



UNIVERSIDAD DE CHILE
FACULTAD DE CIENCIAS FÍSICAS Y MATEMÁTICAS
DEPARTAMENTO DE INGENIERÍA INDUSTRIAL

ABORTO EN CHILE. RECOMENDACIONES Y PROPUESTA DE
INDICADORES PARA LA POLÍTICA PÚBLICA.

MEMORIA PARA OPTAR AL TÍTULO DE INGENIERA CIVIL
INDUSTRIAL

DENNIS RENÉE VELÁSQUEZ REYES

PROFESORA GUÍA:
MARÍA MARTIN MUNCHMEYER

MIEMBROS DE LA COMISIÓN
VÍCTOR PÉREZ VERA
STEPHANIE OTTH VARNARA

SANTIAGO DE CHILE

2021

RESUMEN

El aborto estuvo completamente prohibido en Chile desde 1989 y la política pública por defecto fue la absoluta ausencia estatal en esta materia. La interrupción voluntaria del embarazo en 3 causales, regulada y despenalizada a través de la Ley N° 21.030 desde septiembre de 2017, es la primera modificación normativa que altera la autonomía de las mujeres respecto a la interrupción o continuación de un embarazo desde entonces.

Ante el desconocimiento de la evaluación de implementación de la política pública asociada a la Ley 21.030, desde la ingeniería industrial resulta relevante indagar en la consecución de objetivos, la obtención de resultados y la articulación coherente de las tecnologías de la información, el desarrollo organizacional y el diseño de procesos que permitan el correcto desarrollo de la política pública. Con esas principales herramientas de la ingeniería industrial en mente y sobre la metodología *design thinking*, se indaga en los mecanismos de evaluación y, específicamente, indicadores usados en las políticas de aborto en el contexto internacional.

Se encuentra que no hay un consenso sobre cómo medir las políticas de aborto, pero que inequívocamente los aspectos más relevantes tienen que ver con la legislación misma, la infraestructura tecnológica y humana disponible y, el comportamiento de las mujeres.

En ese contexto, se proponen seis dimensiones que articulen la evaluación de la política de aborto en Chile: política, accesibilidad, punto de servicio, acceso, mujeres y evaluación.

Para Corporación Miles Chile, organización de la sociedad civil, se sugiere centrarse en el uso de información pública y aspectos macro de la política, concentrados en las dimensiones política, accesibilidad y acceso.

DEDICATORIA Y AGRADECIMIENTOS

Esta es una tesis feminista; y debería ser leída como tal. Tratándose de políticas públicas, sería irresponsable intentar desentenderse del contexto político en que se gesta y de la ideología desde la que se escribe. Dicho eso, agradezco a todas las mujeres que he visto luchar en mi vida, incluso sin conocerlas. A las muchas que socializan el daño que el patriarcado nos ha hecho y que sutilmente introdujeron el feminismo en mi vida, hasta que se me hizo sentimiento, identidad y práctica política.

Agradezco a mi mamá y a mi papá por dejarme soñar y explorar el mundo a mi manera, con mis propios ojos. Agradezco la independencia que me han dado, especialmente estos últimos años y, el sostén económico y emocional que han sido siempre. Agradezco a mis hermanas por su amor y apoyo y por la inspiración que son para mí; especialmente a mi hermana Dana: todo lo que hago está un poco hecho por y para ti. Agradezco la compañía de mis perritos, *mis porotxs*, que son también parte de mi familia y una fuente de amor sin la que no sería yo. También a mi tata Juan. A todos ustedes con agradecimiento y cariño.

Agradezco a mis amigas y amigos con quienes he compartido mis años de universidad, especialmente porque han sido compañerxs de vivencias, reflexiones y emociones mucho más profundas que las que los estudios y el mundo académico pudieran ser para mí. Especialmente a Cata, Danilov, Nacho, Cami, Javi, Kathy, Flavia, Pablo y Rubén: no podría pensar en mi paso por la U sin pensar en ustedes. También a Karin y a Juaco, con quienes compartí hacer la tesis online y en pandemia. Agradezco también a los muchxs que en algún momento fueron mis amigos y ya no lo son. Y, por último, a mis compañerxs del CEIN 2020 por permitirme vivir la U de una forma que no conocía. Obvio también a mis amigues preciosos externos a la U, especialmente Anne y Sara, que me apoyaron en esta tesis y me divirtieron.

Gracias al profesor Víctor Pérez por creer en la importancia de este trabajo cuando era solo una idea vaga (y por ser el único) y a la profesora María Pía por darme la confianza y el apoyo para hacerlo de forma autónoma. Gracias a la Corporación Miles por su trabajo permanente y su involucramiento en esta tesis.

Agradezco a la Universidad de Chile y a la Facultad de Ciencias Físicas y Matemáticas por darme herramientas para interpretar el mundo, juzgarlo y soñar con intervenirlo.

Si no puedo bailar, no es mi revolución

TABLA DE CONTENIDO

RESUMEN.....	i
DEDICATORIA Y AGRADECIMIENTOS.....	ii
TABLA DE CONTENIDO.....	iii
TABLA DE TABLAS.....	vi
TABLA DE FIGURAS.....	ix
INTRODUCCIÓN.....	1
ANTECEDENTES.....	4
OBJETIVOS.....	13
MARCO TEÓRICO.....	14
Aborto.....	14
Políticas públicas.....	17
Indicadores.....	22
Indicadores de salud pública.....	25
Estudios sobre el aborto en Chile.....	26
Centros de salud como organizaciones.....	32
Aplicación y discusión de conceptos al aborto en Chile.....	34
METODOLOGÍA.....	45
RESULTADOS.....	54
El aborto como política pública.....	54
Evaluación exploratoria para Chile.....	54
Causales proyectadas y constituidas.....	54
Implementación normativa.....	57
Análisis exploratorio de causales constituidas.....	57
Dimensiones e indicadores en la experiencia internacional.....	65
Dimensiones e indicadores para Chile.....	68
Política.....	71
Accesibilidad.....	74
Puntos de servicio.....	80
Acceso.....	83
Evaluación.....	84
Mujeres.....	89
Indicadores para Mises Chile.....	90
Recomendaciones de política pública para Chile.....	101

CONCLUSIONES	104
GLOSARIO	109
BIBLIOGRAFÍA.....	111
ANEXOS	117
Anexo A: Ley 21.030 Regula la despenalización de la interrupción voluntaria del embarazo en tres causales	117
Anexo B: Aspectos organizacionales del Ministerio de Salud	122
Anexo C: Normativas y reglamentos del Ministerio de Salud	124
Anexo D: Norma Técnica Nacional	124
Anexo E: Todo sobre la interrupción voluntaria del embarazo en tres causales	138
Anexo F: Reportes trimestrales IVE publicados a febrero de 2021.....	140
Anexo G: Investigaciones de carácter periodístico y académico a la implementación de la IVE	140
Anexo H: Tipos de políticas públicas	141
Anexo I: Programas sociales	142
Anexo J: Indicadores de programas sociales	145
Anexo K: Fórmulas en indicadores	151
Anexo L: Indicadores de salud pública	152
Anexo M: Centros de salud como organizaciones – Marco teórico.....	156
Anexo N: Estudio de caso propuesto e instrumentos diseñados para evaluar la implementación normativa	160
Anexo O: Instrumento profesional referente IVE, jefa/e de ginecobstetricia, alto riesgo obstétrico o similar	165
Anexo P: Instrumento profesionales IVE médicos y matronas/es.....	174
Anexo Q: Instrumentos profesionales IVE programa de acompañamiento psicosocial	179
Anexo R: Instrumento registro y sistemas de información y otros	186
Anexo S: Instrumento profesional referente, jefa/e de matronería, psicología o similar	193
Anexo T: Instrumento mujeres +18 años.....	195
Anexo U: Pauta entrevista semiestructurada a Pamela Eguiguren	202
Anexo V: Entrevista a Pamela Eguiguren	202
Anexo W: Solicitud a Hospitales vía Transparencia	208
Anexo X: Solicitud de métodos utilizados a la Subsecretaría de Salud Pública vía Transparencia	209
Anexo Y: Variables con <i>missing data</i> y tratamiento.....	209

Anexo Z: Making abortions safe: a matter of good public health policy and practice	212
Anexo AA: Identifying indicators for quality abortion care: a systematic literature review.....	215
Anexo AB: Definitions, measurement and indicator selection for quality of care in abortion.....	221
Anexo AC: Counting abortions so that abortion counts: Indicators for monitoring the availability and use of abortion care services.....	223
Anexo AD: Evaluating Abortion-care Programs: Old Challenges, New Directions	227
Anexo AE: Safe abortion: technical and policy guidance for health systems. Second edition.	238
Anexo AF: Measure Evaluation: Postabortion care	240
Anexo AG: Principios rectores del programa de acompañamiento	254
Anexo AH: CMBD Conjunto Mínimo Básico de Datos IVE.....	255
Anexo AI: Base de datos de monitoreo propuesta	258
Anexo AJ: <i>Competing values framework</i> – Instrumento de caracterización de la cultura organizacional	259
Anexo AK: Indicadores de calidad de atención de aborto. Dennis, Blanchard y Bessenaar.	261
Anexo AL: Indicadores recomendados para Chile.....	265

