decir, se consagra la causal riesgo vital de manera acotada, sin recoger los *“fines terapéuticos”* que la normativa sanitaria reguló hasta 1989. La determinación de esta causal se encomienda a un médico, quien debe realizar el respectivo diagnóstico (art. 119 bis, inc. 1).

En segundo lugar, se permite la interrupción del embarazo cuando el *“embrión o feto padezca una patología congénita adquirida o genética, incompatible con la vida extrauterina independiente, en todo caso de carácter letal”* (art. 119 N° 2). Esta causal exige de dos diagnósticos médicos en el mismo sentido, emitidos por médicos especialistas (art. 119 bis, inc. 2).

En tercer lugar, se permite si el embarazo es *“resultado de una violación”*. Sin embargo, respecto de esta causal la ley contempla un plazo límite para la realización del aborto. Tratándose de mujeres adultas y de adolescentes (mayores de 14 años y menores de 18) el plazo es de 12 semanas de gestación, mientras que para las niñas menores de 14 años el plazo es de 14 semanas (art. 119 N° 3). Cabe señalar que el proyecto original presentado por la Presidenta Bachelet proponía un período de 18 semanas para las niñas menores de 14 años, pero durante la discusión legislativa dicho plazo fue rebajado a 14 semanas.

La determinación de la concurrencia de la causal violación se encomienda a un equipo de salud conformado especialmente para ello, que debe garantizar a la mujer un trato digno y respetuoso. A este equipo de salud corresponde confirmar *“la concurrencia de los hechos que lo constituyen y la edad gestacional”*, e informar por escrito a la mujer o su representante legal y al jefe del establecimiento de salud (art. 119 bis, inc. 3). De esta manera la regulación prevista excluye cualquier intervención de algún organismo policial o judicial en la determinación de la causal violación, sin embargo, se observa que la ley no contempla un mecanismo de revisión ni de reclamación frente a la eventual decisión negativa del equipo de salud.

Además, se establece que el jefe del establecimiento de salud debe realizar la respectiva denuncia de la violación cuando la solicitante es una niña o adolescente menor de 18 años, conforme a las reglas generales, y notificar al Servicio Nacional de Menores (art. 119 bis, inc. 4). Asimismo, respecto de una mujer mayor de edad que no ha realizado la denuncia, corresponde al jefe del establecimiento comunicar al Ministerio Público a fin de que se investigue de oficio, disponiendo la ley que en dicho proceso judicial la participación de la mujer es voluntaria y que no puede ser obligada a comparecer (art. 119 bis, incs. 5 y 7).

De acuerdo a la ley N° 21.030, la voluntad de la mujer de interrumpir el embarazo en cualquiera de las tres causales debe manifestarse “*en forma expresa, previa y por escrito*”, permitiéndose que mujeres con discapacidad cuenten con medios alternativos de comunicación para prestar su consentimiento. No obstante, si se trata de una mujer declarada judicialmente interdicta por causa de demencia, se exige la autorización de su representante legal, disponiéndose igualmente “*tener su opinión en consideración, salvo que su incapacidad impida conocerla*” (art. 119 inc. 2 y 3).

En tanto, respecto de las niñas menores de 14 años es a ellas a quien se reconoce la decisión en orden a la interrupción del embarazo, pero se les exige contar con la autorización de su representante legal, o al menos de uno de ellos si tiene más de uno. Sin embargo, si la niña no cuenta con dicha autorización, por negativa o ausencia del representante legal, se permite a un integrante del equipo de salud solicitar una autorización judicial sustitutiva a un juez de familia (art. 119 inc. 4). La posibilidad de la autorización judicial sustitutiva igualmente se contempla en caso de “*riesgo grave de maltrato físico o psíquico, coacción, abandono, desarraigo u otras acciones u omisiones que vulneren su integridad*”, para la niña menor de 14 años o para la mujer declarada judicialmente interdicta por demencia, debiendo el médico consignar su opinión por escrito (art. 119 inc. 5).

Solicitada la autorización, la ley prevé que el juez debe resolver “*sin forma de juicio y verbalmente, a más tardar dentro de las cuarenta y ocho horas siguientes a la presentación de la solicitud*”. Para ello el juez cuenta con los antecedentes proporcionados por el equipo de salud, pudiendo oír a alguno de sus integrantes y se dispone que debe oír a la niña y al representante legal que haya denegado la autorización (art. 119 inc. 4). El procedimiento es reservado y de la resolución judicial puede apelar tanto la niña como el representante legal (art. 119 inc. 6).

Cabe señalar que el texto de ley aprobado por el Congreso Nacional únicamente contemplaba la posibilidad de apelar de la resolución que deniegue la autorización para la interrupción del embarazo de la niña, pero no de la resolución que lo hubiere autorizado. Sin embargo, el Tribunal Constitucional en ejercicio del control preventivo obligatorio de constitucionalidad de aquellas normas del proyecto referidas al procedimiento judicial, declaró inconstitucional la expresión “*que deniegue la autorización*”, habilitando de esta manera al representante legal disconforme con la autorización otorgada a la niña a recurrir de ella ante la Corte de Apelaciones, posibilidad no prevista en la normativa aprobada por el Poder Legislativo¹.

Respecto de las adolescentes, en cambio, se respeta su decisión en orden a la interrupción del embarazo en cualquiera de las tres causales, exigiendo la ley únicamente que de ello se informe a su representante legal (art. 119, inc. 7). No obstante, de estimar el equipo de salud que dicha información podría generarle un “*riesgo grave de maltrato físico o psíquico, coacción, abandono, desarraigo u otras acciones u omisiones que vulneren su integridad*”, se permite no comunicarle directamente a dicho representante legal y en su lugar informar a otro “*adulto familiar que la adolescente indique y, en caso de no haberlo, al adulto responsable que ella señale*” (art. 119, inc. 8). En tal caso, el jefe del establecimiento de salud que atendió a la adolescente debe informar al tribunal de familia para que este adopte las medidas de protección que correspondan (art. 119, inc. 9).

Por otra parte, contempla la ley que el prestador de salud proporcione a la mujer información sobre la prestación médica y sobre alternativas a la interrupción del embarazo, que incluye información sobre programas de apoyo social, económico y de adopción, aunque se señala que esta información no debe estar orientada a influir en su decisión (art. 119, inc. 10).

Además, prevé la ley N° 21.030 un programa de acompañamiento a que la mujer embarazada tiene derecho, tanto en el proceso de discernimiento o toma de decisión como con posterioridad a esta, sea que decida continuar o interrumpir el embarazo. Este acompañamiento se define como voluntario, personalizado y respetuoso de su decisión, comprende acciones de acogida y apoyo biopsicosocial y, en el caso de violación sexual, incluye información para la presentación de una denuncia. Para aquellas mujeres que decidan continuar el embarazo, además comprende información sobre la condición de salud y activación de redes de apoyo (art. 119, inc. 11).

¹ TRIBUNAL CONSTITUCIONAL, sentencia de 7 de septiembre de 2017, Rol N° 3.739-17-CPR.

La ley permite que el programa de acompañamiento sea otorgado por organizaciones de la sociedad civil debidamente acreditadas, correspondiendo a la mujer la elección de la entidad a la que acudir y el programa que estime adecuado conforme a su situación y convicciones personales. Además, se prevé que instituciones sin fines de lucro puedan ofrecer apoyo adicional al programa de acompañamiento (art. 119, inc. 13)².

Otro aspecto relevante en la regulación contenida en la ley IVE está dado por la amplia objeción de conciencia que se reconoce a médicos/as y a otros prestadores de salud, inclusive a personas jurídicas o instituciones. Se trata de una normativa que consagra de manera amplia y general la objeción de conciencia personal e institucional, y no cautela el carácter excepcional que dicha figura, conforme a los estándares internacionales de derechos humanos³, debe tener.

En efecto, pese a tratarse de una ley que permite el aborto únicamente en tres causales específicas y estrictas se permite a una serie de personas excusarse de realizarlo, bastando para ello únicamente que de manera previa y por escrito hayan manifestado su objeción de conciencia al director del establecimiento de salud. De acuerdo a la normativa aplicable, la posibilidad de declararse objetor de conciencia no está sujeta a ningún proceso de calificación ni a requisito alguno de seriedad, sino únicamente supeditada a que se manifieste “*en forma escrita y previa*” (art. 119 ter, inc. 1).

Además, el derecho de declararse objetor de conciencia se reconoce no solo a los médicos que llevan a cabo directamente la interrupción del embarazo sino también al “*resto del personal al que corresponda desarrollar sus funciones al interior del pabellón quirúrgico durante la intervención*”. Es decir, no se limita a profesionales de la salud sino que se extiende a un amplio espectro de personas.

² La regulación de las prestaciones que comprende el programa de acompañamiento, de la acreditación de organizaciones de la sociedad civil que pueden brindarlas y los criterios para elaborar un listado de instituciones sin fin de lucro que ofrezcan apoyo adicional, se encuentra contenida en el Decreto Supremo N° 44 del Ministerio de Salud de 19 de diciembre de 2017, Aprueba reglamento de las prestaciones incluidas en el programa de acompañamiento y materias afines de la Ley n° 21.030, publicado en el Diario Oficial el 8 de febrero de 2018.

³ Ver: COMISIÓN INTERAMERICANA DE DERECHOS HUMANOS, *Acceso a la información en materia reproductiva desde una perspectiva de derechos humanos*, OEA/Ser.L/V/II. Doc. 61; COMITÉ DE DERECHOS ECONÓMICOS, SOCIALES Y CULTURALES, *Observación general núm. 22 (2016), relativa al derecho a la salud sexual y reproductiva (artículo 12 del Pacto Internacional de Derechos Económicos, Sociales y Culturales)*, 2 de mayo de 2016, U.N. Doc. E/C.12/GC/22.

Al respecto cabe señalar que en el mensaje presidencial la objeción de conciencia se regulaba acotada al médico cirujano. No obstante, durante la discusión parlamentaria primó la propuesta de algunos legisladores en cuanto a extender esta prerrogativa al “resto del personal profesional que corresponda desarrollar sus funciones al interior del pabellón quirúrgico durante la intervención”. Posteriormente, el Tribunal Constitucional declaró inconstitucional la expresión “profesional”, ampliando de este modo aún más las personas que pueden acogerse a la objeción de conciencia. Además, el proyecto de ley aprobado por el Congreso Nacional señalaba expresamente que “[l]a objeción de conciencia es de carácter personal y en ningún caso podrá ser invocada por una institución”. Sin embargo, como se ha señalado, el Tribunal Constitucional determinó eliminar la expresión “en ningún caso” a fin de posibilitar la objeción de conciencia institucional⁴.

La ley N° 21.030 regula que al presentarse la situación de ser requerida la interrupción del embarazo a un profesional objetor de conciencia, corresponde al establecimiento de salud asignar de inmediato otro profesional no objetante a la usuaria. Pero si el establecimiento no cuenta con personal que no haya manifestado objeción de conciencia, debe ser derivada a otro establecimiento. Además, se prevé que el profesional objetor requerido para interrumpir un embarazo debe informar de inmediato al director del establecimiento de salud la necesidad de derivar a la mujer. Asimismo, se encomienda al Ministerio de Salud dictar los protocolos necesarios para la ejecución de la objeción de conciencia, los que deben asegurar la atención médica a las mujeres que requieren la interrupción del embarazo (art. 119 ter, incs. 1 y 2).

En la actualidad se cuenta con un reglamento sobre objeción de conciencia, que data de octubre de 2018 y que fuera revisado por el Tribunal Constitucional en enero de 2019 luego de ser impugnado por parlamentarios oficialistas⁵. Tras la referida revisión por parte del Tribunal Constitucional, la posibilidad de acogerse a la denominada objeción de conciencia institucional se amplió aun más allá de lo previsto en dicho reglamento, al habilitar incluso a establecimientos privados de salud que prestan servicios públicos de ginecología y obstetricia –por haber celebrado convenios con el Ministerio de Salud para ello– ser reconocidos como objetores de conciencia institucionales⁶.

⁴ TRIBUNAL CONSTITUCIONAL, sentencia de 28 de agosto de 2017, Rol N° 3.729 (3.751)-17-CPT.

⁵ MINISTERIO DE SALUD, Decreto Supremo N° 67, Aprueba reglamento para ejercer objeción de conciencia según lo dispuesto en el artículo 119 ter del Código Sanitario, de 29 de junio de 2018, publicado en el Diario Oficial el 23 de octubre de 2018.

⁶ TRIBUNAL CONSTITUCIONAL, sentencia de dieciocho de enero de dos mil diecinueve, Rol N° 5572-18-CDS / 5650-18-CDS (acumuladas).

El referido reglamento fue dictado por el Ministerio de Salud en cumplimiento a la decisión de la Contraloría General de la República⁷ que dictaminó la ilegalidad del protocolo dictado en marzo de 2018 por las autoridades gubernamentales recién asumidas⁸, el que a su vez había derogado el protocolo emitido en enero de ese año por el anterior Gobierno⁹.

Por otra parte, cabe señalar que la ley N° 21.030 regula como única excepción a la objeción de conciencia la situación de una mujer comprendida en la causal riesgo vital que requiera de atención médica inmediata e impostergable. En tal caso, quien haya “*manifestado objeción de conciencia no podrá excusarse de realizar la interrupción del embarazo cuando no exista otro médico cirujano que pueda realizar la intervención*” (art. 119 ter, inc. 3).

La normativa aprobada por el Congreso Nacional contemplaba una segunda excepción a la objeción de conciencia, orientada a resguardar a las víctimas de violencia sexual frente al inminente vencimiento del plazo establecido para la interrupción del embarazo. Sin embargo, el Tribunal Constitucional determinó declarar inconstitucional la norma que disponía “[t]ampoco podrá excusarse si es inminente el vencimiento del plazo establecido en la causal del número 3) del inciso primero del artículo 119”, y la suprimió de la ley¹⁰.

Además, la ley IVE contempla una expresa prohibición a la publicidad sobre la oferta de centros, establecimientos o servicios, o de medios, prestaciones técnicas o procedimientos para la práctica de la interrupción del embarazo (art. 119 quáter). Ello constituye una barrera al acceso a la información que las mujeres, adolescentes y niñas que se encuentren en alguna de las tres causales previstas en la ley requieren para poder acceder oportunamente a la atención de salud.

⁷ CONTRALORÍA GENERAL DE LA REPÚBLICA, Dictamen N° 11.781 de 9 de mayo de 2018, No se ajusta a derecho el protocolo aprobado por la resolución exenta N° 432, de 2018, del Ministerio de Salud.

⁸ MINISTERIO DE SALUD, Resolución N° 432 exenta de 22 de marzo de 2018, Aprueba “Protocolo para la manifestación de objeción de conciencia según lo dispuesto en el artículo 119 ter del Código Sanitario” y deja sin efecto la Resolución N° 61 exenta de 22 de enero de 2018, publicada en el Diario Oficial el 23 de marzo de 2018.

⁹ MINISTERIO DE SALUD, Resolución N° 61 exenta de 22 de enero de 2018, Aprueba “Protocolo para la manifestación de objeción de conciencia personal y para la objeción de conciencia invocada por instituciones en el marco de lo dispuesto en el artículo 119 ter del Código Sanitario”, publicada en el Diario Oficial el 27 de enero de 2018.

¹⁰ TRIBUNAL CONSTITUCIONAL, sentencia de 28 de agosto de 2017, Rol N° 3.729 (3.751)-17-CPT.

Por último, cabe comentar que el mensaje presidencial contenía una norma sobre confidencialidad de la atención médica a las mujeres que sufren complicaciones derivadas de aborto, ajustada a las obligaciones internacionales que al Estado de Chile corresponden en materia de derechos humanos de las mujeres. En efecto, desde el año 1999 en adelante, diversos organismos internacionales han reprochado la vigencia de las normas penales que imponen al personal de salud denunciar a las mujeres que se han sometido a abortos, exigiendo su reforma para garantizar la confidencialidad de la información y la atención médica¹¹.

Sin embargo, la norma sobre confidencialidad de la atención propuesta en el proyecto gubernamental, que garantizaba expresamente la primacía de la confidencialidad por sobre el deber de denuncia del delito de aborto, fue suprimida durante la tramitación legislativa al no contar con la mayoría suficiente para su aprobación.

3. PRINCIPALES ASPECTOS CRÍTICOS DE LA LEY N° 21.030

La ley N° 21.030, como se ha señalado, introduce en la regulación sanitaria sobre aborto un modelo de causales –riesgo vital, inviabilidad de carácter letal y violación–, permitiendo a las mujeres y niñas afectadas por alguna de estas graves y excepcionales situaciones decidir si interrumpir o continuar el embarazo y recibir la atención de salud correspondiente. Sin embargo, por tratarse de una normativa sobre causales, no aborda la realidad de la amplia mayoría de mujeres que aborta por otras razones, manteniendo la penalización y la clandestinidad de esta práctica. De ello derivan importantes riesgos para la salud y la vida de quienes deciden interrumpir sus embarazos, así como la posibilidad de ser criminalizadas, riesgos que afectan en mayor medida a las mujeres más vulnerabilizadas, como las adolescentes y las niñas, las mujeres pobres y las mujeres migrantes, entre otras.

¹¹ COMITÉ DE DERECHOS HUMANOS, *Examen de los informes presentados por los Estados partes en virtud del artículo 40 del Pacto, Observaciones finales del Comité de Derechos Humanos, Chile, 65° período de sesiones, 30 de marzo de 1999*, U.N. Doc. CCPR/C/79/Add.104, párr. 15; COMITÉ PARA LA ELIMINACIÓN DE LA DISCRIMINACIÓN CONTRA LA MUJER, *Observaciones finales del Comité para la Eliminación de la Discriminación contra la Mujer: Chile, 21° período de sesiones, 7 a 25 de junio de 1999*, U.N. Doc. A/54/38/Rev.1, párr. 229; COMITÉ CONTRA LA TORTURA, *Examen de los informes presentados por los Estados partes en virtud del artículo 19 de la Convención, Conclusiones y recomendaciones del Comité contra la Tortura, Chile, 32° período de sesiones, 14 de junio de 2004*, U.N. Doc. CAT/C/CR/32/5, párrs. 6 letra j) y 7 letra m).

Además, las causales previstas en la ley se encuentran definidas de manera sumamente estricta. En efecto, bajo la causal riesgo vital únicamente se acepta la decisión de interrumpir el embarazo si esta permite evitar un peligro para la vida de la mujer, y no contempla los riesgos y daños para su salud física y psíquica. Es decir, tras la reforma legal no se restableció en Chile el derecho al aborto terapéutico que la legislación sanitaria consagró en el país entre 1931 y 1989.

Por otra parte, la causal inviabilidad se define restringida a patologías congénitas adquiridas o genéticas incompatibles con la vida extrauterina independiente de carácter letal, sin comprender el conjunto de malformaciones graves determinantes de inviabilidad, sino únicamente aquellas en que pueda determinarse con certeza su letalidad.

La causal violación, en tanto, no abarca todas las situaciones de violencia sexual que afectan a mujeres y niñas, al no estar centrada en la ausencia de consentimiento como elemento determinante de la permisividad del aborto. Además, como se ha señalado, se trata de una causal sujeta a plazos sumamente acotados (12 semanas para adolescentes y mujeres mayores de edad y 14 semanas para niñas menores de 14 años). Ello limita de manera importante el acceso a la interrupción legal de embarazos producto de violación puesto que los acotados límites temporales definidos no resultan suficientes, especialmente tratándose de niñas menores de 14 años, así como para las adolescentes quienes pese a la enorme vulnerabilidad que presentan frente a la violencia sexual se encuentran sometidas al mismo plazo de 12 semanas contemplado para mujeres adultas.

Si bien la calificación de la concurrencia de las causales se encomienda exclusivamente a equipos de salud, la ley IVE no define ningún mecanismo de reclamación específico que permita a mujeres y niñas afectadas por alguna de las tres causales solicitar la revisión de la decisión médica cuando esta es negativa. Ello resulta especialmente problemático respecto de la causal violación, cuya calificación corresponde a un equipo de salud especialmente conformado para ello a quienes se encomienda confirmar la concurrencia de los hechos y la edad gestacional.

A lo anterior cabe agregar que la propia ley impone una severa limitación en el acceso a la información para mujeres y niñas que se encuentren en alguna de las tres causales. Ello, puesto que se prohíbe expresamente la publicidad sobre la oferta de centros, establecimientos o servicios, o de medios, prestaciones técnicas o procedimientos para la práctica de la interrupción del embarazo.

Por otra parte, la regulación sobre objeción de conciencia contenida en la ley N° 21.030 y en el reglamento dictado por el Ministerio de Salud en la materia, se aparta de los estándares internacionales aplicables a dicha figura, al regularla de manera amplia y general, sin resguardar el carácter estrictamente excepcional que debe tener.

Como se ha señalado, a partir de la dictación de la ley IVE se reconoce la posibilidad de acogerse a la objeción de conciencia –y de esta manera poder excusarse de intervenir en procedimientos médicos de interrupción del embarazo– a médicos/as cirujanos/as y a otros/as integrantes del equipo de salud que se desempeñan en pabellón. Para ello basta completar un formulario tipo, sin que se requiera ninguna clase de fundamentación basada en las convicciones o creencias morales o religiosas. Tampoco se plantea respecto de quienes se declaren objetores/as alguna clase de contraprestación o servicio en compensación a las atenciones de salud que se les faculta no brindar. En tanto, a los establecimientos de salud no se les exige contar con al menos un equipo no objetor que pueda realizar la interrupción del embarazo en las causales previstas en la ley, permitiéndoles derivar a la mujer o niña a otro recinto. Además, el referido reglamento consagra la reserva de la información sobre objetores/as de conciencia individuales, disponiendo que tales datos se rigen por la ley N° 19.628 sobre protección de la vida privada, por lo que las usuarias no pueden conocer de antemano la calidad de los equipos que las atienden.

Además, de acuerdo a lo referido anteriormente, la legislación nacional ha incorporado la figura de la objeción de conciencia institucional, que permite a establecimientos privados de salud eximirse de la obligación de brindar la prestación de interrupción voluntaria del embarazo en tres causales. Para ello tampoco se exige ninguna clase de fundamentación referida al ideario o valores de la respectiva persona jurídica, ni al modo en que dichos valores institucionales se verían afectados por la realización de abortos bajo un modelo de causales. Además, la posibilidad de acogerse a la objeción de conciencia institucional se admite incluso respecto de establecimientos privados que hayan celebrado convenios con el Ministerio de Salud para la realización de determinadas prestaciones, aun si dichos convenios contemplan prestaciones de obstetricia y ginecología. Ello de acuerdo a lo que fuera decidido por el Tribunal Constitucional en enero de 2019 frente al requerimiento presentado por parlamentarios/as oficialistas en contra del reglamento sobre objeción de conciencia dictado por el Ministerio de Salud.

III. IMPLEMENTACIÓN DE LA LEY DE ABORTO EN TRES CAUSALES POR MINISTERIO DE SALUD

1. REGLAMENTOS Y NORMATIVAS TÉCNICAS

Tras la dictación de la ley N° 21.030, correspondió al Ministerio de Salud la definición de una serie de normas reglamentarias y de carácter técnico que permitieran la implementación de la ley. Es así como a la fecha se cuenta con:

Tabla N° 2. Reglamentos y normativas técnicas del Ministerio de Salud para la implementación de la ley N° 21.030 que regula la despenalización de la interrupción voluntaria del embarazo en tres causales

Título	Norma
Reglamento de las prestaciones incluidas en el programa de acompañamiento y materias afines de la ley n° 21.030	Decreto N° 44 de 19 de diciembre de 2017, publicado en Diario Oficial el 8 de febrero de 2018 ¹²
Reglamento para ejercer objeción de conciencia según lo dispuesto en el artículo 119 ter del Código Sanitario	Decreto N° 67 de 29 de junio de 2018, publicado en el Diario Oficial el 23 de octubre de 2018 ¹³
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	Resolución exenta N° 129, aprueba “Norma general técnica N° 197 sobre acompañamiento y atención integral a la mujer que solicita la interrupción voluntaria del embarazo en tres causales”, publicada en el Diario Oficial el 8 de febrero de 2018 ¹⁴
Orientaciones técnicas: Acogida y acompañamiento psicosocial en el marco de la ley 21.030 que despenaliza la interrupción voluntaria del embarazo en tres causales	Resolución exenta N° 401, aprueba “Orientaciones técnicas: acogida y acompañamiento psicosocial en el marco de la ley 21.030, que despenaliza la interrupción voluntaria del embarazo en tres causales”, publicada en el Diario Oficial el 16 de marzo de 2018 ¹⁵

¹² Disponible en: <https://www.leychile.cl/Navegar?idNorma=1114797> (revisado por última vez: 20 de diciembre de 2019).

¹³ Disponible en: <https://www.leychile.cl/Navegar?idNorma=1124446> (revisado por última vez: 20 de diciembre de 2019).

¹⁴ Disponible en: https://www.minsal.cl/wp-content/uploads/2018/02/NORMA-IVE-ACOMPANAMIENTO_02.pdf (revisado por última vez: 20 de diciembre de 2019).

¹⁵ Disponible en: <https://www.minsal.cl/wp-content/uploads/2018/03/OT-Acompan%CC%83amiento-Psicosocial-IVE-Resoluci%C3%B3n-Exenta-401-1.pdf> (revisado por última vez: 20 de diciembre de 2019).

Información de la oferta intersectorial	Información oferta intersectorial que se debe entregar a cada mujer en Ley 21.030 ¹⁶
Nuevo arancel de FONASA	Resolución exenta N° 23, modifica resolución N° 176 exenta de 1999 del Ministerio de Salud que aprueba el arancel de prestaciones de salud del libro II del DFL N° 1/2005 del Ministerio de Salud, publicada en el Diario Oficial el 27 de enero de 2018 ¹⁷
Aplicación y cobertura ISAPRES	Circular IF N° 311/2018, de 7 de febrero de 2018, Aplicación y cobertura por parte de las ISAPRES de las prestaciones asociadas a la interrupción voluntaria del embarazo ¹⁸
Formularios para la declaración de objeción de conciencia individual e institucional	Resolución exenta N° 1624 de 30 de octubre de 2018 ¹⁹
Directrices para la constitución de las causales contempladas en la ley N° 21.030	Circular N° 2 Instruye sobre directrices para la constitución de las causales contempladas en la ley N° 21.030, de 5 de marzo de 2019 ²⁰

Fuente: elaboración propia.

2. OTRAS ACCIONES DE IMPLEMENTACIÓN

Posterior a la dictación de la ley de aborto en tres causales, el Ministerio de Salud define que la atención de las mujeres y niñas afectadas por alguna de las causales corresponde a los niveles secundario y terciario de atención. De ahí que, inicialmente, se identifiquen 69 Centros de Alto Riesgo Obstétrico (ARO) a cargo de acoger y otorgar las prestaciones de acompañamiento contempladas en la normativa²¹, agregándose en 2019 un nuevo establecimiento (Hospital de Parral)²².

¹⁶ Disponible en: https://www.minsal.cl/wp-content/uploads/2018/07/2018.02.15_IVE-INFORMACION-OFERTA-INTERSECTORIAL.pdf (revisado por última vez: 20 de diciembre de 2019).

¹⁷ Disponible en: <https://www.leychile.cl/Navegar?idNorma=1114187> (revisado por última vez: 20 de diciembre de 2019).

¹⁸ Disponible en: <https://www.minsal.cl/wp-content/uploads/2018/02/Circular-IFN311.pdf> (revisado por última vez: 20 de diciembre de 2019).

¹⁹ Disponible en: <https://www.minsal.cl/wp-content/uploads/2018/11/Rx-1624-2018.pdf> (revisado por última vez: 20 de diciembre de 2019).

²⁰ Disponible en: https://diprece.minsal.cl/wp-content/uploads/2019/03/circular_02_IVE_Directrices.pdf (revisado por última vez: 20 de diciembre de 2019).

²¹ MINISTERIO DE SALUD, *Listado Policlínicos de Alto Riesgo Obstétricos*. Disponible en: <https://www.minsal.cl/wp-content/uploads/2018/02/Lista-de-Policl%C3%adnicos-de-Alto-Riesgo-Obst%C3%a9trico.pdf> (revisado por última vez: 20 de diciembre de 2019).

²² MINISTERIO DE SALUD, *Proceso de Implementación Ley 21.030*, presentación realizada ante la Comisión de Mujeres y Equidad de Género de la Cámara de Diputados, 20 de noviembre de 2019, p. 14. Disponible

En cada uno de estos policlínicos de alto riesgo obstétrico –que se ubican en los hospitales de alta y mediana complejidad de la red pública de salud– se constituyeron, progresivamente a partir de 2017, los respectivos equipos biopsicosociales encargados del programa de acompañamiento previsto en la ley N° 21.030. Los denominados equipos IVE se encuentran conformados por un/a médico/a psiquiatra (jornada de trabajo de 11 horas), un/a psicóloga (jornada de trabajo de 22 horas) y un/a trabajador/a social (jornada de trabajo de 22 horas)²³.

En cuanto a la provisión de equipamiento para la atención de salud de las mujeres y niñas afectadas por alguna de las tres causales, el Ministerio de Salud reporta la adquisición de ecógrafos de alta resolución para seis establecimientos de salud. Ello corresponde al Hospital *Juan Noé* de Arica, Hospital *San José del Carmen* de Copiapó, Hospital *Carlos Van Buren* de Valparaíso, Centro de Referencia de Salud *Cordillera* en la Región Metropolitana, Hospital *Herminda Martín* de Chillán y al Hospital *Guillermo Grant Benavente* de Concepción²⁴.

Además, a partir de 2018, se implementan progresivamente tres laboratorios citogenéticos para diagnósticos prenatales. Ello en el Hospital *Sótero del Río* del Servicio de Salud Metropolitano Sur Oriente, el Hospital *La Serena* del Servicio de Salud Coquimbo y el Hospital de Valdivia del Servicio de Salud Valdivia²⁵.

para descarga en: https://www.camara.cl/trabajamos/comision_listadodocumento.aspx?prmID=1921 (revisado por última vez: 20 de diciembre de 2019).

²³ MINISTERIO DE SALUD, *Implementación Ley 21.030 que despenaliza la interrupción voluntaria del embarazo en tres causales*, presentación realizada ante la Comisión de Familia y Adulto Mayor de la Cámara de Diputados, 22 de enero de 2018, p. 21. Disponible en: <https://www.camara.cl/pdf.aspx?prmID=124614&prmTIPO=DOCUMENTOCOMISION> (revisado por última vez: 20 de diciembre de 2019).

²⁴ MINISTERIO DE SALUD, *Ley N°21.030 a 2 años de su entrada en vigencia*, publicado el 20 de agosto de 2019. Disponible en: <https://www.minsal.cl/ley-n21-030-a-2-anos-de-su-entrada-en-vigencia-ive/> (revisado por última vez: 20 de diciembre de 2019).

²⁵ MINISTERIO DE SALUD, *Ley N°21.030 a 2 años de su entrada en vigencia*, publicado el 20 de agosto de 2019. Disponible en: <https://www.minsal.cl/ley-n21-030-a-2-anos-de-su-entrada-en-vigencia-ive/> (revisado por última vez: 20 de diciembre de 2019).

En cuanto a la provisión de medicamentos e insumos, el Ministerio de Salud ha reportado la adquisición y distribución a los Centros de Alto Riesgo Obstétrico (policlínicos ARO) a partir de enero de 2018, de 2.550 comprimidos de mifepristone y 82.000 comprimidos de misoprostol, así como de 548 set de aspiración manual endouterina (AMEU)²⁶.

Por otra parte, el Ministerio de Salud informa la realización de acciones de capacitación sobre la aplicación de la ley IVE dirigidas a 1.372 profesionales de salud a través de actividades presenciales, cursos online y jornadas formativas²⁷.

Cabe destacar que tras la entrada en vigencia de la ley N° 21.030, el Ministerio de Salud incorporó en su página web oficial un banner especial con información sobre la Ley que despenaliza la interrupción voluntaria del embarazo en 3 causales²⁸. La información contenida en el sitio web del Ministerio de Salud no constituye una acción de implementación propiamente tal, sin embargo se considera relevante en términos de la transparencia de la información y por la posibilidad que brinda a equipos de salud, usuarias y organizaciones de la sociedad civil de acceder a la información disponible sobre aborto en tres causales.

²⁶ MINISTERIO DE SALUD, *Implementación Ley 21.030 que despenaliza la interrupción voluntaria del embarazo en tres causales*, presentación realizada ante la Comisión de Familia y Adulto Mayor de la Cámara de Diputados, 22 de enero de 2018, p. 29. Disponible en: <https://www.camara.cl/pdf.aspx?prmID=124614&prmTIPO=DOCUMENTOCOMISION> (revisado por última vez: 20 de diciembre de 2019).

²⁷ MINISTERIO DE SALUD, *Ley N°21.030 a 2 años de su entrada en vigencia*, publicado el 20 de agosto de 2019. Disponible en: <https://www.minsal.cl/ley-n21-030-a-2-anos-de-su-entrada-en-vigencia-ive/> (revisado por última vez: 20 de diciembre de 2019).

²⁸ MINISTERIO DE SALUD, *Ley que despenaliza la interrupción voluntaria del embarazo en 3 causales*. Disponible en: <https://www.minsal.cl/ley-n21-030-a-2-anos-de-su-entrada-en-vigencia-ive/> (revisado por última vez: 20 de diciembre de 2019).

IV. CASOS DE EMBARAZOS CALIFICADOS EN ALGUNA DE LAS TRES CAUSALES REPORTADOS POR EL MINISTERIO DE SALUD

A partir de la entrada en vigencia de la ley N° 21.030, el Ministerio de Salud registra los casos en que se ha tenido por constituida alguna de las tres causales –riesgo vital, inviabilidad de carácter letal y violación sexual–, y la decisión de las usuarias en cuanto a interrumpir o continuar el embarazo en las referidas causales. Además, desde el 1° de febrero de 2018, se registra la decisión de aceptar o no el programa de acompañamiento previsto en la ley, y a contar del 1° de enero de 2019 se incluye información sobre embarazos que califican en alguna de las tres causales en establecimientos privados de salud. La información pública disponible en la página web del Ministerio de Salud abarca desde el 23 de septiembre de 2017 (fecha de inicio de vigencia de la ley) hasta el 30 de septiembre de 2019.

Sin embargo, se trata de información limitada por cuanto los registros no se presentan desagregados por tramos de edad de las mujeres, su nacionalidad, ni por servicios de salud, por lo que no es posible caracterizar a quienes acceden a la prestación ni la distribución territorial de las mismas. Ello dificulta la posibilidad de monitorear la implementación de la ley por parte de las organizaciones de la sociedad civil, en particular en relación a la respuesta estatal, y eventualmente identificar barreras o conductas discrecionales que pudieran constituir un patrón de discriminación respecto de la edad, la nacionalidad e incluso los territorios, considerando la distribución geográfica de los servicios de salud. A efectos de poder evaluar adecuadamente la implementación de la ley IVE resulta crucial disponer de información completa y debidamente desagregada.

1. CASOS EN QUE SE DETERMINA LA CONCURRENCIA DE ALGUNA DE LAS TRES CAUSALES

Luego de la entrada en vigencia de la ley N° 21.030 (23 de septiembre de 2017), y hasta el 30 de septiembre de 2019, los reportes del Ministerio de Salud dan cuenta de 1.281 embarazos que califican en alguna de las causales. La información corresponde a 35 casos reportados al Gabinete de la Subsecretaría de Redes Asistenciales entre septiembre de 2017 y enero de 2018, 734 embarazos informados al Departamento de Estadísticas e Información en Salud (DEIS) entre el 1° de febrero y el 25 de diciembre de

2018²⁹, y 512 embarazos reportados al DEIS entre el 1° de enero y el 30 de septiembre de 2019³⁰ (Tabla N° 3).