TABLA DE TABLAS

Tabla 1 Reporte trimestral enero a diciembre 2019. Reproducido de (Minsal, 2020)	9
Tabla 2 Causales constituidas en el sistema público y privado. Reproducido de (Minsal, 2020)	10
Tabla 3 Causales constituidas. Reproducido de (Minsal, 2020)	10
Tabla 4 Edad gestacional en días y semanas durante el primer trimestre. Adaptado de (OMS en World Health Organization, Department of Reproductive and Research, 2012 p. iv).	15
Tabla 5 Indicadores más usados para distintos objetivos. Elaboración propia en base a (Fuente).	25
Tabla 6 Base de datos consolidada de causales constituidas desde 2017 hasta 30 septiembre 2020. Elaboración propia.	49
Tabla 7 Edad promedio por causal y decisión de interrupción. 2018-2020. Elaboración propia en base a (Ministerio de Salud)	52
Tabla 8 Edad gestacional promedio por causal y decisión de interrupción, 2018- 2020. Elaboración propia en base a DEIS.	53
Tabla 9 Estimaciones de constitución de causal. Elaboración propia en base a Informe Comisión de Salud, Segundo Trámite Constitucional, 2016 (Congreso Nacional de Chile).	55
Tabla 10 Causales constituidas desde el 2017. Elaboración propia.	56
Tabla 11 Causales constituidas 2019 vs. estimadas. Elaboración propia	57
Tabla 12 Causales constituidas y cantidad y porcentaje de interrupciones, por causal y por región, 2018-2020. Elaboración propia.	62
Tabla 13 Cantidad y porcentaje de aceptación del programa de acompañamiento según causal, edad y decisión de interrupción. Elaboración propia.....	63
Tabla 14 Duración promedio del programa de acompañamiento (en sesiones) por causal y etapa en la vida de la mujer. Elaboración propia.....	63
Tabla 15 Síntesis de potenciales dimensiones en la revisión internacional	67
Tabla 16 Cantidad y porcentaje de profesionales contratados y objetores en primera causal, por tipo y servicio de salud. Elaboración propia en base a (Ministerio de Salud) 2019.	75
Tabla 17 Cantidad y porcentaje de profesionales contratados y objetores en segunda causal, por tipo y servicio de salud. Elaboración propia en base a (Ministerio de Salud) 2019	77
Tabla 18 Cantidad y porcentaje de profesionales contratados y objetores en tercera causal, por tipo y servicio de salud. Elaboración propia en base a (Ministerio de Salud) 2019	78
Tabla 19 Cantidad y porcentaje de casos por primer punto de contacto por causal y edad de la mujer. Elaboración propia.....	79
Tabla 20 Ingreso de adolescentes por punto de contacto. Elaboración propia.	80
Tabla 21 Indicadores propuestos para la dimensión Puntos de servicio	83
Tabla 22 Indicadores propuestos para Corporación MILES	99
Tabla 23 Indicadores para MILES Chile al año 2019.....	101

Tabla 24 Tipos de políticas públicas según coerción. Reproducida de (Osorio, y otros, 2016 pág. 143)	142
Tabla 25 Tipos de política pública según beneficios y costos. Reproducida de (Osorio, y otros, 2016 pág. 144)	142
Tabla 26 Indicadores más usados para distintos objetivos. Elaboración propia en base a (Fuente).	151
Tabla 27 Edad promedio por causal y decisión de interrupción. 2018-2020. Elaboración propia en base a (Ministerio de Salud)	210
Tabla 28 Edad gestacional promedio por causal y decisión de interrupción, 2018- 2020. Elaboración propia en base a DEIS.	212
Tabla 29 Indicadores con alto nivel de acuerdo. Elaboración propia en base a (Identifying indicators for quality abortion care: a systematic literature review, 2017)	221
Tabla 30 Indicadores para monitorear la disponibilidad y el uso de los servicios de atención de aborto. Elaboración propia en base a (Counting abortions so that abortion counts: Indicators for monitoring the availability and use of abortion care services, 2006)	226
Tabla 31 Indicadores basados en resultados intermedios. Elaboración propia en base a (Evaluating Abortion-Care Programs: Old Challenges, New Directions, 2005)	234
Tabla 32 Indicadores para la atención de aborto seguro. Elaboración propia en base a (World Health Organization, Department of Reproductive Health and Research, 2012)	239
Tabla 33 Indicadores Aborto y Atención Post aborto Measure Evaluation. Elaboración propia en base a (Measure Evaluation)	246
Tabla 34 Interrupciones de embarazo y Abortos anuales en Chile, 2018-2020, en el marco de la Ley 21.030. Elaboración propia en base a (Ministerio de Salud).....	250
Tabla 35 Mujeres en grupos etarios. Elaboración propia en base (Instituto Nacional de Estadísticas)	250
Tabla 36 Mujeres en edad reproductiva. Elaboración propia.	250
Tabla 37 Tasa de Aborto (hasta las 22 semanas de gestación) e Interrupción del embarazo en Chile, anual, años 2018-2020, cada mil mujeres en edad reproductiva 15-49 años. Elaboración propia en base a (Instituto Nacional de Estadísticas) (Ministerio de Salud).....	250
Tabla 38 Tasas de aborto e interrupción de embarazo en Chile. Elaboración propia en base a (Instituto Nacional de Estadísticas) y (Ministerio de Salud)	251
Tabla 39 Indicadores de calidad de atención de aborto. Parte 1 de 4. Reproducido de (Identifying indicators for quality abortion care: a systematic literature review, 2017 pág. 10)	262
Tabla 40 Indicadores de calidad de atención de aborto. Parte 2 de 4. Reproducido de (Identifying indicators for quality abortion care: a systematic literature review, 2017 pág. 10)	263
Tabla 41 Indicadores de calidad de atención de aborto. Parte 3 de 4. Reproducido de (Identifying indicators for quality abortion care: a systematic literature review, 2017 pág. 11).....	264

Tabla 42 Indicadores de calidad de atención de aborto. Parte 4 de 4. Reproducido de (Identifying indicators for quality abortion care: a systematic literature review, 2017 pág. 11).....	264
Tabla 43 Indicadores recomendados para Chile. Elaboración propia.	268
Tabla 44 Posibles indicadores para el aborto en Chile.....	270

TABLA DE FIGURAS

Figura 1 Población en programas sociales. Adaptación de (Fuente).....	41
Figura 2 Porcentaje y cantidad de causales constituidas por edad de la mujer. 2018-2020. Elaboración propia.	59
Figura 3 Porcentaje de causales constituidas y edad gestacional promedio por edad de la mujer. 2018-2020. Elaboración propia.	60
Figura 4 Semanas de gestación al constituirse la tercera causal por edad de las mujeres. Elaboración propia.	61
Figura 5 Composición promedio del programa de acompañamiento por tipo de sesión. Elaboración propia.	64
Figura 6 Duración promedio del programa de acompañamiento según edad gestacional y decisión de interrupción. Elaboración propia.	65
Figura 7 Porcentaje de mujeres que ingresan por punto de contacto. Elaboración propia.	79
Figura 8 Matriz Marco Lógico. Reproducida de (Fuente).....	145
Figura 9 Diagrama del modelo de seguridad del paciente. Extraído de Cunningham & Geller, 2008. Página 4.....	158
Figura 10 Evaluación de aborto basada en resultados intermedios. Elaboración y traducción propia en base a (Evaluating Abortion-Care Programs: Old Challenges, New Directions, 2005)	230
Figura 11 "Razón de mortalidad materna total (RMM), razón de mortalidad por aborto (RMM_AB) y atención profesional del parto (APP) en Chile entre 1960 y 2011". Reproducido de (Chile, un buen lugar donde nacer: Morbimortalidad materna e infantil a nivel global y nacional, 2014).....	254

INTRODUCCIÓN

El aborto ha sido históricamente un acto punible en Chile. Entre los años 1931 y 1989 estuvo permitido por motivos terapéuticos en el Código Sanitario; luego, a partir de 1989, la junta de la dictadura militar lo prohibió absolutamente, situación en que se mantuvo hasta el año 2017 con la promulgación de la Ley 21.030.

La Ley 21.030 *despenaliza la interrupción voluntaria del embarazo en tres causales*, promulgada en septiembre de 2017, es la primera ley de aborto en Chile en casi 30 años y permite a las mujeres, adolescentes y niñas acceder al aborto en tres situaciones específicas: cuando la vida de la mujer está en riesgo, en caso de inviabilidad fetal extrauterina y cuando el embarazo es resultado de violación, con un plazo de 12 semanas y, 14 semanas en el caso de las niñas menores de 14 años.