Tabla N° 3. Embarazos reportados en alguna de las tres causales previstas en la ley N° 21.030, según causal y período de implementación.

Chile, 23 de septiembre de 2017 a 30 de septiembre de 2019

Causal	Período de implementación ley N° 21.030							
	23 de septiembre de 2017 a 31 de enero de 2018		1° de febrero a 25 de diciembre de 2018		1° de enero a 30 de septiembre de 2019		Total	
	N°	%	N°	%	N°	%	N°	%
Riesgo vital	1	2,9%	342	46,6%	167	32,6%	510	39,8%
Inviabilidad	20	57,1%	291	39,6%	270	52,7%	581	45,4%
Violación	14	40,0%	101	13,8%	75	14,6%	190	14,8%
Total	35	100%	734	100%	512	100%	1.281	100%
Promedio mensual	8,8		66,7		56,9		53,4	

Fuente: elaboración propia con base en Ministerio de Salud, reportes casos IVE.

De la información revisada se observa que la mayor incidencia de casos corresponde al año 2018, período en que se registra el promedio mensual de casos más alto. De hecho, en el lapso de tiempo comprendido entre febrero y diciembre de 2018 (11 meses) el número de casos mensuales promedio asciende a 66,7 embarazos. Ello es significativamente mayor al promedio mensual observado en los primeros cuatro meses de implementación de la ley (octubre de 2017 a enero de 2018), que alcanzó a 8,8 casos por mes, lo que posiblemente responde a lo reciente de la normativa aplicable. En tanto, entre enero y septiembre de 2019 se registran 56,9 casos promedio mensuales (Tabla N° 3).

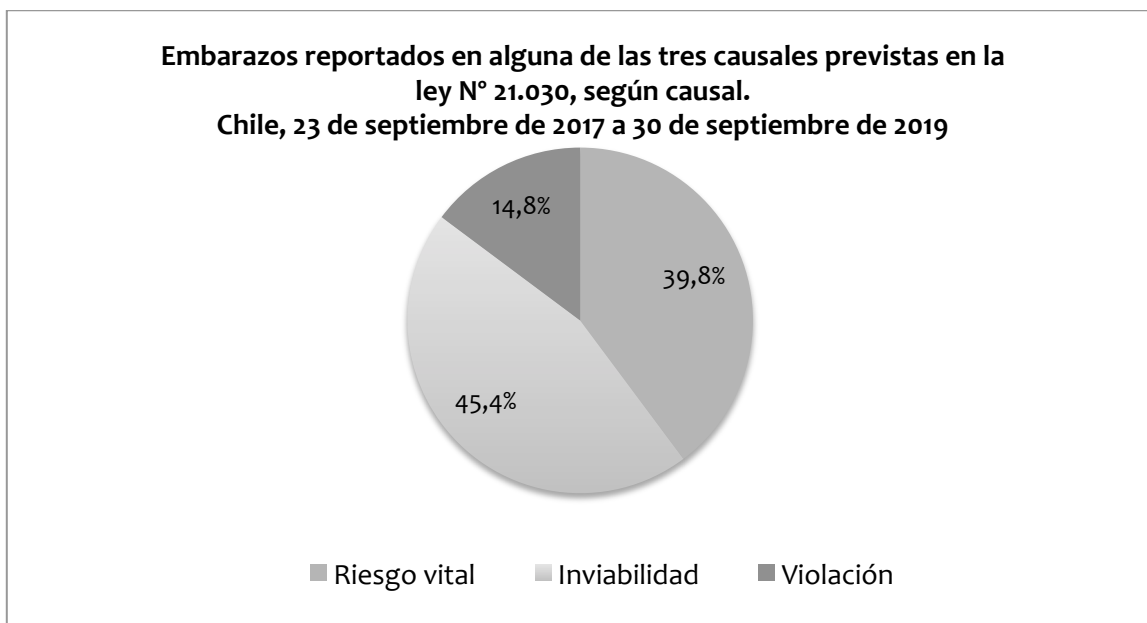
Se desconoce la razón que podría explicar que en los nueve meses reportados del año 2019 se registren en promedio 9,8 casos mensuales menos de embarazos calificados en alguna de las tres causales legales que en los 11 meses registrados del año anterior. De ahí que resulte necesario mantener el monitoreo de lo que ocurra en el año 2019 y en adelante, a fin de identificar eventuales barreras u obstáculos al acceso a las prestaciones de salud garantizadas por la ley sobre aborto en tres causales.

²⁹ MINISTERIO DE SALUD, IVE: *Reporte mensual actualizado al 25 de diciembre de 2018*, publicado el 7 de enero de 2019. Disponible en: <https://www.minsal.cl/ive-reporte-actualizado/> (revisado por última vez: 20 de diciembre de 2019).

³⁰ MINISTERIO DE SALUD, *Reporte Trimestral Ley IVE actualizado: enero a septiembre de 2019*, publicado el 26 de diciembre 2019. Disponible en: <https://www.minsal.cl/reporte-trimestral-ley-ive-actualizado-enero-a-septiembre-de-2019/> (revisado por última vez: 31 de diciembre de 2019).

Por otra parte, se aprecia que del total de casos informados por el Ministerio de Salud, mayoritariamente se trata de embarazos que califican en la causal inviabilidad (45,4% de los casos) y, en segundo lugar, de embarazos de riesgo vital para la mujer (39,8%), mientras que bajo la causal violación se registra el 14,8% de los casos (Gráfico N° 1).

Gráfico N° 1



Fuente: elaboración propia con base en Ministerio de Salud, reportes casos IVE.

En 2018, la causal mayoritaria fue la de riesgo vital, que alcanzó el 46,6% de los casos, seguida de la causal inviabilidad, 39,6% de los casos, mientras que los embarazos resultados de violencia sexual representan al 13,8% de los casos. En cambio, entre enero y septiembre de 2019, más de la mitad de los embarazos corresponden a la causal inviabilidad (52,7%), el 32,6% a embarazos de riesgo vital y 14,6% a la causal violación (Tabla N° 3).

No obstante, si se revisa el promedio mensual de embarazos reportados bajo alguna de las tres causales en los diversos períodos informados por el Ministerio de Salud, se observan diferencias importantes en el registro de casos según causal (Tabla N° 4). La causal riesgo vital presenta una disminución significativa entre 2018 y 2019, como también se aprecia una baja en los casos de violencia sexual, mientras que en casos de inviabilidad se registra un aumento.

Tabla N° 4. Embarazos promedio mensuales reportados en alguna de las tres causales previstas en la ley N° 21.030, según causal y período de implementación. Chile, 23 de septiembre de 2017 a 30 de septiembre de 2019

Causal	Período de implementación ley N° 21.030							
	23 de septiembre de 2017 a 31 de enero de 2018		1° de febrero a 25 de diciembre de 2018		1° de enero a 30 de septiembre de 2019		Total	
	N°	Promedio mensual	N°	Promedio mensual	N°	Promedio mensual	N°	Promedio mensual
Riesgo vital	1	0,25	342	31,1	167	18,6	510	21,3
Inviabilidad	20	5	291	26,5	270	30,0	581	24,2
Violación	14	3,5	101	9,2	75	8,3	190	7,9
Total	35	8,8	734	66,7	512	56,9	1.281	53,4

Fuente: elaboración propia con base en Ministerio de Salud, reportes casos IVE.

En promedio, se reportan 31,1 embarazos de riesgo vital por mes durante 2018 (1° de febrero a 25 de diciembre de 2018), los que bajaron a 18,6 casos mensuales en los nueve meses reportados de 2019 (1° de enero a 30 de septiembre de 2019). En la causal violación, en tanto, se aprecia una disminución de 9,2 casos mensuales promedio en 2018 a 8,3 en 2019. En cambio, los embarazos calificados bajo la causal inviabilidad presentan un aumento de 26,5 casos mensuales en 2018 a 30,0 entre el 1° de enero y el 30 de septiembre 2019.

Sin embargo, la información revisada abarca períodos desiguales que no pueden compararse entre sí. Los datos de 2017, como se ha señalado, corresponden a un período de implementación inmediata de la ley sobre aborto en tres causales, sujeta a errores y correcciones, que no corresponde equiparar a la información reportada con posterioridad. En tanto, las cifras de 2018 comprenden 11 meses (1° de febrero a 25 de diciembre de 2018), y respecto de 2019 se dispone de información respecto de nueve meses (enero a septiembre de 2019).

A ello cabe agregar que los casos reportados bajo la ley N° 21.030 no comprenden todas las situaciones en que mujeres o niñas pueden haberse encontrado en alguna de las tres causales, sino únicamente aquellas en que la respectiva causal fue debidamente diagnosticada o confirmada por el equipo de salud. Para poder monitorear adecuadamente la implementación de la ley e identificar tendencias y eventuales obstáculos, se requiere disponer de información completa en el tiempo y sobre la totalidad de los casos, más allá de aquellos en que se determine o confirme la concurrencia de alguna causal.

2. CASOS REPORTADOS EN ESTABLECIMIENTOS PÚBLICOS Y PRIVADOS DE SALUD

Como se ha señalado, es solo a partir del 1° de enero de 2019 que se dispone de registros de embarazos que califican en alguna de las tres causales en centros privados de salud. Esta información no se presenta desagregada en cuanto a la decisión de las mujeres frente al embarazo ni respecto al programa de acompañamiento, lo que impide la comparación de la atención según tipo de establecimientos.

De acuerdo al reporte del Ministerio de Salud (Tabla N° 5), la gran mayoría de los 512 casos registrados entre el 1° de enero y el 30 de septiembre de 2019 corresponde a atenciones brindadas en establecimientos públicos de salud (90%), mientras que solo 51 casos fueron atendidos en centros privados (10%).

Tabla N° 5. Embarazos reportados en alguna de las tres causales previstas en la ley N° 21.030, según causal y tipo de establecimiento de salud. Chile, 1° de enero a 30 de septiembre de 2019

Causal	Establecimientos de salud				Total	
	Público		Privado		N°	%
	N°	%	N°	%		
Riesgo vital	157	34,1%	10	19,6%	167	32,6%
Inviabilidad	229	49,7%	41	80,4%	270	52,7%
Violación	75	16,3%	0	0,0%	75	14,7%
Total	461	100%	51	100%	512	100%
	90,0%		10,0%		100%	

Fuente: elaboración propia con base en Ministerio de Salud, reportes casos IVE.

La distribución de casos por causal muestra importantes variaciones según se trate de establecimientos públicos o privados de salud. En efecto, de los 461 embarazos atendidos en hospitales públicos en dicho período, casi la mitad corresponde a la causal inviabilidad (49,7%), poco más de un tercio a embarazos de riesgo vital (34,1%) y el 16,3% a violación. En cambio, en centros privados de salud la gran mayoría de casos se enmarca en la causal inviabilidad (80,4%) y una quinta parte (19,6 %) a casos riesgo vital. Resulta sumamente llamativo observar que en el año 2019, de acuerdo a la información reportada por el Ministerio de Salud hasta el 30 de septiembre, no se registre ningún embarazo producto de violación atendido en algún centro privado de salud, lo que sugiere la posibilidad de rechazo de estos casos en dichos establecimientos (Tabla N° 5).

Dado lo acotado del período informado (nueve meses correspondientes al período 1° de enero al 30 de septiembre 2019) no pueden extraerse conclusiones definitivas. Sin embargo, las cifras analizadas generan preocupación por cuanto no se conocen diferencias significativas entre las mujeres que se atienden en uno u otro sistema de salud que puedan explicar la enorme diferencia observada con respecto a la distribución de las causales, y en particular a la falta de atención a mujeres y niñas embarazadas producto de violación en centros privados de salud. De ahí la necesidad de contar con información completa al respecto y que el Ministerio de Salud fiscalice adecuadamente la implementación de la ley sobre aborto en tres causales en todos los establecimientos de salud, tanto públicos como privados.

3. DECISIÓN DE INTERRUPCIÓN O CONTINUACIÓN DEL EMBARAZO

En conformidad a la ley n° 21.030, una vez constituida la causal, la decisión de interrumpir o continuar el embarazo corresponde a la mujer o niña embarazada, en base a la información completa que debe entregarle el equipo de salud.

Según el reporte del Ministerio de Salud, del total de 1.281 casos que califican en alguna de las tres causales desde el inicio de la vigencia de la ley IVE, la gran mayoría de usuarias ha optado por la interrupción del embarazo (84,6%), mientras que el 15,4% ha definido continuar con la gestación (Tabla N° 6).

Tabla N° 6. Embarazos reportados en alguna de las tres causales previstas en la ley N° 21.030, según decisión de interrupción o continuación del embarazo, por causal y período de implementación. Chile, 23 de septiembre de 2017 a 30 de septiembre de 2019

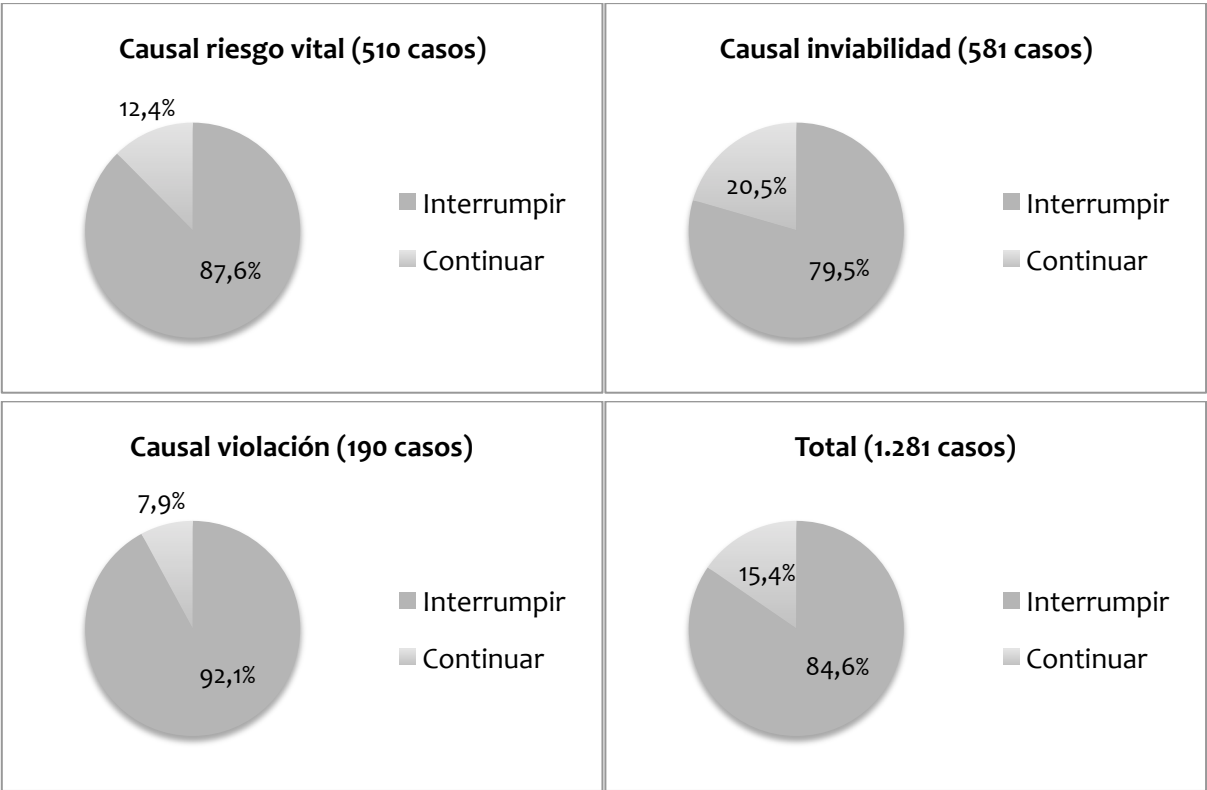
Causal	Período de implementación ley N° 21.030							
	23 de septiembre de 2017 a 31 de enero de 2018		1° de febrero a 25 de diciembre de 2018		1° de enero a 30 de septiembre de 2019		Total	
	Interrumpir	Continuar	Interrumpir	Continuar	Interrumpir	Continuar	Interrumpir	Continuar
Riesgo vital	0	1	312	30	135	32	447 (87,6%)	63 (12,4%)
Inviabilidad	19	1	229	62	214	56	462 (79,5%)	119 (20,5%)
Violación	13	1	93	8	69	6	175 (92,1%)	15 (7,9%)
Total	32 (91,4%)	3 (8,6%)	634 (86,4%)	100 (13,6%)	418 (81,6%)	94 (18,4%)	1084 (84,6%)	197 (15,4%)

Fuente: elaboración propia con base en Ministerio de Salud, reportes casos IVE.

De acuerdo a las cifras entregadas por el Ministerio de Salud, se observa una disminución en la decisión de interrumpir el embarazo según el período informado. En los primeros cuatro meses de implementación de la ley (septiembre de 2017 a enero de 2018), período en que se registran 35 casos, el 91,4% de las mujeres o niñas optó por la interrupción. En tanto, de los 734 casos reportados entre el 1° de febrero y el 25 de diciembre de 2018, se observa que el 86,4% de las afectadas decidió acceder al aborto legal, mientras que de los 512 casos correspondientes al período enero a septiembre de 2019, el 81,6% opta por la interrupción (Tabla N° 6).

Por otra parte, la proporción de mujeres que encontrándose en alguna de las tres causales previstas en la ley decide abortar presenta algunas variaciones dependiendo de la causal en que se encuentra. Frente a un embarazo producto de violencia sexual el 92,1% opta por la interrupción y en casos de riesgo vital esta decisión es adoptada por el 87,6% de las mujeres. En tanto, en la causal inviabilidad se ha interrumpido el 79,5% de los embarazos (Gráfico N° 2).

Gráfico N° 2
Embarazos reportados en alguna de las tres causales previstas en la ley N° 21.030, según
decisión de interrupción o continuación del embarazo, por causal.
Chile, 23 de septiembre de 2017 a 30 de septiembre de 2019



Fuente: elaboración propia con base en Ministerio de Salud, reportes casos IVE.

Cabe señalar que de los embarazos de riesgo vital reportados entre el 1° de febrero y el 25 de diciembre de 2018 (342 casos), el 91,2% de las mujeres y niñas afectadas decidió abortar (312 casos), proporción que disminuye a 80,8% en el período enero a septiembre de 2019 (135 de 167 casos). En tanto en la causal violación no se observan diferencias, habiendo optado por la interrupción el 92,1% de las afectadas en 2018 (93 de 101) y el 92,0% en 2019 (69 de 75), y en la causal inviabilidad la variación no es significativa, 78,7% en 2018 (229 de 291) y 79,3% (214 de 270) (Tabla N° 6).

4. DECISIÓN DE ACEPTACIÓN O RECHAZO FRENTE AL PROGRAMA DE ACOMPAÑAMIENTO

La ley n° 21.030 sobre aborto en tres causales consagra el derecho de mujeres y niñas que se encuentran en alguna de las tres causales de acceder a un programa de acompañamiento biopsicosocial, de carácter voluntario, personalizado y respetuoso de su libre decisión³¹.

De acuerdo a la información reportada por el Ministerio de Salud, el referido programa de acompañamiento se implementa a partir del 1° de febrero de 2018, por lo que estuvo disponible para 1.246 de los 1.281 embarazos totales registrados hasta la fecha bajo la ley. Al respecto se observa que dicho acompañamiento ha sido ampliamente aceptado por mujeres y niñas afectadas por alguna de las situaciones que la normativa regula.

La aceptación del programa de acompañamiento alcanza el 80,4% de mujeres y niñas embarazadas en alguna de las tres causales (Tabla N° 7). En efecto, de 1.246 casos registrados entre el 1° de febrero de 2018 y el 30 de septiembre de 2019, el acompañamiento fue acogido por 1.101 embarazadas, mientras que en el 13,6% de los casos el programa fue rechazado (170 casos). Sin embargo, no se dispone de información sobre esta decisión en el 6,0% de los casos (75 embarazadas), ausencia de información que es mayor respecto de mujeres y niñas calificadas en la causal riesgo vital (8,4%).

³¹ “En el marco de las tres causales reguladas en el inciso primero, la mujer tendrá derecho a un programa de acompañamiento, tanto en su proceso de discernimiento, como durante el período siguiente a la toma de decisión, que comprende el tiempo anterior y posterior al parto o a la interrupción del embarazo, según sea el caso. Este acompañamiento incluirá acciones de acogida y apoyo biopsicosocial ante la confirmación del diagnóstico y en cualquier otro momento de este proceso. En caso de continuación del embarazo, junto con ofrecer el apoyo descrito, se otorgará información pertinente a la condición de salud y se activarán las redes de apoyo. Este acompañamiento sólo podrá realizarse en la medida que la mujer lo autorice, deberá ser personalizado y respetuoso de su libre decisión. En el caso de concurrir la circunstancia descrita en el número 3) del inciso primero, se proveerá a la mujer de la información necesaria para que pueda presentar una denuncia.” (Código Sanitario, Art. 119 inc. 11).

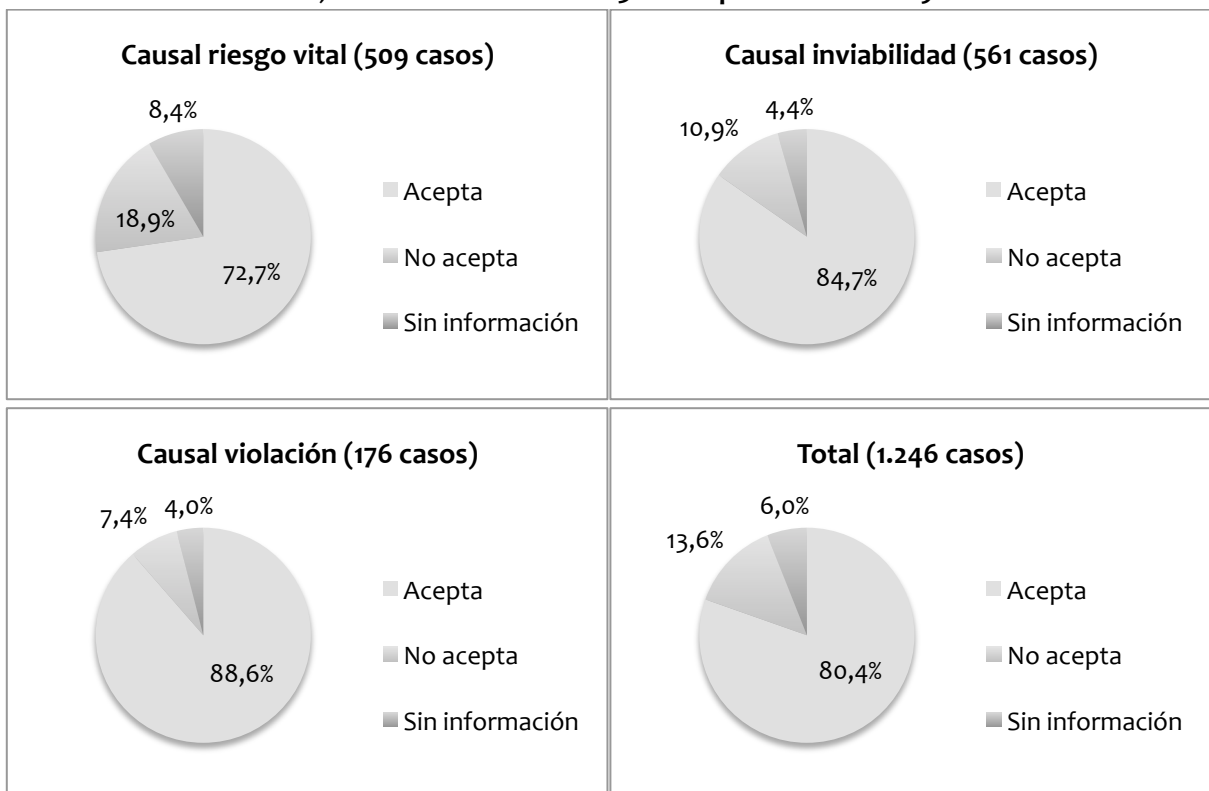
Tabla N° 7. Embarazos reportados en alguna de las tres causales previstas en la ley N° 21.030, según decisión de interrupción o continuación del embarazo y decisión de aceptación o rechazo al programa de acompañamiento, por causal. Chile, 1° de febrero de 2018 a 30 de septiembre de 2019

Causal	Decisión frente al embarazo	Decisión frente al programa de acompañamiento			Total
		Acepta	No acepta	Sin información	
Riesgo vital	Interrumpir	327	82	38	447
	Continuar	43	14	5	62
	Total	370	96	43	509
Inviabilidad	Interrumpir	372	50	21	443
	Continuar	103	11	4	118
	Total	475	61	25	561
Violación	Interrumpir	144	12	6	162
	Continuar	12	1	1	14
	Total	156	13	7	176
Total	Interrumpir	843	144	65	1052
	Continuar	158	26	10	194
	Total	1.001	170	75	1.246

Fuente: elaboración propia con base en Ministerio de Salud, reportes casos IVE.

La mayor aceptación del programa de acompañamiento se observa entre mujeres y niñas que enfrentan un embarazo producto de violencia sexual, que asciende al 88,6% (156 de 176 casos). En segundo lugar, algo menor es el interés por el acompañamiento ofrecido entre embarazadas que califican en la causal inviabilidad, que lo aceptan en un 84,7% (475 de 561 casos). En tanto, entre quienes enfrentan un embarazo de riesgo vital, el programa de acompañamiento es aceptado por el 72,7% de las afectadas (370 de 509 casos) (Gráfico N° 3).

Gráfico N° 3
Embarazos reportados en alguna de las tres causales previstas en la ley N° 21.030,
según decisión frente a programa de acompañamiento, por causal.
Chile, 1° de febrero de 2018 a 30 de septiembre de 2019



Fuente: elaboración propia con base en Ministerio de Salud, reportes casos IVE.

5. IMPACTO DEL PROGRAMA DE ACOMPAÑAMIENTO EN LA DECISIÓN DE INTERRUPCIÓN O CONTINUACIÓN DEL EMBARAZO

Como se ha señalado previamente, entre las mujeres y niñas que se encuentran en alguna de las causales previstas en la ley la decisión de interrumpir el embarazo es mayoritaria en las tres causales (Tabla N° 6 y Gráfico N° 2). Ello no se observa vinculado a la amplia participación en el programa de acompañamiento, que es –de acuerdo a lo referido anteriormente– mayoritariamente acogido por las embarazadas afectadas por alguna de estas situaciones (Tabla N° 7 y Gráfico N° 3).

De hecho, la proporción de mujeres y niñas que deciden interrumpir el embarazo bajo alguna de las tres causales previstas en la ley N° 21.030 es similar entre quienes aceptaron el programa acompañamiento y quienes no se acogieron a dicha intervención, 84,2% y 84,7%, respectivamente (Tabla N° 8).

Tabla N° 8. Embarazos reportados en alguna de las tres causales previstas en la ley N° 21.030, según decisión de interrupción o continuación del embarazo y decisión de aceptación o rechazo frente al programa de acompañamiento.

Chile, 1° de febrero de 2018 a 30 de septiembre de 2019

Decisión frente a embarazo	Decisión frente a programa de acompañamiento							
	Acepta		No acepta		Sin información		Total	
	N°	%	N°	%	N°	%	N°	%
Interrumpir	843	84,2%	144	84,7%	65	86,7%	1052	84,4%
Continuar	158	15,8%	26	15,3%	10	13,3%	194	15,6%
Total	1001	100%	170	100%	75	100%	1246	100%

Fuente: elaboración propia con base en Ministerio de Salud, reportes casos IVE.

Para precisar mejor dicha información, en la Tabla N° 9 se consignan las cifras de aceptación o rechazo al programa de acompañamiento, excluyendo los casos en que no se dispone de información respecto de la participación en dicho programa. De acuerdo a ello, se observa que frente a embarazos producto de violación el 92,3% de las mujeres y niñas que aceptaron el acompañamiento optó por la interrupción del embarazo (144 de 156), misma proporción observada entre quienes no participaron del programa (12 de 13). En tanto, en casos de riesgo vital el 88,4% de quienes recibieron acompañamiento decidió abortar (327 de 370), similar al 85,4% de quienes no lo recibieron (82 de 96). Además, en casos de inviabilidad –en que la decisión de interrumpir el embarazo, como se ha señalado, es más baja que en las otras dos causales–, optó por la interrupción el 78,3% de las usuarias que se acogieron al acompañamiento (372 de 475) y el 82,0% de quienes no recibieron dichas atenciones (50 de 61).

Tabla N° 9. Embarazos reportados en alguna de las tres causales previstas en la ley N° 21.030, según decisión de interrupción o continuación del embarazo y decisión de aceptación o rechazo al programa de acompañamiento, por causal (*). Chile, 1° de febrero de 2018 a 30 de septiembre de 2019

Causal	Decisión frente al embarazo	Decisión frente al programa de acompañamiento				Total (*)	
		Acepta		No acepta		N°	%
		N°	%	N°	%		
Riesgo vital	Interrumpir	327	88,4%	82	85,4%	409	87,8%
	Continuar	43	11,6%	14	14,6%	57	12,2%
	Total	370	100,0%	96	100,0%	466	100,0%
Inviabilidad	Interrumpir	372	78,3%	50	82,0%	422	78,7%
	Continuar	103	21,7%	11	18,0%	114	21,3%
	Total	475	100,0%	61	100,0%	536	100,0%
Violación	Interrumpir	144	92,3%	12	92,3%	156	92,3%
	Continuar	12	7,7%	1	7,7%	13	7,7%
	Total	156	100,0%	13	100,0%	169	100,0%
Total	Interrumpir	843	84,2%	144	84,7%	987	84,3%
	Continuar	158	15,8%	26	15,3%	184	15,7%
	Total	1.001	100,0%	170	100,0%	1.171	100,0%

Fuente: elaboración propia con base en Ministerio de Salud, reportes casos IVE.

(*) Se excluyen los casos en que no se cuenta con información respecto a la decisión de las mujeres frente al programa de acompañamiento.

V. OBJECIÓN DE CONCIENCIA EN SERVICIOS PÚBLICOS DE SALUD

En base a la regulación amplia y general de la objeción de conciencia individual, contenida en la ley IVE y en el reglamento del Ministerio de Salud, numerosos/as profesionales y técnicos/as de establecimientos públicos de salud se han acogido a ella, para abstenerse de realizar o intervenir en la interrupción voluntaria del embarazo por causales prevista en la ley N° 21.030.

Conforme a las cifras más recientes de funcionarios/as de servicios públicos objetores/as de conciencia (de septiembre de 2019), por especialidad se observan los siguientes resultados:

1. MÉDICOS/AS OBSTETRAS OBJETORES/AS DE CONCIENCIA

A septiembre de 2019, casi la mitad (46,0%) de los médicos/as obstetras contratados/as en servicios públicos de salud (1.214 cargos) se declara objetor/a de conciencia en la causal violación. Una cuarta parte (25,3%) objeta frente a la causal inviabilidad y el 18,4% lo hace en caso de riesgo vital (Tabla N° 10).

Tabla N° 10. Número y porcentaje de médicos/as obstetras contratados/as en servicios públicos de salud objetores/as de conciencia, según causal. Chile, septiembre de 2019

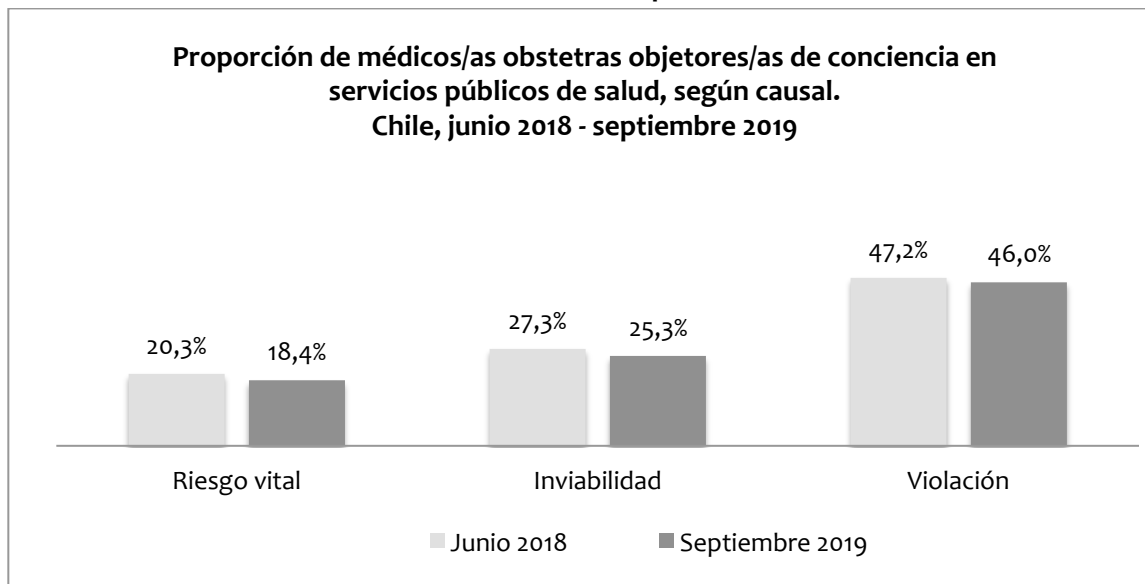
Causal	Objetores/as		No objetores/as		Total médicos/as obstetras contratados/as
	Número	Porcentaje	Número	Porcentaje	
Riesgo vital	223	18,4%	991	81,6%	1.214
Inviabilidad	307	25,3%	907	74,7%	1.214
Violación	559	46,0%	655	54,0%	1.214

Fuente: elaboración propia con base en Ministerio de Salud, Objeción de Conciencia Individual Corte Septiembre 2019 Red Pública de Salud.

Las cifras dan cuenta de que la proporción de especialistas obstetras objetores de conciencia sigue siendo alta y preocupante en las tres causales, pero especialmente frente a embarazos productos de violencia sexual. No obstante, se observa una leve disminución en comparación con el primer reporte de funcionarios/as públicos/as objetores/as de junio de 2018, oportunidad en que se contaba con 1.148 obstetras contratados/as.

Entre junio de 2018 y septiembre de 2019 los/as obstetras objetores/as de conciencia en caso de violación pasaron de 47,2% a 46,0%, de 27,3% a 25,3% en la causal inviabilidad y de 20,3% a 18,4% en casos de riesgo vital (Gráfico N° 4).

Gráfico N° 4



Fuente: elaboración propia con base en Ministerio de Salud, Funcionarios objetores de conciencia por servicios de salud, 29 de junio de 2018, y Objeción de Conciencia Individual Corte Septiembre 2019 Red Pública de Salud.

2. MÉDICOS/AS ANESTESISTAS OBJETORES/AS DE CONCIENCIA

Entre los/as médicos/as anestesistas la proporción de objetores/as de conciencia es menor a la observada entre profesionales obstetras. Sin embargo, la principal negativa se presenta igualmente frente a la causal violación, declarada por el 22,5% de estos especialistas, cuya contratación asciende a 823 a septiembre de 2019 en servicios públicos. En la causal inviabilidad, en cambio, se declara objetor/a de conciencia el 13,5% de los/as anestesistas/as, y en caso de riesgo vital, el 9,0% (Tabla N° 11).