A más de dos años de la implementación de la Ley (diciembre de 2019), poco se sabe de cómo ha funcionado: si se cumplieron sus objetivos, en qué medida, qué ha fallado y qué queda por mejorar. El Ministerio de Salud, principal encargado de la implementación de la IVE y muy involucrado en su diseño, solo ha reportado en formato anual y trimestral, diferenciadas por la causal, la cantidad de causales constituidas, la cantidad de interrupciones de embarazo y la cantidad de aceptaciones del programa de acompañamiento. Adicionalmente, en un reporte de evaluación a dos años de la implementación, reveló la cantidad de objetores de conciencia de los distintos profesionales por servicio de salud. Así, no hay un resultado ni un mecanismo de evaluación oficial que sea de conocimiento público. Tampoco los hay de parte del Ministerio de la Mujer y Equidad de Género, el otro organismo gubernamental que se vio ampliamente involucrado en la discusión y el diseño de la Ley. De esta forma, poco se sabe de la implementación de la Ley 21.030 y su política pública asociada y es, en consecuencia, imposible elaborar un juicio evaluativo.

Por otro lado, la implementación de la IVE ha sido monitoreada por organizaciones de la sociedad civil, que han reportado que la IVE tiene obstáculos e irregularidades en su implementación que limitan el acceso de las mujeres a las prestaciones que tienen derecho y, los testimonios de mujeres que han accedido o intentado acceder a la ley coinciden en esto. Las fallas en la implementación de la ley se resumen en barreras de acceso debido al desconocimiento de las mujeres y los profesionales de salud sobre la ley 21.030, a la falta de protocolos de atención y derivación en los centros de salud y, a los altos niveles de objeción de conciencia; elementos que se repiten sistemáticamente en los distintos centros monitoreados y testimonios recogidos.

Los antecedentes anteriores vislumbran la repetición sistemática de fallas en el diseño de procesos, en el uso de las tecnologías de información y comunicación y, en aspectos relacionados al desarrollo organizacional; todas áreas de la ingeniería industrial. Estos elementos sistémicos deberían estar articulados de tal forma que la política pública de aborto cumpla su propósito.

En este contexto y, con una convicción feminista y personal de que la ingeniería industrial puede aportar a la evaluación y al mejoramiento de la política pública, se desarrolla esta tesis que pretende proponer indicadores para la evaluación de la política de aborto, con el apoyo de Corporación Miles Chile, organización de la sociedad civil dedicada a la promoción del libre ejercicio de los derechos sexuales y reproductivos, entre los que se incluye el derecho al aborto, que en Chile oficialmente se concreta a través de la Ley 21.030, la que monitorean con información y datos obtenidos vía Transparencia.

Así, ante la falta de un mecanismo de evaluación oficial —gubernamental o externo— que permita no solo identificar las fallas, sino también dónde estas suceden y a qué se deben, se revisan los documentos oficiales asociados a la despenalización del aborto en tres causales —incluida la Ley 21.030, la Norma Técnica Nacional Acompañamiento y Atención Integral a la mujer que se encuentra en alguna de las tres causales que regula la Ley 21.030 y, las Orientaciones Técnicas Acogida y Acompañamiento Psicosocial en el marco de la Ley 21.030, que despenaliza la interrupción voluntaria del embarazo en tres causales— para identificar los objetivos y estándares con que esta se plantea. En esta revisión se encuentran objetivos parciales —es decir, asociados a las partes o componentes de lo que describen—pero no generales ni superiores a lo que se espera de la despenalización de la interrupción del embarazo en tres causales y, no se encuentran mecanismos de evaluación; por el contrario, surgen interrogantes que desde un punto de vista de ingeniería industrial son relevantes y están relacionadas con los malos resultados reportados. Estas se relacionan principalmente con el mecanismo de constitución de causal, los registros de información y su tratamiento para el aprendizaje continuo, el desarrollo del programa de acompañamiento, la definición de procesos al interior de cada centro de salud y, la misma evaluación y mejoramiento de la política pública.

Se explora también la experiencia internacional para conocer cómo se evalúan las políticas de aborto en otros países y si existen estándares o mecanismos consensuados a nivel global, que puedan ser útiles y aplicables en Chile. Esta búsqueda se hace con énfasis en entender el aborto como política pública y en el uso de indicadores.

Se encuentra que las políticas de aborto son distintas en el mundo y que no hay una forma única ni estandarizada de evaluarlas; esto, tanto en el sentido de los indicadores usados como de la rigurosidad ingenieril con que están definidos (por ejemplo, se encuentran bajo el nombre de indicadores las que podrían ser consideradas áreas de

evaluación, como “acceso a los servicios de aborto”). En este sentido, no todos los indicadores cuentan con una definición precisa, con las fuentes oficiales de información que deben ser usadas ni corresponden a una relación entre variables. No obstante, sí se encuentra coincidencia en que las distintas formas de evaluación propuestas se basan en aspectos y elementos similares, principalmente: accesibilidad, como la disponibilidad y distribución de los puntos de servicio; infraestructura, en cuanto a la disponibilidad de profesionales capacitados para practicar abortos y de tecnologías adecuadas para realizar el procedimiento; acceso, como resultados relacionados principalmente a la edad gestacional en que se practican los abortos, métodos más utilizados y tasas de aborto; y conocimiento y comportamiento de las mujeres al buscar servicios de aborto.

Se hace, además, una revisión de dos países que presentan singularidades en sus políticas de aborto y buenos resultados: Suecia, que tiene una de las políticas de aborto con mayor plazo gestacional permitido, a la vez que una historia de adaptaciones exitosas de la política pública; y Canadá, que no tiene ley de aborto y lo regula e implementa como una prestación más de los servicios de salud. En ambos casos aparecen como relevantes para los buenos resultados las dimensiones que fueron señaladas como importantes en la literatura; y, a la vez, ninguno plantea mecanismos de evaluación ni indicadores oficiales de política pública.

A partir de los antecedentes recopilados, se proponen seis dimensiones para estructurar la evaluación de la política de aborto en Chile: *política, accesibilidad, puntos de servicio, acceso, evaluación y mujeres*. Las dimensiones propuestas pretenden capturar la complejidad sistémica de la política de aborto y de los diferentes contextos en que se implementa, a la vez que observar de forma particular y sistemática los elementos relevantes, usando las herramientas que la ingeniería industrial provee. Para cada una de estas dimensiones, se señalan —y adaptan, en caso de ser necesario— los indicadores relevantes encontrados en la literatura internacional. Posteriormente, se subseleccionan los indicadores relevantes para Corporación Miles Chile; principalmente en las dimensiones política y acceso y, en menor medida, accesibilidad y mujeres.

Finalmente, se concluye que la política de aborto debe ser entendida como más que sus productos (la Ley en particular); que no hay consenso nacional ni internacional sobre cómo evaluar políticas de aborto, pero que sí lo hay en torno a los elementos que aparecen como relevantes de medir. En ese sentido, se sugiere a Chile y a Corporación Miles Chile adoptar los mismos, diferenciados por causal, coherentemente con cómo es el acceso al aborto en Chile.

ANTECEDENTES

La Organización Mundial de la Salud (*WHO*) estima que en el mundo anualmente se producen 73.3 millones de abortos inducidos, seguros e inseguros¹; que el 75% de los abortos que se practican en Latinoamérica son inseguros y que entre el 4.7% y 13.2% de la mortalidad materna se puede atribuir al aborto inseguro. En palabras simples, son abortos inseguros los que se practican por personas no capacitadas y/o usando métodos de interrupción inadecuados para la duración del embarazo (World Health Organization, 2020).

En 1967 el aborto inseguro —por su impacto— fue reconocido por la Asamblea Mundial de la Salud² como un problema serio de salud pública en muchos países. En 2004 la misma entidad declaró que al ser una causa de muerte materna prevenible, el aborto inseguro se debe enfrentar como parte de los Objetivos de Desarrollo del Milenio relacionados con mejorar la mortalidad materna y otros objetivos de desarrollo internacional. Otras declaraciones y resoluciones firmadas por varios países entre 1990 y 2012³ muestran un consenso creciente sobre el aborto inseguro como una causa importante de mortalidad materna y que debe ser prevenida a través de la educación sexual, la planificación familiar, servicios de aborto seguro en la medida que la ley permita y atención post aborto en todos los casos⁴. Además, ampliar el acceso a métodos anticonceptivos modernos es crítico en la prevención de los embarazos no deseados y los abortos inseguros. En consecuencia, la justificación lógica desde el punto de vista de la salud pública para evitar el aborto inseguro es clara e inequívoca (World Health Organization, Department of Reproductive Health and Research, 2012).

La práctica del aborto seguro se ve limitada principalmente no por la disponibilidad de métodos seguros ni de profesionales capacitados, sino por la legislación vigente en torno al aborto. Algunos países tienen completamente prohibido el aborto en sus códigos penales, mientras otros lo permiten para salvar la vida de la mujer, por motivos de salud física y/o mental, por razones socioeconómicas, por violación, por incesto o a petición de la mujer con un sistema de plazos. En otros países, el aborto no está regulado dentro del código penal ni mediante leyes. Sin embargo, independiente del marco legal, la probabilidad de que una mujer tenga un embarazo no deseado y busque un aborto inducido es casi la misma. Asimismo, las restricciones legales no disminuyen la cantidad de abortos ni aumentan significativamente las tasas de nacimiento. De forma similar, la disponibilidad de servicios legales de aborto y el acceso a estos no resultan en mayores tasas ni cantidades de aborto (World Health Organization, Department of Reproductive Health and Research, 2012).

¹ Al año 2019.