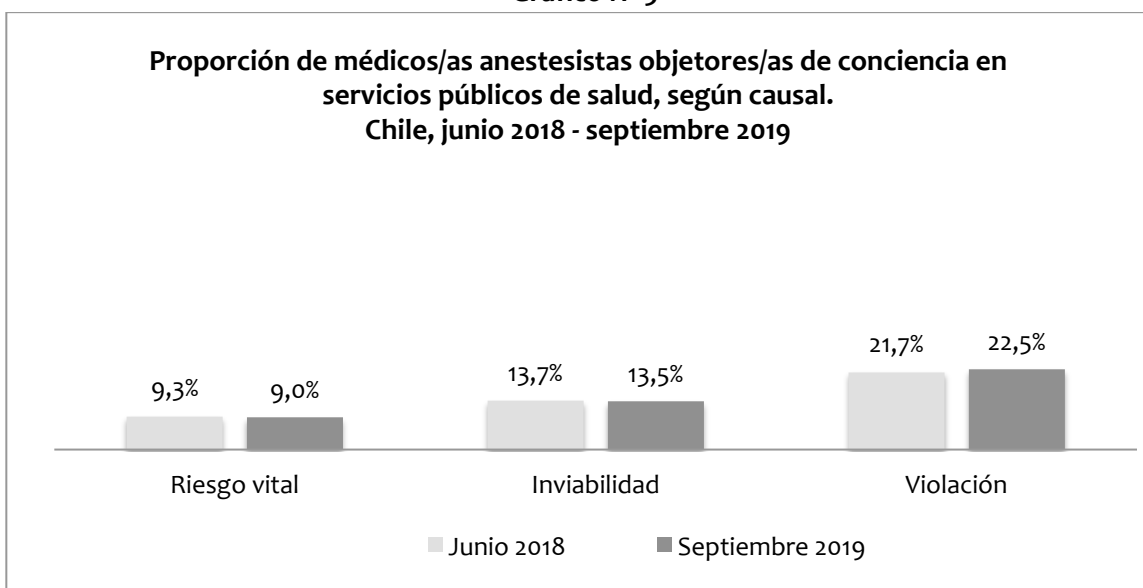
Tabla N° 11. Número y porcentaje de médicos/as anestesistas contratados/as en servicios públicos de salud objetores/as de conciencia, según causal. Chile, septiembre de 2019

Causal	Objetores/as		No objetores/as		Total médicos/as anestesistas contratados/as
	Número	Porcentaje	Número	Porcentaje	
Riesgo vital	74	9,0%	749	91,0%	823
Inviabilidad	111	13,5%	712	86,5%	823
Violación	185	22,5%	638	77,5%	823

Fuente: elaboración propia con base en Ministerio de Salud, Objeción de Conciencia Individual Corte Septiembre 2019 Red Pública de Salud.

Además, preocupa observar que, de acuerdo a las cifras más recientes disponibles, la proporción de especialistas anestesistas que se oponen a intervenir en la interrupción de un embarazo resultado de violencia sexual, es levemente superior a la declarada el año anterior, cuando la contratación ascendía a 729 profesionales. En poco más de un año los/as médicos/as anestesistas objetores/as de conciencia en la causal de violación pasaron de 21,7% a 22,5%. En tanto, frente a embarazos inviábiles la variación registrada entre junio de 2018 y septiembre de 2019 es de 13,7% a 13,5% y en la causal riesgo vital de 9,3% a 9,0% (Gráfico N° 5).

Gráfico N° 5



Fuente: elaboración propia con base en Ministerio de Salud, Funcionarios objetores de conciencia por servicios de salud, 29 de junio de 2018, y Objeción de Conciencia Individual Corte Septiembre 2019 Red Pública de Salud.

3. PROFESIONALES NO MÉDICOS/AS OBJETORES/AS DE CONCIENCIA

En los/as equipos de salud no médicos que se desempeñan en pabellón quirúrgico, que comprende principalmente a profesionales de matronería y enfermería, se observa una proporción menor de objetores/as de conciencia que la registrada entre profesionales obstetras y anestesistas de servicios públicos, pero igualmente es más alta frente a la causal violación.

De hecho, el 20,8% de profesionales no médicos contratados que se desempeña en pabellón rechaza intervenir en la interrupción de un embarazo resultado de violación, el 15,7% en caso de inviabilidad y el 9,4% objeta en la causal riesgo vital (Tabla N° 12).

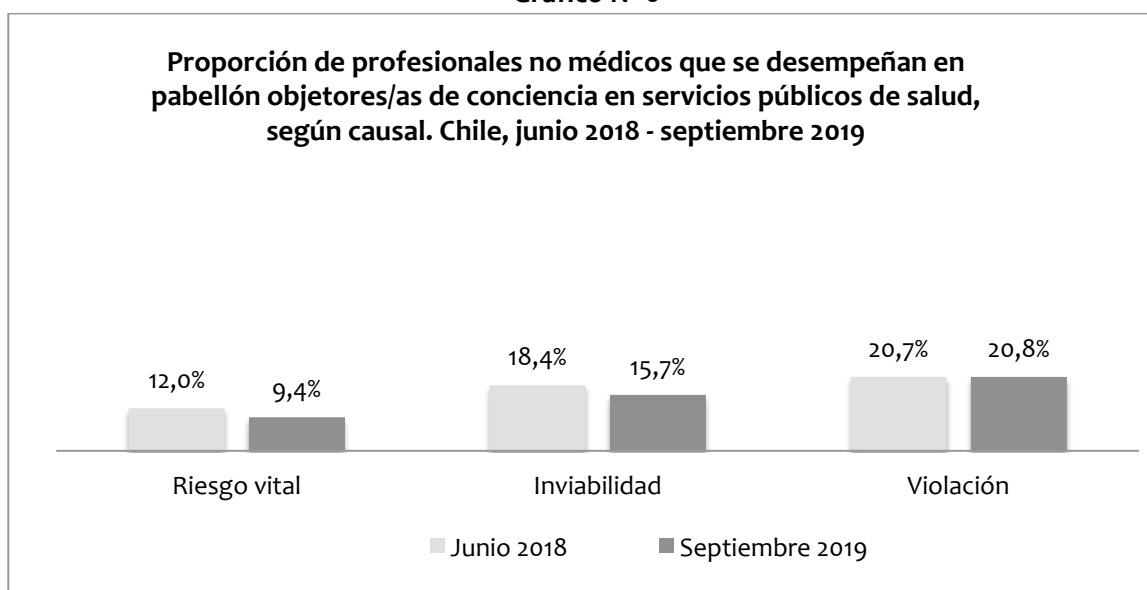
Tabla N° 12. Número y porcentaje de profesionales no médicos que se desempeñan en pabellón contratados/as en servicios públicos de salud objetores/as de conciencia, según causal. Chile, septiembre de 2019

Causal	Objetores/as		No objetores/as		Total profesionales no médicos contratados/as
	Número	Porcentaje	Número	Porcentaje	
Riesgo vital	96	9,4%	922	90,6%	1.018
Inviabilidad	160	15,7%	858	84,3%	1.018
Violación	212	20,8%	806	79,2%	1.018

Fuente: elaboración propia con base en Ministerio de Salud, Objeción de Conciencia Individual Corte Septiembre 2019 Red Pública de Salud.

Entre junio de 2018 y septiembre de 2019 prácticamente no varía la proporción de profesionales no médicos que objetan en caso de violación sexual, de 20,7% a 20,8%, mientras que los/as objetores/as de conciencia en la causal inviabilidad disminuyeron de 18,4% a 15,7%, y en caso de riesgo vital bajaron de 12,0% a 9,4% (Gráfico N° 6).

Gráfico N° 6



Fuente: elaboración propia con base en Ministerio de Salud, Funcionarios objetores de conciencia por servicios de salud, 29 de junio de 2018, y Objeción de Conciencia Individual Corte Septiembre 2019 Red Pública de Salud.

4. TÉCNICOS/AS PARAMÉDICOS/AS OBJETORES/AS DE CONCIENCIA

Por último, entre los/as técnicos/as paramédicos/as de servicios públicos que se desempeñan en pabellón, la objeción de conciencia declarada frente a alguna de las tres causales es más baja que tratándose profesionales de la salud.

Aun así, es la causal violación la que registra la mayor proporción de objetores/as, ascendiente al 11,9% de los/as técnicos/as paramédicos/as contratados/as en servicios públicos. Frente a la causal inviabilidad, en tanto, objeta el 9,6%, y en caso de riesgo vital, el 8,0% (Tabla N° 13).

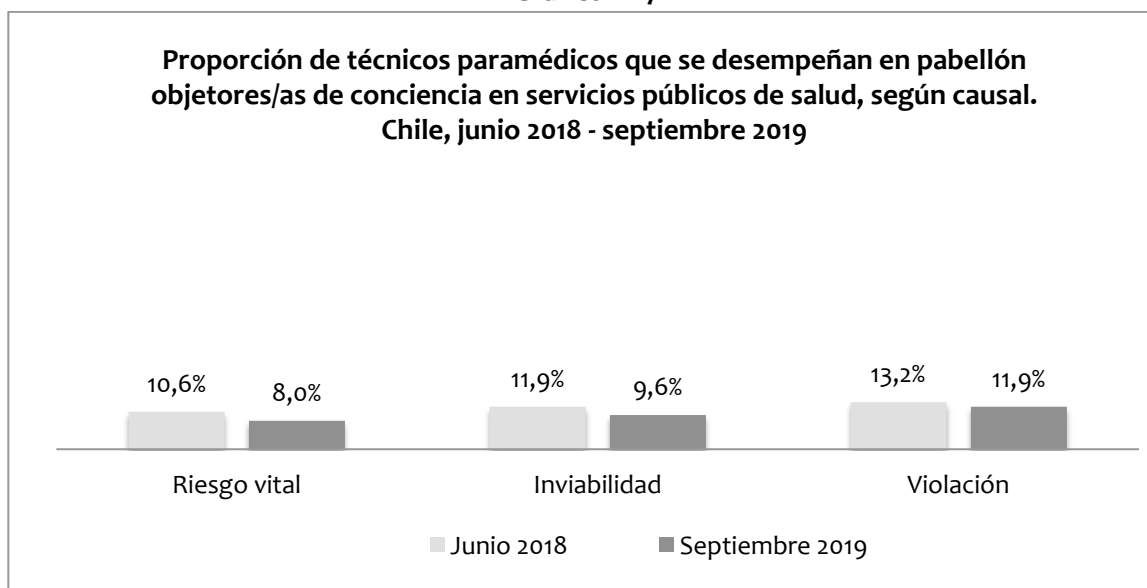
Tabla N° 13. Número y porcentaje de técnicos/as paramédicos/as que se desempeñan en pabellón contratados/as en servicios públicos de salud objetores/as de conciencia, según causal. Chile, septiembre de 2019

Causal	Objetores/as		No objetores/as		Total técnicos paramédicos contratados/as
	Número	Porcentaje	Número	Porcentaje	
Riesgo vital	140	8,0%	1.614	92,0%	1.754
Inviabilidad	169	9,6%	1.585	90,4%	1.754
Violación	209	11,9%	1.545	88,1%	1.754

Fuente: elaboración propia con base en Ministerio de Salud, Objeción de Conciencia Individual Corte Septiembre 2019 Red Pública de Salud.

Cabe observar que entre junio de 2018 y septiembre de 2019 disminuyen los/as técnicos/as paramédicos/as que se acogen a la objeción de conciencia, en las tres causales. En caso de violación la proporción de objetores/as baja de 13,2% a 11,9%, mientras que frente a la causal inviabilidad las cifras pasan de 11,9% a 9,6%, y en caso de riesgo vital, de 10,6% a 8,0% (Gráfico N° 7).

Gráfico N° 7



Fuente: elaboración propia con base en Ministerio de Salud, Funcionarios objetores de conciencia por servicios de salud, 29 de junio de 2018, y Objeción de Conciencia Individual Corte Septiembre 2019 Red Pública de Salud.

5. OBJECIÓN DE CONCIENCIA DECLARADA POR MÉDICOS/AS OBSTETRAS DE SERVICIOS PÚBLICOS DE SALUD EN CAUSAL VIOLACIÓN

De acuerdo a los datos analizados, en el período comprendido entre junio de 2018 y septiembre de 2018, el número y proporción de profesionales y técnicos/as que se han acogido a la objeción de conciencia en servicios públicos de salud se ha mantenido con escasas variaciones. La situación más preocupante se presenta a nivel de los/as especialistas obstetras, pues casi la mitad de ellos/as se declara objetor/a en al menos una causal, principalmente en caso de violación. En efecto, como se ha señalado, el 46,0% de los/as obstetras que se desempeñan en el sector público se ha acogido a la objeción de conciencia para poder negarse a interrumpir embarazos producto de violencia sexual, una cifra sólo levemente menor a la registrada en junio de 2018, en que el 47,6% así se declaraba.

No obstante, la realidad país al respecto no es homogénea y se presentan importantes diferencias en los diversos establecimientos de salud en que se atiende a las mujeres y niñas afectadas. De ahí que resulte pertinente revisar, respecto de cada uno de los 29 servicios públicos de salud, las cifras sobre objeción de conciencia declarada por médicos/as obstetras en caso de violación, y las variaciones observadas entre junio de 2018 y septiembre de 2019. En comparación con el año anterior, se observa que la proporción de obstetras objetores/as en dicha causal disminuyó en 18 servicios de salud, se mantuvo igual en dos, y aumentó en nueve servicios.

Agrupando a los servicios de salud por la proporción de objetores/as de conciencia en caso de violación, y de acuerdo a la información más reciente disponible, en siete servicios los/as obstetras objetores/as superan los dos tercios (más del 66%) de profesionales contratados, en 12 servicios de salud los/as especialistas objetores/as ascienden a más de un tercio (entre el 34% y 66%), y en 10 servicios son menos de un tercio (0% a 33%).

a. Servicios de salud en que más de dos tercios de los/as médicos/as obstetras se declara objetor/a de conciencia en la causal violación

A septiembre de 2019, siete de los 29 servicios de salud presentan más de dos tercios de médicos/as obstetras objetores/as de conciencia en caso de violación (Tabla N° 14).

La mayor proporción de obstetras objetores de conciencia se presenta en los servicios de salud de Osorno y Araucanía Norte, en que asciende a 89,5%. En el caso del Hospital de Osorno ello corresponde a una mejoría puesto que en junio de 2018 objetaba la

totalidad de los y las obstetras (100%), pero en cambio en el Servicio Araucanía Norte, que corresponde a los hospitales de Victoria y Angol, se registra un aumento de la objeción de conciencia declarada, que ya era alta en 2018 (84,2%).

En orden decreciente, le siguen los servicios de salud Maule (75,6%), O`Higgins (74,6%), Concepción (74,5%) y Reloncaví (70,4%), observándose en todos ello algún grado de disminución en la proporción de objetores. Por último en el Servicio de Salud Valdivia, en cambio, los/as obstetras objetores/as aumentaron de 62,5% a 68,2%.

b. Servicios de salud en que más de un tercio y menos de dos tercios de los/as médicos/as obstetras se declara objetor/a de conciencia en la causal violación

De acuerdo a lo indicado, 12 de los 29 servicios de salud registran más de un tercio y hasta dos tercios (34% a 66%) de médicos/as obstetras objetores/as de conciencia frente a un embarazo producto de violencia sexual (Tabla N° 14).

Ello corresponde, en orden decreciente, a los servicios de Antofagasta (62,9%), Ñuble (62,2%), Araucanía Sur (60,5%), Aysén (60,0%), Iquique y Tarapacá (59,1%), Magallanes (52,6%), Atacama (50,0%), Viña del Mar–Quillota (48,0%), Aconcagua (47,6%), Chiloé (43,8%), Metropolitano Sur–Oriente (40,4%) y Valparaíso–San Antonio (37,8%).

Cabe resaltar que en Antofagasta se mantiene la proporción de objetores/as reportada en 2018 (22 objetores/as de 25 cargos), mientras que en los servicios Araucanía Sur, Iquique y Tarapacá, Magallanes, Atacama, Viña del Mar–Quillota, Aconcagua, Chiloé y Valparaíso–San Antonio se registra algún grado de disminución de la objeción declarada.

En cambio, en Ñuble, Aysén y el Servicio Metropolitano Sur–Oriente, la objeción de conciencia aumentó con respecto al año anterior. El alza más preocupante se observa en el Servicio Metropolitano Sur–Oriente, que comprende los hospitales Sótero del Río, Padre Hurtado y La Florida. En este Servicio, 15 de 105 obstetras se declaraban objetores/as en junio de 2018 (14,3%), pasando a 42 de 104 especialistas con posterioridad a la dictación del reglamento del Ministerio de Salud (40,4%).

c. Servicios de salud en que menos de un tercio de los/as médicos/as obstetras se declara objetor/a de conciencia en la causal violación

Por último, 10 servicios de salud presentan una proporción inferior a un tercio (0% a 33%) de médicos/as obstetras objetores/as de conciencia en la causal violación, comprendiendo a cinco de los seis servicios de la Región Metropolitana (Tabla N° 14).

En orden decreciente, se trata de los servicios de salud Metropolitano Oriente (32,7%), Arauco (30,0%), Metropolitano Sur (29,5%), Metropolitano Occidente (26,9%), Biobío (26,1%), Coquimbo (25,5%), Talcahuano (20,6%), Metropolitano Norte (19,6%), Arica y Parinacota (18,8%) y Metropolitano Central (17,1%).

De la Región Metropolitana, el Servicio de Salud Metropolitano Oriente, que corresponde al Hospital Luis Tisné, mantiene la situación registrada en junio de 2018 (17 obstetras objetores/as de 52 contratados/as), mientras que en el Servicio Metropolitano Occidente, que abarca los hospitales de Melipilla, Peñaflor, Talagante, Félix Bulnes y San Juan de Dios, la objeción de conciencia disminuyó de 39,8% (38 de 98 obstetras contratados/as) a 26,9% (28 de 104).

En cambio, en el Servicio de Salud Metropolitano Norte, en que se ubica el Hospital San José, la proporción de obstetras objetores/as en caso de violación aumentó considerablemente entre junio de 2018 y septiembre de 2019, pasando de dos especialistas objetores/as de un total de 47 (4,3%), a nueve de 46 (19,6%). Además, en el Servicio Metropolitano Central, que corresponde a los hospitales San Borja Arriarán y El Carmen, se registra un aumento en la proporción de objetores, de 14,3% (8 de 56 obstetras) a 17,1% (12 de 70). En tanto, en el Servicio Metropolitano Sur, que abarca los hospitales Barros Luco, El Pino y San Luis de Buin, se observa un alza de 29,2% (21 de 72 especialistas) a 29,5% (23 de 78).