² World Health Assembly

³ El año en que fue publicada la referencia

⁴ Es decir, no solo para los abortos permitidos por ley

La Estrategia de Salud Reproductiva Global de la Organización Mundial de la Salud busca no solo prevenir los abortos inseguros, sino eliminarlos, basada en tratados internacionales de derechos humanos y declaraciones globales de consenso que exigen el respeto, protección y cumplimiento de los derechos humanos, entre los que se encuentran el derecho de todas las personas de acceder al mayor estándar de salud posible; el derecho básico de todas las parejas e individuos de decidir libre y responsablemente el número de hijos que desean tener, el intervalo entre ellos y el momento de tenerlos, y de acceder a la información y los medios para hacerlo; el derecho de las mujeres de tener control y decidir libre y responsablemente sobre temas relacionados con su sexualidad, incluyendo la salud sexual y reproductiva, sin coerción, discriminación ni violencia; el derecho de los hombres y mujeres de elegir a su esposo y casarse solo de libre y pleno consentimiento; el derecho de acceder a la información de salud relevante; y el derecho de cada persona de disfrutar los beneficios de los avances científicos y sus aplicaciones. Cumplir con estos derechos y salvar la vida de las mujeres requiere tratar adecuadamente los aspectos programáticos, legales y políticos de la provisión del aborto seguro (World Health Organization, Department of Reproductive Health and Research, 2012).

En línea con el enfoque de derechos humanos, las Naciones Unidas han recomendado a los estados que reformen las leyes que criminalizan procedimientos médicos requeridos solo por las mujeres y que criminalizan a las mujeres que se someten a estos procedimientos. Ambos tipos de leyes son aplicables en el caso del aborto, por lo que se ha hecho a los estados la recomendación explícita de asegurar que las mujeres no tengan que someterse a abortos clandestinos que amenacen su vida y que el aborto debería ser legal, al menos, cuando continuar con el embarazo amenace la vida o la salud de la mujer y en casos de violación y de incesto (World Health Organization, Department of Reproductive Health and Research, 2012).

En Chile, “la mortalidad materna por aborto se instaló como preocupación en los años 30, cuando el Movimiento Pro Emancipación de la Mujer Chilena (MEMCH), planteaba la urgente necesidad de contar con métodos anticonceptivos y reglamentos para evitar el aborto clandestino y sus graves consecuencias”. En ese contexto, en 1931 “se dictó el Código Sanitario que permitió a las mujeres interrumpir su embarazo con fines terapéuticos” (Ministerio de Salud pág. 8) hasta 1989, cuando fue derogado. En algunos períodos entre 1931 y 1989 se hizo una interpretación amplia de la justificación terapéutica, admitiendo como requisitos la situación de pobreza extrema, tener varios hijos nacidos vivos y una solicitud escrita que declarara el no deseo del embarazo. Así, el término terapéutico se interpretó en favor de evitar la morbilidad y mortalidad materna asociada a abortos clandestinos (Dides, y otros, 2011).

Entre 1989 y 2017, las mujeres solo pudieron acceder a abortos clandestinos y, en consecuencia, con alta probabilidad inseguros; al año 1990 se estimaban 160.000 abortos inducidos —clandestinos— anuales. En la década de 2010 se hicieron estudios menos corroborados, cifrando los abortos anuales entre 60.000 y 300.000 (Prada, y otros, 2016).

El programa de gobierno 2014-2018 de la ex Presidenta Michelle Bachelet introdujo, en el capítulo Derechos Ciudadanos, subcapítulo Equidad de Género, el aborto e interrupción del embarazo (Bachelet, 2013 pág. 169):

“Promoveremos políticas destinadas a reforzar la autonomía de las mujeres. Esto incluye una ley de derechos sexuales y reproductivos acorde a las realidades y opciones de las personas; educación sexual laica y humanista en los colegios; acceso a servicios de salud sexual y reproductiva; disponibilidad efectiva de métodos anticonceptivos, incluyendo la anticoncepción de emergencia; y despenalización de la interrupción voluntaria del embarazo en caso de peligro de la vida de la madre, violación o inviabilidad del feto.”

Este último punto se concreta con la promulgación y publicación de la Ley N° 21.030: *regula la despenalización de la interrupción voluntaria del embarazo en tres causales* en septiembre de 2017. En ella, se regula la despenalización de la interrupción voluntaria del embarazo (IVE) en las causales sugeridas en el programa, haciendo una modificación al Código Sanitario, artículo 119, de tal forma que (Congreso Nacional de Chile, 2017):

“Artículo 119. Mediando la voluntad de la mujer, se autoriza la interrupción de su embarazo por un médico cirujano, en los términos regulados en los artículos siguientes, cuando:

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

Adicionalmente, se realizan 3 modificaciones al mismo: artículo 119 bis, ter y quáter, añadiendo los requisitos que tiene la mujer para acceder a cada una de las causales tipificadas; incorporando la abstención por objeción de conciencia de todo el equipo involucrado en la intervención médica y; expresando la prohibición de publicitar los

centros y las prestaciones asociadas a la práctica de la interrupción, respectivamente (Congreso Nacional de Chile, 2017).

La ley reemplaza en el Código Penal, el artículo 344 por (Congreso Nacional de Chile, 2017):

“Artículo 344. La mujer que, fuera de los casos permitidos por la ley, causare su aborto o consintiere que otra persona se lo cause, será castigada con presidio menor en su grado máximo.

Si lo hiciere por ocultar su deshonra, incurrirá en la pena de presidio menor en su grado medio.”

La Ley N° 21.030 completa se encuentra en el anexo A.

Como política pública, el punto más álgido posterior a la publicación de la ley misma fue la objeción de conciencia, una discusión que iteró múltiples veces hasta un año después de la promulgación de la ley y terminó por extender la objeción de conciencia no solo a individuos, sino también a instituciones, aunque estas tuvieran contratos de prestación de servicios con el Estado.

Organizacionalmente, la implementación de la Ley 21.030 o IVE es de responsabilidad del Ministerio de Salud y de los centros que constituyen la red de salud, la que se organiza en tres niveles: la atención primaria, que debe funcionar como puerta de entrada o primer punto de contacto a las prestaciones IVE; el nivel secundario abierto y cerrado y el nivel terciario cerrado, donde se encuentran las unidades de Alto Riesgo Obstétrico (ARO), en las que efectivamente se desarrollan las prestaciones de interrupción del embarazo y el programa de acompañamiento psicosocial.

Dentro del Ministerio de Salud existen una Unidad de Género Ministerial, la Subsecretaría de Salud Pública, 16 Secretarías Regionales Ministeriales de Salud, la División de Políticas Públicas (DIPOL), la División de Planificación Sanitaria (DIPLAS), el Departamento de Estadísticas e Información de Salud (DEIS), la División de Prevención y Control de Enfermedades (DIPRECE) y la Subsecretaría de Redes Asistenciales, dentro de las que existen los Servicios de Salud (Ministerio de Salud).

La Red Asistencial de cada Servicio de Salud se constituye por *“el conjunto de establecimientos asistenciales públicos que forman parte del Servicio, los establecimientos municipales de atención primaria de salud de su territorio y los demás establecimientos públicos o privados que mantengan convenios con el Servicio de Salud*

respectivo para ejecutar acciones de salud, los cuales deberán colaborar y complementarse entre sí para resolver de manera efectiva las necesidades de salud de la población” y se organiza “con un primer nivel de atención primaria, compuesto por establecimientos que ejercerán funciones asistenciales en un determinado territorio con población a cargo y otros niveles de mayor complejidad que sólo recibirán derivaciones desde el primer nivel de atención” (Ministerio de Salud). El anexo B presenta un resumen de los aspectos organizacionales más relevantes del Minsal para entender, a grandes rasgos, el contexto burocrático nacional en que se implementa la Ley.

El Ministerio de Salud, posterior a la publicación de la Ley, elaboró y difundió una serie de documentos (listados en el anexo C) que describen los objetivos, requisitos, procedimientos y protocolos para cada causal y; que configuran cómo se implementará la política pública para cumplir con los derechos establecidos por la nueva Ley. De ellos, los más relevantes para este trabajo son la Norma Técnica Nacional Acompañamiento y Atención Integral a la mujer que se encuentra en alguna de las tres causales que regula la Ley 21.030 (en adelante, simplemente Norma Técnica o NTN) y las Orientaciones Técnicas Acogida y Acompañamiento Psicosocial en el marco de la Ley 21.030 que despenaliza la interrupción voluntaria del embarazo en tres causales (en adelante, Orientaciones Técnicas u OT).

La Norma Técnica Nacional Acompañamiento y Atención integral, publicada el 2 de febrero de 2018, introduce el reconocimiento de la Ley 21.030 como una restitución del aborto terapéutico y como un avance en el derecho de las mujeres a decidir sobre sus vidas reproductivas en las tres situaciones límite que describen las causales; y como una política pública que busca mejorar la salud reproductiva de las mujeres adultas, adolescentes y niñas (Ministerio de Salud, 2018 pág. 11), reconociendo y atendiendo a sus necesidades, expectativas y derechos en sus condiciones de vida particulares (Ministerio de Salud, 2018 pág. 12). En ella se presentan antecedentes, objetivos, modelo de atención integral, abordaje integral, consentimiento informado, métodos de interrupción del embarazo, sistema de información y anexos. En el anexo D se reproducen los elementos más relevantes para este trabajo.

Los nuevos derechos establecidos por la Ley 21.030: la interrupción del embarazo y el programa de acompañamiento psicosocial; las prestaciones específicas que se desprenden de la norma técnica de acompañamiento y de las orientaciones técnicas de acogida y acompañamiento psicosocial, deben estar disponibles en la red pública y privada y articulados con la oferta intersectorial. Estos se resumen en:

“Otorgar atención biopsicosocial multidisciplinaria oportuna, segura y de calidad a las mujeres, centrada en sus derechos, respetando su autonomía, dignidad y privacidad”.

Sobre la implementación de la Ley, solo se conocen de forma oficial los reportes trimestrales (ene-mar, abr-jun, jul-sept, oct-dic) y anuales acumulados que publica el Ministerio de Salud en su sitio web. Estos se refieren esencialmente a cuántas mujeres constituyeron alguna de las tres causales, cuántas aceptaron el programa de acompañamiento y cuántas decidieron interrumpir su embarazo a nivel nacional. En algunos casos, también se ha reportado la distribución de causales constituidas en el sistema público y privado.

Se entiende por causal constituida el evento en que una mujer cumple con todos los requisitos establecidos en alguna de las causales de la Ley 21.030, los que son reconocidos por los prestadores médicos que la atienden, quienes la validan para acceder a la IVE y esto es registrado, a partir de lo que se inicia el programa de acompañamiento (que la mujer puede aceptar o rechazar) y se abre su posibilidad de elegir si continuar o interrumpir el embarazo. En otras palabras, no son causales constituidas, por ejemplo, los embarazos por violación que fueron continuados sin acceder a las prestaciones de la IVE, o sin siquiera declararse las violaciones; tampoco los que fueron evitados con anticoncepción de emergencia o interrumpidos de forma clandestina; ni las mujeres que se presentaron con un embarazo producto de violación fuera de plazo. Asimismo, no todas las mujeres con riesgo vital ni todos los fetos con anomalías inviábiles llegan a cumplir todos los requisitos que permiten constituir causal.

A continuación, se presentan las tablas incluidas en el reporte 2019 (Minsal, 2020).

Causal que concurre	Decisión sobre el embarazo	Decisión sobre el acompañamiento			Total
		No acepta	Acepta	Sin información	
Causal 1	Continuar	9	31	3	43
	Interrumpir	40	161	6	207
	Total	49	192	9	250
Causal 2	Continuar	11	69	3	83
	Interrumpir	31	264	16	311
	Total	42	333	19	394
Causal 3	Continuar	2	9	1	12
	Interrumpir	9	100	3	112
	Total	11	109	4	124
Todas las causales	Continuar	22	109	7	138
	Interrumpir	80	525	25	630
	Total	102	634	32	768

Tabla 1 Reporte trimestral enero a diciembre 2019. Reproducido de (Minsal, 2020)

La tabla 1 muestra el mayor nivel de información cruzada que es de conocimiento público sobre la IVE, correspondiente al reporte del año 2019; y la tabla 2, a continuación, agrega información sobre si las causales se constituyeron en el sistema público o privado.

CAUSAL	Tipo de establecimiento		Total
	Privados	Públicos	
Causal 1	15	235	250
Causal 2	76	318	394
Causal 3	1	123	124
Total	92	676	768

Tabla 2 Causales constituidas en el sistema público y privado. Reproducido de (Minsal, 2020)

Por último, la página incluye una tabla (ver tabla 3) que resume solo las causales.

Causal	Total casos / enero - diciembre 2019	
	n	Porcentaje
Causal 1	250	33%
Causal 2	394	51%
Causal 3	124	16%
Total	768	100%

Tabla 3 Causales constituidas. Reproducido de (Minsal, 2020)

De forma adicional a las estadísticas trimestrales o anuales, el Minsal tiene dentro de su sitio web una página denominada *Todo sobre la interrupción voluntaria del embarazo en tres causales*, que redirecciona a otras páginas que presentan la Ley 21.030, sus causales y su historia; los documentos para las ONG que desean acreditarse en el programa de acompañamiento y también apoyo adicional; el reporte trimestral más reciente⁵ y documentos históricos sobre la Ley 21.030. En el anexo E se listan en detalle y en el anexo F se enlazan todos los reportes trimestrales publicados a la fecha.

Durante los últimos meses del año 2020 —en el transcurso de la realización de este trabajo—, el Minsal actualizó la página *Reporte Ley IVE*, enlazada desde la página inicial

⁵ Sin embargo, este link no siempre está actualizado. A febrero de 2021, dirige al reporte del trimestre enero-marzo 2019.

del Minsal como la página informativa sobre la Ley de Interrupción Voluntaria del Embarazo. Ahora, en lugar de presentar en ella los cuadros y estadísticas de los reportes trimestrales usuales, contiene un enlace a un tablero —Tableau público—, construido sobre una base de datos IVE recopilada a nivel nacional e instrucciones de cómo acceder a este para ver estadísticas e incluye información demográfica sobre la mujer y las prestaciones IVE a que accedió; y corresponde —al menos de forma parcial— al CMBD descrito en la Norma Técnica Nacional. La página incluye también todos los enlaces que antes se encontraban en la página *Todo sobre la interrupción voluntaria del embarazo en tres causales*.

Por otro lado, diversas organizaciones de la sociedad civil han monitoreado la implementación de la Ley 21.030. Entre ellas se encuentra la Mesa Acción por el Aborto en Chile, que publicó en junio del 2019 el *Informe de Monitoreo Social Implementación de la ley de interrupción voluntaria del embarazo en tres causales*, con el apoyo de siete organizaciones territoriales de mujeres y Fondo Alquimia. El informe reporta que, en los casos observados de usuarias, entrevistas con profesionales IVE y personal administrativo de los centros de salud, la atención dista de lo establecido por la Ley N° 21.030 y el Minsal. Sugiere que esto se debe a que la implementación ha sido hermética dentro de los centros de salud y se han involucrado casi exclusivamente los profesionales directamente encargados de practicar la intervención misma. Es decir, la IVE no se ha instalado como una prestación más dentro del servicio de salud de conocimiento general, sino de conocimiento y responsabilidad casi exclusiva del equipo de gineco–obstetricia y las duplas psicosociales de acompañamiento. Esto hace que la calidad de la implementación dependa altamente de la voluntad y el compromiso de los profesionales que integran estos equipos (Mesa Acción por el Aborto en Chile, 2019).

El trabajo encuentra que los múltiples obstáculos que enfrentan las mujeres para acceder a las prestaciones legales se repiten a lo largo de Chile. En distinto grado, el acceso se ve afectado por el tipo de establecimiento donde se atiende, la existencia de protocolos de atención y derivación, el conocimiento de la Ley por parte del equipo de salud, la disponibilidad de equipos IVE, la objeción de conciencia, la causal que solicite y el conocimiento que ellas mismas tengan respecto a la IVE (Mesa Acción por el Aborto en Chile, 2019).

En esa línea, emplazando a la autoridad sanitaria, el Monitoreo sugiere que las mujeres accedan abiertamente a información respecto a las prestaciones que la Ley N° 21.030 les garantiza; que las redes asistenciales cuenten con protocolos de entrega de información y derivación; que el personal técnico y médico sea transversalmente capacitado en torno a la IVE, más allá del equipo directamente involucrado e independientemente del nivel de complejidad al que el centro de salud pertenezca; poner énfasis en la autonomía de las mujeres al decidir y que el equipo IVE cumpla su deber de apoyar y respetar, sin intervenir; entre otras (Mesa Acción por el Aborto en Chile, 2019).

Otras investigaciones de carácter periodístico y académico (enlaces en el anexo G) coinciden en los obstáculos encontrados por el Monitoreo Social.

Los antecedentes y evidencia presentados coinciden y se resumen en que la implementación no se ha desarrollado como la Ley 21.030 y los protocolos indican, ni como se había proyectado.

Situación actual

Al primer trimestre del año 2021, en Chile se ha reiniciado la discusión del proyecto de despenalización del aborto a petición hasta las 14 semanas, propuesto originalmente el 2018 e influido por la legalización del aborto hasta las 14 semanas en Argentina.

Según expertas —la abogada feminista Lieta Vivaldi, la politóloga feminista Fernanda Marín y la coordinadora de la Mesa Acción por el Aborto, Gloria Maira— la discusión actual en el país tiene tres ejes (Pariente, 2020):

1. La correcta implementación de la Ley 21.030
2. La despenalización social del aborto
3. La participación del Estado en tanto garante de derechos, pero sin intervenir en la vida privada de las mujeres.

Por otro lado, la necesidad de contar con servicios de aborto legal que respeten los derechos reproductivos de las mujeres ha sido enfatizada por las organizaciones feministas —en especial, Corporación Miles Chile—, debido a los cientos⁶ de embarazos no deseados que se han producido por las fallas en métodos anticonceptivos (pastillas Anulette CD) distribuidos en el sistema público y en farmacias privadas⁷ (pastillas Minegest 15 y 20, Conti Marvelon 20) (Bustos, 2020) (Londoño, 2021).