El incremento más notable en este grupo de servicios se presenta en el Servicio de Salud Talcahuano, pues en junio de 2018 ninguno/a de los/as 28 obstetras del Hospital de Talcahuano se declaraba objetor/a de conciencia (0,0%) y con posterioridad a la dictación del reglamento en la materia se observa que la objeción declarada en la causal violación aumentó a 20,6% (7 de 34 especialistas), conforme a las cifras actualizadas a septiembre de 2019.

En los restantes servicios de salud que presentan menos de un tercio de obstetras objetores frente a embarazos producto de violación, se observa una mayoritaria disminución de la declaración de objeción reportada entre junio de 2018 y septiembre de 2019. Especialmente destaca el Servicio de Salud Biobío (Hospital de Los Ángeles), que presenta el descenso más significativo en la proporción de obstetras objetores de conciencia, de 63,6% en 2018 (14 de 22 especialistas) a 26,1% en 2019 (6 de 23). Además, en el Servicio Arica y Parinacota (Hospital de Arica) la objeción de conciencia en caso de violación disminuyó de 28,6% (4 de 14 obstetras) a 18,8% (3 de 16). En Arauco, que comprende los hospitales de Curanilahue e intercultural de Cañete, se registra una baja de 33,3% de objetores/as (3 de 9) a 30,0% (3 de 10). Y en el Servicio de Salud Coquimbo,

que abarca los hospitales de Coquimbo, La Serena y Ovalle, se pasó de 26,1% obstetras objetores/as en la referida causal (12 de 46) a 25,5% (12 de 47).

Tabla N° 14. Médicos/as obstetras de servicios públicos de salud objetores/as de conciencia en la causal violación. Chile, Junio de 2018 – Septiembre de 2019

Servicios de Salud	Junio de 2018			Septiembre de 2019		
	Cargos	OC violación	%	Cargos	OC violación	%
Arica y Parinacota	14	4	28,6%	16	3	18,8%
Iquique y Tarapacá	20	12	60,0%	22	13	59,1%
Antofagasta	35	22	62,9%	35	22	62,9%
Atacama	18	10	55,6%	24	12	50,0%
Coquimbo	46	12	26,1%	47	12	25,5%
Valparaíso - San Antonio	43	17	39,5%	45	17	37,8%
Viña del Mar - Quillota	69	40	58,0%	75	36	48,0%
Aconcagua	22	13	59,1%	21	10	47,6%
Metropolitano Norte	47	2	4,3%	46	9	19,6%
Metropolitano Occidente	98	39	39,8%	104	28	26,9%
Metropolitano Central	56	8	14,3%	70	12	17,1%
Metropolitano Oriente	52	17	32,7%	52	17	32,7%
Metropolitano Sur	72	21	29,2%	78	23	29,5%
M. Sur - Oriente	105	15	14,3%	104	42	40,4%
O'Higgins	63	51	81,0%	63	47	74,6%
Maule	78	69	88,5%	78	59	75,6%
Ñuble	34	20	58,8%	37	23	62,2%
Concepción	52	39	75,0%	55	41	74,5%
Talcahuano	28	0	0,0%	34	7	20,6%
Biobío	22	14	63,6%	23	6	26,1%
Arauco	9	3	33,3%	10	3	30,0%
Araucanía Norte	19	16	84,2%	19	17	89,5%
Araucanía Sur	30	21	70,0%	43	26	60,5%
Valdivia	24	15	62,5%	22	15	68,2%
Osorno	16	16	100%	19	17	89,5%
Reloncaví	25	19	76,0%	27	19	70,4%
Chiloé	17	8	47,1%	16	7	43,8%
Aysén	10	5	50,0%	10	6	60,0%
Magallanes	16	10	62,5%	19	10	52,6%
Total	1.140	538	47,2%	1.214	559	46,0%

Fuente: elaboración propia con base en Ministerio de Salud, Funcionarios objetores de conciencia por servicios de salud, 29 de junio de 2018, y Objeción de Conciencia Individual Corte Septiembre 2019 Red Pública de Salud.

VI. OBJECIÓN DE CONCIENCIA INSTITUCIONAL

De acuerdo a lo que se ha señalado, en Chile se permite a establecimientos privados de salud acogerse a la denominada objeción de conciencia institucional para negarse a brindar a mujeres y niñas afectadas por alguna de las tres causales previstas en la ley, la interrupción voluntaria del embarazo si es su decisión. Ello, conforme lo dispuso el Tribunal Constitucional, que modificó la norma aprobada por el Congreso Nacional que impedía de manera expresa la objeción de conciencia institucional.

Para que un centro privado de salud sea reconocido como objetor de conciencia institucional, como se ha señalado, basta el cumplimiento de requisitos formales sin que se exija ninguna clase de fundamentación acerca del ideario o valores de la persona jurídica. Además, se ampara la objeción de conciencia incluso a establecimientos privados que brindan servicios públicos en razón de convenios suscritos con el Ministerio de Salud, posibilidad no contemplada inicialmente en el reglamento pero que posteriormente se habilitó por decisión del Tribunal Constitucional a partir de enero de 2019.

En base a la regulación amplia y general de la objeción de conciencia institucional, al término del año 2019 el Ministerio de Salud informaba el reconocimiento de la calidad de objetores a los siguientes establecimientos privados de salud³²:

Tabla N° 15. Establecimientos de salud privados objetores de conciencia institucional

Persona jurídica	Establecimiento	Ubicación	Causal	Fecha de aprobación
Instituto Diagnóstico S.A. (Clínica Indisa)	Clínica Indisa	Providencia, RM	Violación	5 de diciembre de 2018
	Centro de Consultas	Providencia, RM		
	Centro Médico	Providencia, RM		
Pontificia Universidad Católica de Chile	Hospital Clínico	Santiago, RM	Todas	6 de diciembre de 2018
	Centro Médico San Joaquín	Macul, RM		
	Centro del Cáncer	Santiago, RM		

³² MINISTERIO DE SALUD, *Listado de objetores institucionales*. Disponible en: <https://www.minsal.cl/listado-de-objetores-institucionales/> (revisado por última vez: 31 de diciembre de 2019).

	Centro Médico Irrazaval	Ñuñoa, RM		
	Centro Médico Alcántara	Las Condes, RM		
	Centro Médico Lira 85	Santiago, RM		
	Centro de Especialidades Médicas	Santiago, RM		
UC Christus Servicios Clínicos SpA	Clínica San Carlos de Apoquindo	Las Condes, RM	Todas	6 de diciembre de 2018
Pontificia Universidad Católica de Chile	CESFAM Madre Teresa de Calcuta	Puente Alto, RM	Todas	8 de enero de 2018
	CESFAM Juan Pablo II	La Pintana, RM		
	CESFAM San Alberto Hurtado	Puente Alto, RM		
Corporación Iglesia de los Adventistas del Séptimo Día	Clínica Adventista Los Ángeles	Los Ángeles, Región del Bío Bío	Todas	25 de abril de 2019
Fundación Hospital Parroquial de San Bernardo	Hospital Parroquial de San Bernardo	San Bernardo, RM	Todas	16 de mayo de 2019
Universidad de Los Andes	Campus Central Universidad de Los Andes	Las Condes, RM	Todas	19 de julio de 2019
	Hospital Clínico de la Universidad de Los Andes	Las Condes, RM		
	Centro de Salud de la Universidad de Los Andes	San Bernardo, RM		

Fuente: Ministerio de Salud, Listado de objetores institucionales.

Preocupa observar que de los establecimientos privados de salud reconocidos por el Ministerio de Salud como objetores de conciencia institucionales, parte de ellos no corresponde a centros habilitados para realizar la interrupción del embarazo por causales, por lo que no resulta claro en base a qué criterios se les habría reconocido tal calidad. En esta anómala situación se encuentran por ejemplo, establecimientos de salud que corresponden a consultas médicas, centros de atención primaria de salud y campus universitarios, puesto que en dichos recintos –conforme a la normativa vigente– no es posible la práctica de la interrupción legal del embarazo. De ahí que no corresponda que se les reconozca o declare como objetores de conciencia institucionales.

La decisión de algunos centros privados de salud de solicitar ser reconocidos como objetores de conciencia institucionales cuando no se encuentran habilitados para realizar abortos, posiblemente responde a un propósito distinto de aquel previsto por la ley N° 21.030. Más que apuntar ser eximido de la obligación de llevar a cabo la interrupción del embarazo, pareciera que en dichos casos la invocación de la objeción de conciencia institucional constituye una declaración de índole más bien política, acorde a la oposición sostenida en el tiempo frente a la dictación y aplicación de la ley IVE.

De ahí que preocupe constatar que el Ministerio de Salud haya reconocido a determinados establecimientos privados de salud como objetores de conciencia institucionales, sin que dichos recintos cumplan con los requisitos para optar a dicha calidad. Ello, especialmente considerando la ausencia de garantías frente a la posibilidad de que en algunos de estos centros se deniegue no solo atención de salud consistente en llevar a cabo la interrupción del embarazo, sino también otras prestaciones como la entrega de información completa a mujeres y niñas afectadas por alguna de las tres causales, exámenes y diagnósticos médicos, y la derivación inmediata a la atención de especialidad que corresponda.

VII. OBSTÁCULOS O BARRERAS EN EL ACCESO DE MUJERES Y NIÑAS A LA INTERRUPCIÓN VOLUNTARIA DEL EMBARAZO EN TRES CAUSALES

Transcurridos poco más de dos años desde la dictación de la ley N° 21.030 sobre aborto en tres causales, es posible identificar los principales obstáculos o barreras que mujeres y niñas afectadas por alguna de las causales enfrentan para acceder a la interrupción voluntaria del embarazo, en ejercicio de los derechos que la legislación les reconoce.

Entre los obstáculos y barreras que se interponen para el acceso de mujeres y niñas a la interrupción legal del embarazo, se identifican, según se ha señalado, algunos derivados de la propia regulación contenida en la ley IVE y en las normativas dictadas por el Ministerio de Salud, así como otra serie de dificultades que se presentan en la implementación de la referida regulación.

Corporación Humanas ha conocido de ello principalmente debido a las numerosas consultas de mujeres que han solicitado orientación y asesoría profesional tras ser atendidas en establecimientos públicos y privados de salud, y son precisamente estos relatos y vivencias los que en el presente informe se busca relevar.

1. OBSTÁCULOS O BARRERAS DERIVADOS DE LA REGULACIÓN CONTENIDA EN LA LEY N° 21.030

De acuerdo a lo señalado en el acápite referido a los principales aspectos críticos de la ley IVE, la principal limitación que presenta la normativa vigente para el ejercicio pleno de los derechos de las mujeres y las niñas radica en el modelo de causales adoptado para legislar, que excluye la posibilidad de interrumpir un embarazo a sola decisión de la mujer y limita tal alternativa al cumplimiento de los requisitos previstos para cada una de las causales. A ello se agrega el modo restrictivo en que las referidas causales se encuentran definidas en la ley. Asimismo, se identifican como barreras u obstáculos para el ejercicio de derechos, la inexistencia de mecanismos de exigibilidad frente a eventuales vulneraciones y la limitación normativa al acceso a la información.

Además de ello, la regulación sobre objeción de conciencia personal e institucional contenida en la ley IVE, que instituye esta figura de manera general en lugar de resguardar el carácter excepcional que debe tener, igualmente se identifica como una barrera de carácter legal. De dicha regulación ha derivado una práctica extendida de la objeción de conciencia, obstaculizando el acceso de mujeres y niñas al ejercicio pleno de sus derechos.

2. OBSTÁCULOS O BARRERAS DERIVADOS DE LA IMPLEMENTACIÓN DE LA LEY N° 21.030

a. Amplio número de funcionarios/as públicos/as objetores/as de conciencia

Como se ha señalado, una de las principales barreras detectadas en la implementación de la ley sobre aborto por causales está dada por el amplísimo número de funcionarios/as públicos/as que se ha acogido a la objeción de conciencia, negándose a intervenir en la interrupción del embarazo solicitada por una mujer, adolescente o niña que se encuentre en alguna de las causales previstas en la ley.

Tal como se refiere en el acápite sobre objeción de conciencia en servicios públicos de salud, a septiembre de 2019 casi la mitad de los/as médicos/as obstetras que se desempeña en servicios públicos de salud se ha declarado objetor/a de conciencia en alguna de las tres causales (46,0%), el 22,5% de los/as médicos/as anestesiastas, el 20,8% de los y las profesionales no médicos/as –que comprende principalmente a matrones/as y enfermeros/as– que se desempeñan en pabellón quirúrgico y el 11,9% de los/as técnicos/as paramédicos/as.

La situación más crítica la enfrentan mujeres, adolescentes y niñas embarazadas producto de violencia sexual, al ser la causal violación la que presenta la proporción más alta de objetores/as de conciencia en establecimientos públicos de salud. De hecho, en siete de los 29 servicios de salud, más de dos tercios de los/as médicos/as obstetras se ha declarado objetor/a en dicha causal, en 12 servicios de salud se han acogido a la objeción de conciencia entre uno y dos tercios de los/as obstetras, y solo en 10 servicios de salud los/as objetores/as son menos de un tercio del equipo profesional contratado.

b. Insuficiente capacitación e información a equipos de salud

Por otra parte, se identifican dificultades en el acceso de los equipos de salud a capacitación sobre la ley IVE y a información clara sobre el modo de proceder cuando se detecta un caso que pueda estar comprendido en alguna de las tres causales y la atención que debe brindarse a las mujeres y niñas afectadas.

Si bien el Ministerio de Salud reporta la realización de diversas acciones de capacitación sobre la ley de aborto en tres causales³³, son numerosas las falencias que en ello se han podido detectar, principalmente derivadas de lo limitado de su alcance.

En efecto, de acuerdo al monitoreo social llevado a cabo por la Mesa de Acción por el Aborto en Chile y Fondo Alquimia, las acciones de capacitación que equipos de salud han conocido se concentrarían en niveles de jefaturas y establecimientos de atención especializada, pero no en centros de atención primaria de salud (APS)³⁴.

Conforme al referido informe:

“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 “podría 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. [...]. 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 la 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

³³ Como se ha señalado, el Ministerio de Salud reporta que se ha capacitado a 1.372 profesionales pertenecientes a equipos de salud del país a través de actividades presenciales, cursos online y participación en jornadas formativas. MINISTERIO DE SALUD, Ley N°21.030 a 2 años de su entrada en vigencia, publicado el 20 de agosto de 2019. Disponible en: <https://www.minsal.cl/ley-n21-030-a-2-anos-de-su-entrada-en-vigencia-ive/> (revisado por última vez: 20 de diciembre de 2019).

³⁴ El referido estudio sobre implementación de la ley de aborto en tres causales fue presentado ante la Comisión Mujeres y Equidad de Género de la Cámara de Diputados en sesión del 17 de julio de 2019. Ver nota de prensa en sitio web de la Cámara de Diputados, Noticias, *Presentan estudio sobre implementación de la ley de aborto en tres causales*, 17 de julio de 2019. Disponible en: https://www.camara.cl/prensa/noticias_detalle.aspx?prmId=137511.

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 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”³⁵.

La insuficiente capacitación a los equipos de atención primaria (APS) resulta especialmente preocupante por cuanto es en estos establecimientos donde se atiende inicialmente a la gran mayoría de mujeres y niñas que se encuentran en alguna de las tres causales, correspondiendo a dichos centros de salud la derivación oportuna a los niveles de atención secundaria y terciaria. Al carecer de la debida capacitación, los equipos de salud de APS no disponen de las herramientas necesarias para entregar a las mujeres toda la información que requieren acerca de su estado de salud, los exámenes y diagnósticos que les corresponden y el modo de acceder a la interrupción voluntaria del embarazo si fuera esa su decisión.

Además, en niveles de especialidad igualmente se detectan falencias en la información con que cuentan los equipos de salud. De acuerdo al citado monitoreo social:

“Al igual que sucede 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”³⁶.

³⁵ MESA ACCIÓN POR EL ABORTO EN CHILE, FONDO ALQUIMIA, *Informe de Monitoreo Social, Implementación de la ley de interrupción del embarazo en tres causales*, Santiago de Chile, junio de 2019, p. 29. Disponible en: https://www.fondoalquimia.org/website/images/2019/06/Informe_Monitoreo_Social_ley_IVE.pdf (revisado por última vez: 20 de diciembre de 2019).

³⁶ *Ibidem*, p. 33.

En tanto, de acuerdo al Primer sondeo exploratorio nacional sobre manejo de información y operatividad de la ley de aborto en sus 3 causales a trabajadores del sistema de salud en Chile, de las Observadoras de la Ley de Aborto (OLA), la inmensa mayoría del personal de salud que participó de una encuesta voluntaria aplicada por dicha entidad, no dispone de información suficiente y completa.

En efecto, el estudio de OLA arroja que:

“[...] casi el 70% de las/os encuestada/os desconoce o conoce sólo parcialmente el protocolo para que una mujer en Chile acceda a un aborto legal por la causal violación. El 57% desconoce el proceso de primera acogida que está incluido en la norma técnica del Ministerio de Salud (MINSAL), el 60% desconoce o conoce sólo parcialmente los lugares para derivar a mujeres que soliciten acceder a un aborto por la causal violación y el 67% no sabe cómo funciona el consentimiento informado en estos casos”³⁷.

c. Falta de información completa y suficiente a mujeres que se encuentran en alguna de las causales previstas en la ley

Los relatos de mujeres atendidas y/o representadas jurídicamente por Corporación Humanas a partir de la dictación de la ley IVE, dan cuenta de las dificultades que han enfrentado quienes se encuentran en alguna de las tres causales legales para ejercer los derechos que esta les reconoce.

A partir de ello, se ha identificado que en establecimientos públicos y privados de salud la información que reciben las mujeres de parte de los equipos que las atienden es insuficiente y no favorece la adopción de decisiones libres e informadas. De hecho, ninguna de las mujeres asesoradas por Corporación Humanas tuvo acceso a información escrita sobre la ley de aborto en tres causales en el establecimiento de salud en que fue atendida, y son numerosos los reportes de barreras en el acceso a la información y escasa consideración a su decisión.

³⁷ OBSERVADORAS DE LA LEY DE ABORTO (OLA), *Primer sondeo exploratorio nacional sobre manejo de información y operatividad de la ley de aborto en sus 3 causales a trabajadores del sistema de salud en Chile*, septiembre de 2018, p. 3.

Así, una mujer atendida en un hospital público señala:

“El doctor que me atendió nunca me informó que yo podía acceder a la ley de tres causales, solo me dijo que existía un riesgo para mi guagüita. Yo le dije que quería acogerme a la ley de aborto pero me dijo que no, que era objetor y que había un 18% de posibilidades de que el embarazo siguiera adelante, pero tampoco me explicó mayormente a qué se refería” (mujer de 25 años, atendida en hospital público, causal riesgo vital).

De manera similar, una mujer atendida en una clínica privada sostiene:

“Mi doctor me dijo que mi hija no venía bien, que estaba confirmado que era acraea, pero que él no iba a seguir atendiéndome porque era objetor de conciencia. Me dijo que mejor me fuera al Ministerio de Salud pero no me indicó de qué manera podía yo ser atendida en el sistema público. Por eso yo tuve que averiguar por mi misma para ser atendida pero cuando después le pedí que me hiciera la derivación al MINSAL estaba súper descolocado y me la escribió pero luego me llamó y me pidió que se la devolviera, porque no quería que lo denunciaran, me obligó a devolverle la derivación y yo quedé completamente a la deriva” (mujer de 34 años, atendida en clínica privada, causal inviabilidad).

Otra usuaria de un centro privado de salud relata:

“Mi ginecólogo me dijo que mi embarazo era de riesgo, que había que interrumpirlo porque mi condición era de riesgo, yo estaba de acuerdo, pero no me explicó como podía hacerlo, solo me dijo que tenía que conseguirme el certificado y que se consultaría a una comisión especial de médicos, pero yo no sabía como era eso de conseguirme el certificado ni menos que era eso de la comisión especial” (mujer de 42 años, atendida en clínica privada, causal riesgo vital).

Por otra parte, familiares de una mujer fallecida en un hospital público refieren:

“A mi madre y a mi familia nunca se nos informó que mi hermana estaba en riesgo de vida, sabíamos que su embarazo estaba complicado y que por eso la habían hospitalizado, pero no nos dijeron que ella podía morir. Cuando la íbamos a visitar nos decía que estaban esperando que llegara a la viabilidad para trasladarla, pero nunca nos dijo que su vida estaba en riesgo, y después que murió nadie nos dio una explicación” (familiar de mujer de 21 años, fallecida en hospital público).

En tanto, conforme al monitoreo social sobre la implementación de la ley de interrupción del embarazo en tres 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”³⁸.

³⁸ MESA ACCIÓN POR EL ABORTO EN CHILE, FONDO ALQUIMIA, op. cit., p. 50.

d. Infracciones a la legislación vigente en materia de objeción de conciencia

Por otra parte, a partir de los casos conocidos por Corporación Humanas se ha podido constatar que en establecimientos públicos y privados de salud existen profesionales y técnicos que no han dado cumplimiento a la normativa vigente sobre objeción de conciencia, habiendo invocado dicha calidad de manera irregular o bien derechamente infringiendo las obligaciones legales previstas para los/as objetores/as de conciencia, en perjuicio de las mujeres y niñas que tienen derecho a la atención de salud regulada por la ley. En tales situaciones, además, se observa que la atención no es adecuada, vulnerando la dignidad de las usuarias, y que en un número significativo de casos se incurre derechamente en maltrato.

Si bien ello podría responder a la falta de conocimiento suficiente sobre el contenido y alcance de la objeción de conciencia, los requisitos para acogerse a ella y los derechos y obligaciones que implica, preocupa constatar la ausencia de acciones específicas por parte del Ministerio de Salud en orden a clarificar los alcances de la objeción de conciencia y los límites que conlleva. De hecho, no se conocen actividades específicas de capacitación en la materia.

Al respecto, resulta ilustrativa la percepción de una usuaria del sistema público sobre lo que constituye la objeción de conciencia:

“De acuerdo a lo que he entendido, por lo que he visto entre los profesionales que me han atendido, ser objetor de conciencia es como estar en contra de la ley de aborto. Yo no sé si eso es legal o no” (mujer de 37 años, atendida en hospital público, causal inviabilidad).

En tanto, otra mujer atendida en un hospital público señala:

“Yo no sé muy bien a qué se refieren con eso de ser objetores de conciencia, nadie la explica a una qué es ser objetor, pero parece que basta estar en contra de que una mujer pueda conocer e invocar la ley. Al menos eso es lo que a mi me pareció después de haber sido atendida por varios profesionales, algunos que eran objetores y otros que no” (mujer de 25 años, atendida en hospital público, causal riesgo vital).

Entre las principales infracciones a la normativa sobre objeción de conciencia se han podido detectar las siguientes:

i. Integrantes del equipo de salud invocan objeción de conciencia sin haberla declarado de manera previa

De acuerdo a la ley N° 21.030, como se ha señalado, es requisito para ser reconocido/a como objetor/a de conciencia y por ende poder abstenerse de intervenir en la interrupción de un embarazo requerida por una mujer o niña que se encuentre en alguna de las causales, haber “*manifestado su objeción de conciencia al director del establecimiento de salud, en forma escrita y previa*”. Sin embargo, se han conocido casos, en centros públicos y privados de salud, en que dicha obligación mínima no se ha cumplido, obstaculizando el acceso de las usuarias a la atención de salud a la que por ley tienen derecho.

De los casos conocidos por Corporación Humanas, una mujer atendida en un hospital público reporta:

“Después de haber tenido a mi bebé en la cama, sola, sin atención médica ni ninguna clase de apoyo, me llevaron a pabellón para realizarme un legrado porque al parecer habían quedado restos. Pero en el pabellón se pusieron a discutir si tenían que atenderme o no, yo escuchaba a algunos que decían que eran objetores de conciencia pero que todavía no habían presentado sus papeles, se les escuchaba como molestos y no me querían atender y le decían a la doctora que ella tampoco estaba obligada a hacerlo si era objetora. Yo estaba aterrada de que me dejaran ahí, sola, sin atenderme y menos mal que la doctora tuvo compasión de mí y les dijo que estaba obligada a hacerlo porque si me mandaba a otro hospital me podía morir desangrada en el camino” (mujer de 25 años, atendida en hospital público, causal riesgo vital).

Es decir, estando en pabellón para ser intervenida quirúrgicamente, integrantes del equipo de salud que no habían dado cumplimiento a las formalidades mínimas para ser reconocidos como objetores de conciencia, rechazaban brindarle la atención médica de urgencia que la mujer necesitaba. Ello, agravado por el hecho de que un legrado para la remoción de restos uterinos no equivale a la interrupción voluntaria de un embarazo, sino a una atención posterior y por ende no se encuentra comprendida en las acciones que pueden ser objetadas. Por lo demás, de la infracción de las obligaciones legales de dichos integrantes del equipo de salud y del trato brindado se derivó un grave sufrimiento para la mujer afectada.

En tanto, otra mujer atendida en una clínica privada refiere:

“Mi ginecólogo me dijo que era objetor de conciencia y que él no podía ayudarme, pero me dijo que yo podía esperar la evolución del embarazo. Cuando me reuní con la directora ella me hizo firmar un papel en blanco porque el médico que me atendía no había firmado todavía los papeles de la objeción de conciencia. Yo en ese momento no me di cuenta, pero después sí me di cuenta que el doctor no era realmente objetor de conciencia, es decir, legalmente objetor, y aun así se negó a atenderme. Él nunca tomó en cuenta como yo me sentía con todo esto” (mujer de 34 años, atendida en clínica privada, causal inviabilidad).

ii. Integrantes del equipo de salud invocan objeción de conciencia sin encontrarse en las hipótesis previstas en la ley para ello

Conforme a la ley de aborto en tres causales, la objeción de conciencia únicamente puede ser invocada por determinados integrantes del equipo de salud, el médico cirujano requerido para interrumpir el embarazo y el resto del personal al que corresponda desarrollar sus funciones en el pabellón quirúrgico durante la intervención. Es decir, la objeción de conciencia únicamente permite abstenerse de realizar o intervenir directamente en la interrupción del embarazo. De ahí que ningún otro profesional a quien corresponda entregar información o derivar a una mujer, realizar algún examen, emitir un diagnóstico médico o brindar cuidados posteriores a un aborto puede aducir razones de conciencia para negar dichas atenciones.

De hecho, el reglamento en la materia es clarísimo en este aspecto y prevé:

“Artículo 9. La objeción de conciencia no procede respecto de actos de información, diagnóstico, toma e informe de exámenes, reasignación, derivación, así como tampoco respecto de los demás actos de preparación o cuidados posteriores al procedimiento de interrupción del embarazo, sea que estos últimos se requieran regularmente en el procedimiento, o bien, su necesidad de entregarlos surja de complicaciones en la condición de salud de la mujer”

Sin embargo, de los casos conocidos por Corporación Humanas se ha observado que profesionales médicos invocan la objeción de conciencia en situaciones no permitidas por la ley.

Como se ha señalado anteriormente, una mujer atendida en un hospital público, con posterioridad a haber tenido un aborto en cama, sin asistencia médica, debió ser intervenida quirúrgicamente pues la expulsión no fue completa y quedaron restos. Pero estando en pabellón, parte del equipo de salud que la atendía se negó inicialmente a realizar el legrado, aduciendo que eran objetores de conciencia, pese a que dicha atención médica no se encuentra comprendida en las hipótesis en que la ley permite invocar la objeción de conciencia.

Otra mujer, atendida en un centro privado de salud, relata que su médica tratante se negó a emitir el certificado médico sobre la patología que padecía aduciendo razones religiosas. Esta negativa, además de ilegal, obstaculizó que la mujer pudiera acceder oportunamente a la interrupción del embarazo en un caso de riesgo vital:

“Cuando el ginecólogo me dijo que estaba embarazada se me cayó el mundo pues yo no podía quedar embarazada, había tenido una trombosis cerebral en 2017, me operaron y estuve súper grave, al borde la muerte, no podía volver a pasar por lo mismo. Mi caso era de riesgo de vida pero se necesitaba el certificado de la especialista para poder hacer el aborto terapéutico, eso fue lo que me dijo el doctor. El problema es que cuando fui a la hematóloga que me atendía desde mi operación ella me dijo que era objetora de conciencia, incluso me mostró su crucifijo que tenía en el cuello y me dice que no podía hacerme el certificado por su religión y tampoco me ofreció ninguna alternativa” (mujer de 42 años, atendida en clínica privada, causal riesgo vital).

iii. Incumplimiento de las obligaciones legales por parte de objetores de conciencia

Dentro de las obligaciones que la ley N° 21.030 asigna a los médicos requeridos a realizar la interrupción voluntaria del embarazo por alguna de las tres causales que se han acogido a la objeción de conciencia, se encuentra la de informar de inmediato al director del establecimiento que la mujer requiere ser reasignada a otro profesional no objetor.

No obstante, en los casos conocidos por Corporación Humanas, ninguno de los profesionales que señaló ser objetor u objetora de conciencia para negarse a brindar a la mujer la atención requerida, dio cumplimiento a su obligación legal de informar al director del establecimiento acerca de la necesidad de reasignar a la mujer a un profesional no objetor.

En efecto, una mujer que acudió a la urgencia en un hospital público fue inicialmente atendida por un ginecólogo que le señaló ser objetor de conciencia y se negó a realizar el aborto solicitado por ella, bajo la causal riesgo vital. Dicho profesional no informó en ningún momento al director del hospital acerca del estado de salud de la mujer y su necesidad de atención, pues en su opinión no se encontraba configurada la causal. Sin embargo, al ser atendida al día siguiente por otra profesional, que no era objetora, se determinó la concurrencia de la causal legal y –conforme a la decisión de la mujer– se dispuso el inicio del tratamiento farmacológico para la interrupción del embarazo. En tanto, al tercer día de hospitalización, la mujer fue atendida por otra profesional que igualmente señaló ser objetora de conciencia, la que ordenó suspender el tratamiento previamente indicado a la usuaria y tampoco consta que haya informado de ello al director del establecimiento.

Por otra parte, una mujer atendida en una clínica privada refiere que su ginecólogo, al confirmarse la inviabilidad de su embarazo le señaló que era objetor de conciencia y que no podía seguirla atendiendo. En ningún momento le indicó que informaría de su situación a la dirección de la clínica para que le asignaran un nuevo profesional tratante, ni le mencionó siquiera la posibilidad de consultar a otro profesional no objetor, limitándose a recomendarle que consultara en un hospital público o directamente ante el Ministerio de Salud. De hecho, la mujer se dirigió al Ministerio de Salud, siendo finalmente confirmado su diagnóstico en un establecimiento público y tras varias semanas, pudo acceder a la interrupción del embarazo que desde un principio había decidido. En el intertanto, consultó en reiteradas oportunidades a la dirección de la clínica en que se atendía, sin obtener una respuesta clara acerca de si algún profesional de dicho centro la atendería y si le brindarían la atención médica que requería por encontrarse en una de las causales previstas en la ley.

Asimismo, otra mujer atendida en un centro privado de salud señala que su médica tratante de la patología previa que padecía se negó a emitir el certificado requerido para configurar la causal de riesgo vital, aduciendo una supuesta objeción de conciencia. Más allá de que la referida profesional actuó al margen de la ley por no encontrarse en ninguna de las hipótesis previstas en la normativa para haberse acogido a la objeción de conciencia, tampoco comunicó a la dirección de la clínica la situación en que se encontraba la paciente y que requería ser reasignada a un profesional no

objeto. Encontrándose en una situación de riesgo vital, la mujer se vio enfrentada a buscar por sí misma la atención que su médica tratante le había negado, hasta poder ubicar un profesional que emitiera el diagnóstico de riesgo vital y pudiera acceder a la interrupción del embarazo regulada en la ley.

A ello cabe agregar que el monitoreo social de la Mesa de Acción por el Aborto en Chile y Fondo Alquimia reporta:

“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”³⁹.

e. Estereotipos y prejuicios de los equipos de salud

En los equipos de salud son frecuentes los estereotipos acerca de la maternidad como eje central en la identidad de las mujeres y de ello deriva la dificultad para aceptar o respetar su decisión de abortar conforme a lo previsto en la ley. Asimismo, se identifican prejuicios frente a mujeres que refieren haber sufrido violencia sexual, y el estigma ante el rechazo a seguir adelante un embarazo dentro de las causales legales.

³⁹ MESA ACCIÓN POR EL ABORTO EN CHILE, FONDO ALQUIMIA, op. cit., p. 51.

De acuerdo a los testimonios recibidos por Corporación Humanas en la atención de casos, se reportan las siguientes situaciones que dan cuenta de lo señalado:

“Para el doctor que me atendió en la urgencia un 18% de posibilidades era suficiente razón para no interrumpir el embarazo, pero él no me explicó nada sobre qué significaba eso, en qué condiciones yo debía seguir enfrentado los riesgos ni que podría pasar con el bebé. Yo quería ese hijo pero mi hija de tres años estaba en la casa y me necesitaba también, él nunca consideró lo que yo le decía ni cual era mi vida real” (mujer de 25 años, atendida en hospital público, causal riesgo vital).

“A mi hermana no le dijeron claramente que ella podía morir, si le hubieran dicho que era su vida la que estaba en juego, ella habría elegido vivir. Ella era tan joven, tenía toda la vida por delante, si aceptó quedarse hospitalizada fue porque le dieron esperanzas de que su bebé estaría bien, parece que el bebé les importaba más que ella” (familiar de mujer de 21 años, fallecida en hospital público).

“Cuando llegué a la consulta con el especialista, materno fetal creo que era, lógicamente llegué llena de preguntas, pues nadie me decía si mi bebé realmente iba a morir, pero tampoco me decían como sería tener un hijo en esas condiciones, nadie me daba ninguna claridad. Me llamó tanto la atención su respuesta, lo recuerdo muy claramente, sin mirarnos siquiera él dijo acá lo importante es que pueda nacer, no importa como pero que nazca. Ahí yo sentí muy fuerte que para él como que yo no existía y mucho menos mi decisión” (mujer de 37 años, atendida en hospital público, causal inviabilidad).

“Cuando el doctor me confirmó el diagnóstico recién ahí me informa que era objetor de conciencia, nunca me dijo a qué otro médico podía yo recurrir para que me ayudara solo me dijo que no me podía seguir atendiendo, pero que yo podía igual seguir adelante con el embarazo, yo le decía pero cómo si mi hijita va a morir y me dice que podía rezar. Para mí fue tremendo que mi doctor me dijera que lo mejor que podía hacer era esperar o rezar, en serio me dijo que rezara, cierto que es como de no creer, esa fue su gran respuesta frente a todo mi sufrimiento” (mujer de 34 años, atendida en clínica privada, causal inviabilidad).

“La doctora me mostró su crucifijo, y yo lógicamente pensé en mis hijos, pero no quería volver a estar al borde de la muerte después de todo lo que había pasado, ella me dijo que habían algunos tratamientos para mí, pero eran demasiado caros y complicados que yo pensaba esto no es real, no puede estar pasando, yo solo quiero que me apliquen la ley y me ayuden, pero parece que en su mirada religiosa solo contaba que yo siguiera embarazada y de lo que pudiera pasar conmigo, nadie me decía nada” (mujer de 42 años, atendida en clínica privada, causal riesgo vital).

“Yo acompañé a mi hija en todo momento, era terrible por todo lo que había pasado y yo debía apoyarla. La doctora fue amable con ella, o más bien cordial, en un tono profesional como distante diría yo, pero cuando mi hija le empezó a explicar lo que había pasado y que ella no quería ese embarazo, la doctora fue tajante, para que la pudieran seguir atendiendo debía hacer primero la denuncia por la violación, que era precisamente lo que mi hija no quería” (madre de niña de 15 años, atendida en clínica privada, causal violación).