Corporación Miles Chile está asesorando a las mujeres para poner una demanda contra el Estado y el laboratorio, a quienes responsabilizan de los embarazos no deseados y se espera que respondan a las mujeres por los daños ocasionados. Además, del Estado se espera que las mujeres puedan acceder a la interrupción del embarazo o aborto en el marco de la Ley 21.030 a través de una interpretación amplia de la primera causal, riesgo de vida para la mujer. Al respecto señalan que la autoridad debería “encomendar a todos

⁶ Al menos 140 mujeres atribuyen sus embarazos no deseados al consumo de las píldoras defectuosas.

⁷ En total, se ordenó un retiro de cerca de 250.000 cajas.

los servicios de unidades de alto riesgo obstétrico del país, en los distintos hospitales de Chile, una interpretación amplia de riesgo de vida en la Ley de Interrupción Voluntaria del Embarazo”, que las mujeres constituirían porque “esta es una vulneración grave a sus proyectos de vida y no vale solamente tener vida, sino que esta vida sea de buena calidad” (Bustos, 2020).

OBJETIVOS

El presente trabajo pretende recopilar evidencia nacional e internacional que permita poner en perspectiva la situación actual del aborto en Chile, entendiendo el aborto como un fenómeno complejo en el que convergen, entre otros, salud, políticas públicas y los derechos humanos de las mujeres; a partir de lo cual se puedan establecer dimensiones e indicadores que permitan su monitoreo, de forma general y en particular para una organización de la sociedad civil, Corporación Miles Chile. Así, se enuncia:

Objetivo general Elaborar un listado de indicadores para el monitoreo del aborto en Chile como política pública con estándar internacional.

Objetivos específicos

1. Proveer una definición de aborto como fenómeno complejo en el contexto de las políticas públicas
2. Identificar y describir las dimensiones esenciales del aborto como política pública en el contexto global
3. Identificar y sintetizar los indicadores utilizados para monitorear el aborto en el contexto internacional
4. Identificar los elementos y las dimensiones claves de la política pública de aborto e interrupción voluntaria del embarazo actual en Chile (Ley 21.030)
5. Definir indicadores clave para el monitoreo de la Interrupción Voluntaria del Embarazo en Chile
6. Elaborar recomendaciones generales para el Estado de Chile sobre el aborto como política pública

Por otro lado, quedan fuera de los alcances de este trabajo referirse al aborto como asunto ético, filosófico y en cuanto procedimiento médico, por ser aspectos ajenos a la ingeniería industrial y que no aparecieron de forma relevante o en absoluto en los documentos que analizan el aborto desde una perspectiva de políticas públicas; y se reconoce entonces que esto puede reproducir un sesgo en lugar de confirmar la irrelevancia de esas aristas para la política pública. Asimismo, la objeción de conciencia

no fue abordada en la profundidad deseada, por la misma razón: no fue un tema relevante en las políticas públicas internacionales, más allá de señalar que no debe ser un obstáculo de acceso. Un aspecto relevante que queda sugerido para trabajos futuros es la justificación o injustificación desde las políticas públicas y el desarrollo organizacional, como áreas de la ingeniería industrial, para la existencia de la objeción de conciencia institucional.

Este trabajo pretende referirse al aborto como una política pública, más allá de la legislación, que responde a los derechos de las mujeres a través de las instituciones (organizaciones) del Estado, en cuanto infraestructura organizacional, humana y tecnológica; donde las prestaciones son una sucesión de procesos evaluables y mejorables con el uso de sistemas de información y herramientas de gestión; entiéndase que todo lo demás está excluido del análisis, pese a ser relevante para la ingeniería industrial.

MARCO TEÓRICO

Aborto

El aborto aparece como un fenómeno complejo en todo el mundo; en algunas partes, esa complejidad ha sido abordada de tal forma que el aborto es un derecho de las mujeres, mientras en otras es un crimen. Para entender el aborto en el contexto de las políticas públicas, se proveen a continuación algunas definiciones y aristas que constituyen su complejidad.

Como procedimiento, el aborto es la “Interrupción voluntaria o involuntaria del embarazo antes de que el embrión o el feto estén en condiciones de vivir fuera del vientre materno” (Oxford). Esto último, la posibilidad de vida extrauterina, distingue al aborto de la interrupción del embarazo en términos generales⁸.

La Organización Mundial de la Salud (OMS) define el aborto seguro como aquel que se realiza con un método recomendado por la OMS que sea apropiado para la duración del embarazo y si la persona que realiza o apoya el aborto está capacitada⁹ (WHO, 2019).

⁸ Pese a esto, suelen usarse en publicaciones, normativas y otros documentos nacionales e internacionales, los términos aborto e interrupción del embarazo de forma intercambiable. Este trabajo también lo hará, a menos que se indique lo contrario, ya que i) el término aborto tiene un uso generalizado y ii) la edad gestacional da el contexto de si en estricto rigor es aborto o interrupción del embarazo.

⁹ Esta definición también señala que el aborto seguro es dinámico, ya que depende de las recomendaciones de métodos y capacitación de profesionales vigentes.

Complementariamente, son abortos inseguros las interrupciones de embarazos¹⁰ realizadas por personas que no cuentan con las habilidades o información necesarias o, que se realizan en un ambiente que no cumple con estándares médicos mínimos; o ambas. Para clasificar la seguridad de los abortos, distingue entre abortos seguros¹¹, aquellos realizados por un trabajador de la salud capacitado utilizando un método recomendado por la OMS apropiado para la duración del embarazo; abortos menos seguros¹² — inseguros—, aquellos realizados ya sea por un proveedor capacitado usando un método inseguro u obsoleto, o por una persona no capacitada usando un método seguro; y aquellos abortos inseguros¹³ realizados por personas no capacitadas usando métodos inseguros u obsoletos (WHO, 2017).

La duración del embarazo o edad gestacional es el número de días o semanas desde la fecha del primer día de la última menstruación (FUM)¹⁴ en las mujeres con ciclos regulares; si el ciclo es irregular, podría ser necesario determinar la edad mediante un examen físico o ecografía (World Health Organization, Department of Reproductive Health and Research, 2012).

Semanas de gestación	Días de gestación
<1	0–6
1	7–13
2	14–20
3	21–27
4	28–34
5	35–41
6	42–48
7	49–55
8	56–62
9	63–69
10	70–76
11	77–83
12	84–90
13	91–97
14	98–104

Tabla 4 Edad gestacional en días y semanas durante el primer trimestre. Adaptado de (OMS en World Health Organization, Department of Reproductive and Research, 2012 p. iv).

¹⁰ Una definición de aborto inseguro provista en la referencia citada (p. 18) incluye el término “embarazos no deseados”

¹¹ *Safe abortion*

¹² *Less safe abortion*

¹³ *Least safe abortion*

¹⁴ *Last menstrual period (LMP)*

En la actualidad, se consideran seguros métodos de aborto médico¹⁵ y aborto quirúrgico¹⁶. El aborto médico es la utilización de fármacos para terminar el embarazo; a veces también llamado “aborto no quirúrgico” o “aborto farmacológico”. El aborto quirúrgico es la utilización de procedimientos transcervicales para terminar un embarazo. Los fármacos más usados y recomendados son mifepristona y misoprostol¹⁷, mientras los procedimientos quirúrgicos incluyen la aspiración de vacío manual o eléctrica y la dilatación y evacuación (DyE) (World Health Organization, Department of Reproductive Health and Research, 2012).

El aborto es seguro durante todo el embarazo, si bien su riesgo aumenta con la edad gestacional. Pese a esto, los abortos legales y seguros practicados durante el segundo trimestre tienen una tasa de fatalidad mucho más baja que los abortos inseguros (World Health Organization, Department of Reproductive Health and Research, 2012).

Algunas prácticas inseguras incluyen la inserción de objetos o sustancias como raíces, ramillas, catéteres o brebajes tradicionales al útero; y golpes al abdomen bajo de la mujer, lo que puede romper su útero y matarla. También resultan inseguros los fármacos administrados en dosis incorrectas (World Health Organization, Department of Reproductive Health and Research, 2012).

Las consecuencias de salud del aborto inseguro dependen de las instalaciones donde se realice el aborto, las habilidades de quien lo practique, el método usado, la salud de la mujer y la edad gestacional del embarazo. Las muertes y enfermedades asociadas a este son difíciles de medir, principalmente porque las complicaciones suelen ocurrir después de un aborto clandestino o ilegal, contexto en que las mujeres por temor a ser estigmatizadas, castigadas, maltratadas o por no disponer de los medios económicos, pueden no asociar sus complicaciones a haberse practicado un aborto o derechamente no acudir en busca de atención post aborto; debido a esto, es probable que las consecuencias del aborto inseguro estén subestimadas. Una de cada cuatro mujeres que tiene un aborto inseguro muy probablemente desarrollará una incapacidad temporal o permanente que requerirá atención médica. Por otro lado, la evidencia muestra que las mujeres que se someten a abortos inseguros incurren en mayores costos fisiológicos, financieros y emocionales (World Health Organization, Department of Reproductive Health and Research, 2012).

Concebido en la complejidad que ha sido planteada hasta ahora, se recomienda a los estados asegurar no solo la despenalización del aborto, sino también que los servicios

¹⁵ *Medical methods of abortion (medical abortion)*

¹⁶ *Surgical methods of abortion (surgical abortion)*

¹⁷ El misoprostol puede ser administrado de forma oral, bucal, sublingual y vaginal. Los detalles de cada administración están disponibles en el glosario, Vías de administración de misoprostol.

de salud sean accesibles y oportunos, entregados de tal forma que la mujer consienta informadamente, a la vez que se respeta su dignidad, se garantice su confidencialidad y la atención sea sensible a sus necesidades y perspectivas (World Health Organization, Department of Reproductive Health and Research, 2012).

Políticas públicas

El estudio de las políticas (públicas) inicia en la década de 1950 en Estados Unidos cuando Laswell y Lerner (1951) en *The Policy Sciences* nombran ciencia política al estudio de las políticas públicas con el fin de producir conocimiento científico que mejore la calidad de vida de las personas y el desempeño de los gobiernos democráticos, resolviendo problemas sociales a partir de métodos de las ciencias sociales (¿De qué se habla cuando se habla de políticas públicas en Chile? Estado de la discusión y actores en el Chile del bicentenario, 2011).

Como ciencia política, las políticas públicas estudian el poder —aunque de forma reducida—, por ejemplo, al observar lo que hace y no hace el Estado democrático frente a los problemas complejos que afectan a la sociedad. En un sentido más práctico, las políticas públicas estudian problemas intentando ser una norma técnica que oriente las acciones y políticas que adopte el Estado, en cuanto no es posible científicamente otorgar validez intrínseca a los valores (¿De qué se habla cuando se habla de políticas públicas en Chile? Estado de la discusión y actores en el Chile del bicentenario, 2011).

No hay una única forma de definir políticas públicas, pero sí existe consenso en torno a que son las acciones e inacciones del Estado para solucionar un problema público; mientras política se relaciona con una acción propositiva, planeada y no casual, orientada a lograr un objetivo y; pública (o lo público) se vincula con lo que afecta la vida en sociedad. Así, para el estudio de las políticas públicas son importantes también los contextos institucionales y políticos, así como los actores políticos en cada país o estado. Tales estudios pueden realizarse con un enfoque predominantemente teórico, centrado en procesos y sistémico, o con un enfoque centrado en actores (¿De qué se habla cuando se habla de políticas públicas en Chile? Estado de la discusión y actores en el Chile del bicentenario, 2011).

Lahera puntualiza “Una política pública de excelencia corresponde a aquellos cursos de acción y flujos de información relacionados con un objetivo político definido en forma democrática; los que son desarrollados por el sector público y, frecuentemente, con la participación de la comunidad y el sector privado. Una política pública de calidad incluirá orientaciones o contenidos, instrumentos o mecanismos, definiciones o

modificaciones institucionales, y la previsión de sus resultados” (Política y políticas públicas, 2004 pág. 8).

Según el grado de coerción, su temporalidad y sobre quién se ejerce, se distinguen cuatro tipos de políticas públicas (anexo H): Regulatorias (o normativas), Distributivas, Re-distributivas y Constitutivas. Las políticas regulatorias¹⁸ “establecen condiciones y limitantes para comportamiento individual y colectivo”. En cuanto a su coerción, son de “coerción directa, de carácter inmediata y se ejerce directamente sobre el comportamiento de los afectados” (Osorio, y otros, 2016).

Otra forma de clasificar las políticas públicas es según la distribución de sus beneficios y costos; ambos pueden ser concentrados y difusos, por lo que con este criterio también se distinguen cuatro tipos de políticas denominadas: de grupos de interés, de emprendedores, clientelares y mayoritarias (anexo H). Las políticas clientelares¹⁹ se caracterizan por tener costos difusos y beneficios concentrados (Osorio, y otros, 2016).

Por otro lado, al analizar políticas públicas se distinguen tres enfoques metodológicos (¿De qué se habla cuando se habla de políticas públicas en Chile? Estado de la discusión y actores en el Chile del bicentenario, 2011):

- i. Cuantitativo, principalmente orientado a generar información para los tomadores de decisiones, investigadores y académicos y usado en la economía;
- ii. Cualitativo, que pretende indagar en las particularidades de una política pública o su aplicación en un contexto específico, muy usado en otras ciencias sociales;
- iii. Estudio de caso, que responde a las particularidades que suelen caracterizar a la solución de problemas públicos.

Varios autores han propuesto un modelo de análisis con enfoque cíclico de políticas públicas, con el fin de estructurar los procesos de definición e implementación de las políticas públicas; esta propuesta ha sido catalogada como simplista en el sentido de suponer un orden lineal y jerárquico entre las etapas, además de excluir actores, poderes, variables e interacciones que influyen en el proceso. Si bien no todos los autores coinciden en cuáles y cuántas son las etapas del ciclo, sí hay consenso en al menos las cinco que propone Harguindéguy (Osorio, y otros, 2016):

- i. Origen del problema público
- ii. Discusión de alternativas

¹⁸ Ejemplos de este tipo de políticas son las migratorias, de protección ambiental y de protección al consumidor.

¹⁹ Ejemplo de este tipo de políticas son programas de salud específicos y la asistencia a grupos específicos.

- iii. Definición y diseño de la política pública
- iv. Implementación
- v. Evaluación

La primera etapa, *origen del problema público*, corresponde al momento en que un problema se define como —o se convierte en— público, lo cual no es una cualidad objetiva del problema, sino que requiere de actores con recursos y discursos que se confrontan en distintos marcos interpretativos que le confieran al problema carácter público. Al mismo tiempo, los problemas públicos son interdependientes —es difícil aislarlos y encontrar su causa—, subjetivos —la valoración depende del actor— y dinámicos —se resuelven y surgen otros— (Osorio, y otros, 2016).

La agenda pública son los problemas públicos que un gobierno debe solucionar, es decir, a lo que dedicarán tiempo sus autoridades. Los problemas públicos entran y salen de la agenda pública sin necesariamente haber sido solucionados; su permanencia en ella es, hasta cierto punto, una competencia y la forma en que ingresaron también condiciona su desarrollo; aquellos problemas que fueron ingresados por —la presión de— ciertos grupos, podrían tener en el diseño e implementación de su correspondiente política pública influencia de estos mismos grupos. Dentro de la agenda existen problemas públicos permanentes —como los relacionados con economía y desempleo—, intermitentes —como salud y educación—, nuevos —como los migratorios— y puntuales —los relacionados con un evento relevante actual—. Las razones porqué ciertos actores desean mantener algunos problemas en la agenda pública pueden ser ético-morales, políticas, económicas, técnicas o de conocimiento. (Osorio, y otros, 2016).

Así como la agenda pública contiene los temas de mayor relevancia para la sociedad en cierto período, existen también dos agendas paralelas: la agenda de los medios y la agenda política. La agenda de medios, vinculada con los medios de comunicación, influye en la entrada y salida de problemas a la agenda pública, aunque opera con otros tiempos y lógicas; está definida por su pluralidad, espacio y línea editorial, la libertad de expresión e influencias del mercado. La agenda política, por otro lado, son los temas que los actores políticos eligen como problemas públicos (Osorio, y otros, 2016).

Por último, en la definición del problema público es importante entender cuál es su origen, qué actores se ven involucrados, cuáles son sus consecuencias y a quiénes afectan; esto se conoce como hipótesis causal y define la hipótesis de intervención, que describe las acciones posibles para resolver o atenuar el problema público. La importancia de ambas radica en la coherencia entre problema y solución (Osorio, y otros, 2016).

Posteriormente, en la *discusión de alternativas*, una etapa fundamentalmente política y no exenta de presiones y riesgos, se analizan, discuten y evalúan los posibles cursos de acción. Las propuestas elaboradas por los actores se someten, entre otros, a criterios sustantivos —como eficiencia, relacionada con los resultados y beneficios esperados; o valóricos, como su relación con equidad, justicia, igualdad y otros valores— y criterios políticos e institucionales —como legalidad, aceptación política y factibilidad material, tecnológica, de recursos humanos, etc.—. En particular, algunas iniciativas son políticamente infactibles debido a limitaciones constitucionales, regulatorias y resistencias políticas y/o administrativas (Osorio, y otros, 2016).

En la tercera etapa del ciclo, *definición y diseño de la política pública*, se decide cuál de los posibles cursos de acción se seguirá. Cabe destacar que en políticas públicas no hay una opción absolutamente mejor que las otras y ningún criterio de selección garantiza que el resultado será la mejor política posible. Pese a ello, se distinguen tres modelos de toma de decisiones: racionalidad absoluta —ciclo político lógico y coherente que minimiza costos para alcanzar el objetivo, pero sobre supuestos que no siempre se cumplen—, racionalidad limitada —integra la falta de certeza del modelo anterior, por lo que se conforma con solucionar problemas a corto plazo dado el contexto— e incrementalismo —no contempla cambios radicales sino resolver lo inmediato, los cambios profundos se notarán a largo plazo resultado de pequeños ajustes institucionales—.