Ello, igualmente, es corroborado por el estudio realizado por la Mesa de Acción por el Aborto en Chile y Fondo Alquimia, cuyo informe señala:

“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. [...] 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 dirá 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 empoderado de su salud digamos, en todo sentido”⁴⁰.

f. Inexistencia de mecanismos de exigibilidad

Como se ha señalado, en Chile las mujeres no disponen de mecanismos de exigibilidad respecto de los derechos reconocidos en la ley N° 21.030 sobre aborto en tres causales. En efecto, frente a la eventual negativa de los equipos de salud a reconocer que se constituye alguna de las tres causales o al retraso en la atención, las mujeres y niñas afectadas no cuentan con acciones administrativas o judiciales expeditas para la revisión de las decisiones médicas ni para obtener los respectivos certificados o diagnósticos médicos. Tampoco se dispone de acciones especiales para reclamar el incumplimiento de las obligaciones de los prestadores de salud, lo que resulta especialmente problemático frente a actuaciones al margen de la normativa sobre objeción de conciencia.

Las mujeres y niñas afectadas por alguna de las tres causales que no reciben una adecuada atención de salud o enfrentan el actuar ilegal de equipos de salud, únicamente disponen de la posibilidad de presentar las acciones generales contempladas en la legislación nacional, como la acción de reclamación prevista en la ley N° 20.584 que regula los derechos y deberes que tienen las personas en relación con acciones vinculadas a su atención en salud. Además, en casos graves, podría presentarse una demanda por responsabilidad civil extracontractual (indemnización de perjuicios), luego de pasar por un procedimiento de mediación obligatoria, y en caso de haberse cometido un delito, una querrela por cuasidelito de homicidio o lesiones.

De la inexistencia de mecanismos de exigibilidad o acciones judiciales apropiadas, deriva que en la inmensa mayoría de los casos, mujeres que vieron vulnerados sus derechos durante la atención de salud no hayan recibido respuestas adecuadas ni mucho menos alguna clase de reparación.

⁴⁰ MESA ACCIÓN POR EL ABORTO EN CHILE, FONDO ALQUIMIA, op. cit., p. 26.

Al respecto, lo primero que se observa es la falta de información sobre la posibilidad de reclamar frente a una atención deficiente o derechamente vulneratoria de sus derechos. Ello resulta patente frente a la negativa del o la profesional a tener por constituida la causal, a rechazar emitir un diagnóstico médico e incluso a negarse a realizar la interrupción del embarazo invocando la objeción de conciencia.

“El primer doctor que me atendió me dijo que era objetor de conciencia pero también me señaló que mi guagüita tenía posibilidades por lo que en mi caso no aplicaba la ley, yo estaba desesperada y lloraba, entonces él me ofreció un calmante y yo lo acepté. Nunca me explicó si podía consultar una segunda opinión o algo” (mujer de 25 años, atendida en hospital público, causal riesgo vital).

“Pasaron algunas semanas y se confirmó que mi guagüita era acraneá, y ahí fue cuando el doctor me dice que no me puede seguir atendiendo porque era objetor, y en la clínica tampoco me dieron respuesta ni me siguieron atendiendo y tuve que buscar por mi misma” (mujer de 34 años, atendida en clínica privada, causal inviabilidad).

“Ella es mi doctora tratante, yo tengo un problema grave de salud y ella me atiende, confío en ella, pero cuando me dice que no va a hacerme el certificado yo no sabía que hacer, ni a quien acudir para que pudiera determinar que efectivamente mi vida estaba en riesgo” (mujer de 42 años, atendida en clínica privada, causal riesgo vital).

Por otra parte, de las mujeres que iniciaron alguna clase de reclamación, ninguna de ellas obtuvo una respuesta positiva o satisfactoria.

“Cuando me llegó la respuesta del hospital no supe como tomarla, me decían que se habían equivocado, que lo habían hecho mal, hasta dice textual ‘manifestamos nuestras sinceras disculpas y esperamos que no se vuelvan a presentar situaciones similares’, pero de sumario o sanciones a quienes me atendieron así tan indignamente, nada, luego fuimos a la mediación y fue otra gran frustración, solo se escudaban en habían actuado bajo el protocolo y todo quedó en nada. Después de todo lo que pasé, todo quedó en nada” (mujer de 25 años, atendida en hospital público, causal riesgo vital).

“Después de que mi hermana falleció lógicamente presenté un reclamo en el mismo hospital, además de la denuncia a la Fiscalía, pero la respuesta fue como una burla para nosotros, no explicaban nada de lo que le había sucedido a mi hermana, ni como es que se agravó tanto al punto de morir, ni que acciones tomaron para evitar que se hubiera agravado tanto, nada, lo único que dice el documento es que comprenden que tengamos dudas sobre el proceso de atención pero que han colaborado en la investigación que lleva adelante la Fiscalía. Pero eso tampoco es cierto porque ha pasado más de un año y ni siquiera han enviado los informes de auditoria que se les ha solicitado ni los resultados del sumario que supuestamente se hizo” (familiar de mujer de 21 años, fallecida en hospital público).

“Luego de la muerte de mi bebita quedé muy mal pero pasado un tiempo decidí reclamar por la pésima atención de mi doctor y de la clínica, quienes simplemente se desentendieron de todo y me dejaron a la deriva, puras palabras pero nada real, y ahí estuve averiguando por mi misma y pedí la mediación, se demoró mucho por problemas en las notificaciones y por la agenda de la mediadora y al fin todo resultó pésimo, solo me pagaron unas cuentas médicas pero jamás recibí una disculpa o una seguridad de que ahora lo estaban haciendo mejor, además las abogadas de esa gente fueron súper indolentes, presentaban todo como normal pero nunca un trato o un gesto humano” (mujer de 34 años, atendida en clínica privada, causal inviabilidad).

VIII. CONCLUSIONES

Tras dos años de vigencia de la ley que regula la despenalización de la interrupción voluntaria del embarazo en tres causales (ley N° 21.030), se constata que la normativa nacional limita el derecho a decidir de las mujeres y las niñas. Además, la regulación administrativa adoptada a partir de marzo de 2018 por las autoridades ministeriales del Presidente Sebastián Piñera, en lugar de orientarse a garantizar el ejercicio de derechos por parte de las mujeres y niñas afectadas por alguna de las tres causales, ha restringido el acceso al aborto legal. Ello, por cuanto por la vía administrativa se ha fortalecido la figura de la objeción de conciencia, tanto en su dimensión individual como institucional.

Las resistencias conservadoras en contra de la legislación sobre aborto por causales, resultaron evidentes durante su tramitación legislativa y luego ante el Tribunal Constitucional. Al respecto, cabe señalar que los partidos políticos que, en su momento, se opusieron a legislar en esta materia y que luego presentaron diversos requerimientos de inconstitucionalidad para limitar su aplicación, hacen parte del actual Gobierno. Es decir, las autoridades que han estado a cargo en mayor medida de la implementación de la ley sobre aborto en tres causales y de garantizar el acceso de mujeres y niñas afectadas a las prestaciones de salud previstas por ley, no comparten los fundamentos que sustentan la normativa vigente, y han sostenido en el tiempo posiciones contrarias al derecho a decidir de mujeres y niñas.

La dictación de la ley N° 21.030 constituyó un avance en el país en la medida que permitió pasar de un régimen de criminalización total del aborto, instaurado durante la dictadura cívico militar, a un régimen de causales. No obstante, se trata de una normativa limitada puesto que no reconoce ni se hace cargo de la realidad de las mujeres en Chile, que principalmente abortan por otras razones y no únicamente en base a las tres causales legales. Además, durante el proceso de debate legislativo, así como a través de sucesivas revisiones ante el Tribunal Constitucional y posteriores regulaciones administrativas, se fueron incorporando diversas restricciones y/o barreras al reconocimiento de derechos de mujeres y niñas contenidos en la propuesta de ley inicial.

Desde el punto de vista de la normativa vigente, el ejercicio pleno de los derechos de las mujeres y las niñas se ve limitado, por una parte, por el modelo de causales legislado –riesgo vital, inviabilidad de carácter letal y violación–, que excluye la interrupción legal de un embarazo a sola decisión de la mujer. Bajo dicho modelo, la posibilidad de decidir si abortar o no está condicionada al cumplimiento de los requisitos establecidos para cada una de las causales, las que, por otra parte, se encuentran definidas de modo sumamente restrictivo. Además, la inexistencia de mecanismos de exigibilidad frente a eventuales vulneraciones de derechos y la restricción normativa al acceso a la información se erigen como barreras u obstáculos adicionales al ejercicio de derechos por parte de las mujeres y las niñas afectadas.

A ello se agrega, como se sostiene en el presente informe, la limitación impuesta por la normativa vigente sobre objeción de conciencia personal e institucional, que instituye esta figura de manera general en lugar de resguardar el carácter excepcional que de acuerdo a los estándares internacionales de derechos humanos debe tener.

Por otra parte, en cuanto a la implementación o aplicación práctica de la ley sobre aborto en tres causales, igualmente se identifican numerosas barreras, observadas a partir de la información proporcionada por el Ministerio de Salud y en base a la atención de mujeres que han solicitado orientación y/o representación jurídica a Corporación Humanas.

En primer término, se constata que la objeción de conciencia se ha instalado como una práctica ampliamente extendida entre los equipos de salud involucrados en la atención de mujeres y niñas en establecimientos públicos, mientras que, por otra parte, numerosos centros privados de salud se declaran objetores de conciencia institucionales.

Conforme a los datos revisados, los servicios públicos de salud presentan importantes porcentajes de funcionarios/as objetores/as de conciencia. De hecho, en siete de 29 servicios la objeción de conciencia declarada es superior a dos tercios de los/as médicos/as obstetras, en 12 objeta entre un tercio y dos tercios de estos, y en 10 servicios la objeción es menor a un tercio. Además, como se ha señalado, la objeción de conciencia es mayor entre los y las profesionales obstetras que entre otros profesionales o técnicos, y es más frecuente en la causal violación, lo que evidencia una escasa sensibilidad frente a la violencia sexual y sus graves consecuencias. En efecto, a septiembre de 2019, casi la mitad de los/as obstetras de hospitales públicos se declara objetor/a de conciencia, rechazando atender a mujeres y niñas embarazadas producto de una violación. Entre establecimientos privados, en tanto, se identifican numerosos casos de objetores de conciencia institucionales, parte de los cuales no corresponde siquiera a centros de salud habilitados para acogerse a dicha figura.

Lo anterior pone en entredicho la política pública sobre aborto en tres causales, y la voluntad y capacidad efectiva de parte importante de los establecimientos públicos y privados de salud de dar cumplimiento a la legislación vigente y de respetar la decisión de mujeres y niñas afectadas. Ello, por cuanto frente a la amplia proporción de funcionarios/as públicos/as objetores/as de conciencia y de numerosos centros privados acogidos a la objeción institucional, no se cuenta con información referida a medidas específicas adoptadas desde la autoridad sanitaria para garantizar la atención de mujeres y niñas.

Por otra parte, de acuerdo a los testimonios de mujeres afectadas por alguna de las tres causales, se identifican entre otras barreras y obstáculos, diversas infracciones a la normativa vigente por parte de equipos de salud de establecimientos públicos y privados. Así, por ejemplo, se han conocido casos de médicos/as y otros profesionales y técnicos que se declaran objetores de conciencia sin cumplir con los requisitos legales

establecidos, atenciones de salud interrumpidas por profesionales de la salud al margen de la regulación vigente, y denegación de determinadas atenciones que no están comprendidas en la normativa sobre objeción de conciencia.

A ello se agregan vacíos importantes en la capacitación que debe otorgarse a los equipos de salud de los diversos niveles de atención y falencias en la información que se entrega a las usuarias, en particular en lo referido a los derechos reconocidos por la legislación sobre aborto por causales. Asimismo, se identifica la presencia de estereotipos y prejuicios entre los equipos de salud, especialmente acerca de la maternidad como eje central en la identidad de las mujeres y dificultades para considerar y respetar sus decisiones, como igualmente desconfianza frente a mujeres y niñas que refieren violencia sexual. De ello deriva que, en algunos casos, la atención brindada vulnere la dignidad de estas y que se incurra en actos constitutivos de maltrato.

Ello se vincula, de manera significativa, con la escasa relevancia que han atribuido las autoridades ministeriales al mandato legal de *“asegurar la atención médica de las pacientes que requieran la interrupción de su embarazo”* en la regulación emitida en materia de objeción de conciencia, y con la inexistencia de medidas de fiscalización dispuestas hasta ahora respecto de establecimientos públicos y privados de salud.

En tanto, la revisión de la información dada a conocer por el Ministerio de Salud sobre casos reportados de embarazos que califican en alguna de las tres causales, igualmente resulta crucial para conocer si la normativa se está implementando adecuadamente. Sin embargo, las restricciones en los datos disponibles dificultan dicha evaluación, puesto que se no se dispone de información desagregada respecto a la edad y nacionalidad de las mujeres, ni el servicio de salud en que se atienden.

Más allá de las referidas limitaciones en la información pública disponible, los casos reportados evidencian un descenso de los embarazos calificados en alguna de las tres causales en el año 2019, en comparación con el año anterior. De acuerdo a lo informado, entre el 1º de febrero y el 25 de diciembre de 2018, período que comprende 11 meses, se reportaron 734 casos lo que corresponde a un promedio mensual de 66,7 embarazos. En cambio, entre enero y septiembre de 2019 se registran 512 casos, que en promedio equivalen a 56,9 casos mensuales. Se trata de una situación que deberá ser monitoreada en adelante a fin de determinar si se trata o no de una tendencia y, de ser así, las posibles explicaciones que ello tendría.

Las cifras informadas por el Ministerio de Salud dan cuenta, además, de una disminución de la decisión de interrupción del embarazo. En efecto, en los primeros cuatro meses de aplicación de la ley (octubre de 2017 a enero de 2018), el 91,4% de las mujeres y niñas afectadas optó por abortar, mientras que entre febrero y diciembre de 2018 dicha decisión fue adoptada por el 86,4% de estas y en los nueve meses reportados del año 2019 (enero a septiembre), tal opción disminuyó al 81,6%. Esta información, igualmente, debe ser monitoreada en adelante y procurar identificar las razones de ello.

En tanto, de la información sobre casos atendidos en establecimientos públicos y privados de salud en 2019, resalta la mayoritaria atención brindada en hospitales públicos a mujeres y niñas afectadas por alguna de las tres causales (90% de casos atendidos en hospitales públicos y 10% en establecimientos privados). Sin embargo, preocupa observar que en centros privados de salud no se registre ningún caso bajo la causal violación, lo que sugiere la posibilidad de rechazo de estos casos en dichos establecimientos, lo que resulta necesario revisar.

Los datos disponibles a la fecha no permiten afirmar que se esté en presencia de una tendencia clara en términos de una disminución de la incidencia de casos, de una baja en la decisión de las mujeres de interrumpir el embarazo en alguna de las tres causales, o del rechazo a tener por constituida la causal violación en centros privados de salud. Ello, por cuanto, como se ha señalado, la información de los primeros meses de implementación de la ley IVE corresponde a un período inicial, sujeto a errores y correcciones, y el registro de casos de 2019 comprende a los primeros nueve meses del año, único período del que se dispone de información sobre casos atendidos en establecimientos privados, lo que no permite comparaciones adecuadas. No obstante, los datos reportados generan preocupación, especialmente considerando el alto número de profesionales que se ha acogido a la objeción de conciencia y las facilidades otorgadas para ello por la normativa vigente.

La información proporcionada por las autoridades a cargo de la implementación de la ley sobre interrupción voluntaria del embarazo en tres causales y aquella recabada por Corporación Humanas en la atención de casos y por organizaciones que han llevado a cabo acciones monitoreo y observación a la aplicación de la normativa vigente, da cuenta de que los equipos de salud no se encuentran suficientemente preparados para dar cumplimiento a la ley IVE, ni para asegurar el acceso de mujeres y niñas al ejercicio pleno de los derechos que la legislación les reconoce.

De lo expuesto deriva la necesidad de reinstalar el debate político y social sobre la objeción de conciencia, que permita comprenderla y regularla de manera estricta y excepcional, y no solo como un mero trámite o formalidad a cumplir. Resulta necesario limitar la objeción de conciencia a quienes intervienen directamente en la interrupción del embarazo y excluir a personas jurídicas de ello, como igualmente incorporar requisitos de fundamentación y alguna clase de contraprestación que deban prestar quienes sean reconocidos como tales. En particular, se debe regular que todos los establecimientos de salud cuenten con equipos no objetores que puedan garantizar la atención oportuna en casos de aborto legal. La mera definición de que los centros de salud que no cuenten con equipos no objetores deben derivar a mujeres y niñas a otro recinto, no resulta suficiente. En particular por cuanto ello no resguarda la protección especial que debe brindarse a quienes han sufrido violencia sexual, y constituye una revictimización.

Asimismo, resulta urgente que el Ministerio de Salud adopte medidas concretas para asegurar a quienes requieran la interrupción voluntaria del embarazo por causales, el acceso oportuno a la atención de salud que la ley N° 21.030 les garantiza. Para ello, se debe fortalecer la capacitación de los equipos de salud de todos los niveles de atención, cautelar la información que debe brindarse a las usuarias y fiscalizar a los establecimientos públicos y privados de salud a fin de resguardar el cumplimiento cabal de sus obligaciones y el respeto pleno a los derechos de las mujeres y niñas afectadas.

Asimismo, se requiere institucionalizar mecanismos de exigibilidad para las mujeres y niñas que necesitan atención en alguna de las tres causales y definir sanciones claras frente al incumplimiento de sus derechos.

Finalmente, se requiere avanzar en el debate sobre la despenalización del aborto, puesto que es un derecho de las mujeres y niñas que enfrentan un embarazo no deseado decidir al respecto, cuestión que la legislación sobre aborto por tres causales no resguarda, dada su definición acotada y su reglamentación restrictiva.