Una vez decidida la acción, es posible intervenir para que los implementadores o la población objetivo hagan lo que la política pretende o es necesario para resolver el problema público. Dicha intervención puede realizarse mediante cuatro tipos de instrumentos: reguladores, incentivadores, persuasivos y provisión directa de bienes y servicios. La vía reguladora prohíbe, obliga o atribuye derechos, cuya transgresión puede resultar en sanciones; se establece mediante leyes y actos de gobierno y se ejerce por organismos públicos. Por otro lado, la provisión directa de bienes y servicios, a veces a través de la propia infraestructura o administración estatal²⁰, se usa para lograr la modificación de conducta de la población objetivo, lo que se espera que solucione el problema. Por último, la privatización, que es la transferencia de responsabilidad (actividades) al sector privado, también es considerada un instrumento de intervención (Osorio, y otros, 2016).

La cuarta etapa del ciclo, *implementación*, es el proceso mediante el cual las decisiones políticas se convierten en resultados; es la ejecución de las acciones decididas. Así como no hay una forma de elegir el curso de acción que generará el mejor resultado, un buen diseño tampoco garantiza una implementación exitosa, ya que esta está mediada por otros factores exógenos al curso de acción en sí, los que pueden ser estudiados con un enfoque *top-down* (descendente) o *bottom-up* (ascendente) (Osorio, y otros, 2016).

²⁰ Por ejemplo, a través de los servicios de salud o educacionales.

El enfoque *top-down* pone suma importancia en que haya coherencia entre quienes implementan y el grupo beneficiario sobre los objetivos planteados para la política; y destaca tres factores clave para la implementación exitosa: la trazabilidad del problema, las habilidades de los estatutos que implementan la política y las variables no reglamentarias que inciden en la aplicación. Este enfoque presupone que la etapa política de formulación está escindida de la etapa técnica, procedimental y administrativa de implementación. Hay tres críticas principales a este enfoque. La primera es que toma como punto de partida solo lo que está presente en la ley y no otros aspectos significativos previos al diseño de la política. La segunda crítica es que el proceso de implementación se plantea como puramente administrativo, desentendiéndose de lo político. La tercera crítica es que considera actores clave solo a los redactores y diseñadores de la política, ignorando el conocimiento y la experiencia del problema que tienen los prestadores que están en la instancia final y basal de la implementación (Osorio, y otros, 2016).

El enfoque *bottom-up* dice que la población objetivo y los prestadores de servicio tienen la visión más realista del proceso de implementación, con lo que se distinguen dos sub-etapas de implementación, macro y micro. La macro implementación ocurre primero y es cuando los actores centrales diseñan la política, la micro implementación ocurre luego cuando las organizaciones basales adoptan los planes diseñados. Quienes defienden este enfoque señalan que es en el nivel micro, es decir, la instancia última de implementación por los prestadores de servicio, donde la política afecta al grupo objetivo y que, por ello, deben entenderse “los objetivos, las estrategias, las actividades y los contactos de los actores involucrados”, así como ser incluidos al diseñar de la política (Osorio, y otros, 2016 pág. 155).

Existe un tercer enfoque híbrido que explora la ambigüedad y el conflicto de las políticas para determinar si se ajustan mejor a un enfoque *top-down* o *bottom-up*. La ambigüedad tiene que ver con la claridad de la política en cuanto a sus objetivos y cómo lograrlos. Por otro lado, el conflicto se relaciona con la brecha entre la idea de la política y el resultado esperado por quienes la implementan. Tanto ambigüedad como conflicto pueden ser altos y bajos, por lo que de este enfoque resultan cuatro modelos de implementación: administrativa, política, experimental y simbólica (Osorio, y otros, 2016). Las implementaciones administrativas (bajo conflicto) y políticas (alto conflicto) comparten un bajo nivel de ambigüedad y son aproximables con enfoque *top-down*. Por otro lado, las implementaciones experimentales (bajo conflicto) y simbólicas (alto conflicto) se caracterizan por alta ambigüedad y es mejor analizarlas en perspectiva *bottom-up* (Osorio, y otros, 2016).

Finalmente, la quinta y última etapa del ciclo, *Evaluación*, corresponde al seguimiento, monitoreo y evaluación de la ejecución de la política, en base al

cumplimiento de los objetivos establecidos en el programa o proyecto²¹. Esto implica evaluar los programas que constituyen la política en sí y, también, evaluar a las personas en las organizaciones encargadas de entregar el servicio o ejecutar la política. Si bien la evaluación no incluye todos los aspectos de la política, es una “herramienta para la retroalimentación, el aprendizaje, la mejora del diseño, la implementación y la ejecución de la política pública” (Osorio, y otros, 2016 pág. 158).

La evaluación se basa en cuatro criterios para medir o valorar los efectos de la política pública: efectividad —según lo que se preveía o esperaba—; eficacia —relacionada con los impactos que se observan en el grupo beneficiario y los objetivos iniciales de la política—; eficiencia —relaciona los recursos asignados a la política y los efectos que produce— y; pertinencia —cómo se relacionan los objetivos de la política— (Osorio, y otros, 2016).

Además de los criterios, existen tipos de evaluación. La evaluación formativa se hace mientras la política se implementa y busca conocer el avance de implementación de la política y qué condiciones de ocupación, administración y gestión propician una implementación exitosa; para retroalimentar el proceso de implementación. Otro tipo es la evaluación ex post, que se centra en medir resultados e impacto una vez finalizada la intervención de política pública. Por último, la evaluación de resultados busca medir el cumplimiento de los objetivos de resultados planteados por la política; es decir, lo logrado en contraste con las metas establecidas (Osorio, y otros, 2016).

Por último, no es posible escindir las políticas públicas (en todo su ciclo) del contexto institucional en que existen, puesto que dependen del régimen político vigente, las diferencias de poder entre lo ejecutivo y lo legislativo, la concentración fiscal, entre otros. Asimismo, los actores no solo políticos, sino también expertos, organizaciones no gubernamentales, centros de estudios, universidades y organismos internacionales influyen las políticas que son elaboradas (Osorio, y otros, 2016).

De forma complementaria a las políticas públicas, se presentan en el anexo I una revisión sobre *programas sociales*.

Indicadores

A continuación, se presenta una síntesis de los aspectos más relevantes sobre indicadores en el contexto de políticas públicas. En el anexo J se encuentra una revisión

²¹ Incluyendo efectos no deseados de la política

extendida sobre *indicadores de monitoreo de programas sociales*, incluyendo las distinciones de ámbitos de control (impacto, resultados, productos y procesos), objetivos en distintos niveles (fin, propósito, componente y actividades), así como tipos de indicadores más usados en políticas públicas (eficacia, eficiencia, economía y calidad).

Los indicadores son herramientas de medición de objetivos que relacionan la situación actual —en que se hace la medición— con la situación inicial y la situación deseada. Para precisar, los indicadores no son herramientas de evaluación, sino de medición —a partir de los que es posible emitir juicios—; pueden definirse muchos y distintos, pero se propone que se usen los menos posibles y más útiles (Fuente).

El autor plantea cuatro definiciones posibles para los indicadores, dos son relevantes para el contexto de indicadores de desempeño en políticas públicas²². Una de ellas es que los indicadores son “un cuantificador, entendido como un procedimiento que permite cuantificar alguna dimensión conceptual y que, cuando se aplica, produce un número”, útil para comparar entre períodos o entornos geográficos o sociales; y la otra es “una herramienta que establece una relación entre dos variables o más, donde normalmente una se refiere al proyecto o programa y la otra sirve como referencia para comparar el desempeño del programa” (Fuente pág. 4). Además, los indicadores pueden usarse para medir fenómenos cuantitativos, de observación y medición directa²³ —a los que se denomina indicadores cuantitativos— y para fenómenos cualitativos²⁴, en los que una definición o concepto media lo que no es directamente observable —indicador cualitativo—.

Un buen indicador debería ser (Fuente):

- i. Objetivo, en cuanto independiente a la ideología y sentires de quien lo elabora y/o usa.
- ii. Medible objetivamente, es decir, que no esté influido por los intereses de quien lo elabora y/o usa.
- iii. Relevante, que mida un aspecto importante del logro a alcanzar.
- iv. Específico, es decir, que mida lo que se quiere medir.
- v. Práctico y económico, en el sentido de poco trabajo y a bajo costo.
- vi. Asociado a un plazo de tiempo, del proyecto completo o parcial.

²² Las otras dos son “un instrumento que sirve para mostrar o indicar algo” y “una cinta (metro) que sirve para medir en cualquier momento histórico sin importar si el resultado de la medición es bueno o malo para el proyecto o programa” (Fuente pág. 4)

²³ Por ejemplo, conteos de atenciones, reclamos, reparaciones, etcétera; y diferencias numéricas.

²⁴ Por ejemplo, satisfacción de clientes o prevalencia de liderazgo.

Para la construcción del indicador se debe responder las siguientes preguntas; es decir, el indicador debe contener información respecto a concretamente qué se mide, en qué unidades, sobre qué población objetivo, cuándo y dónde (Fuente):

- ¿**Qué** objetivo quiero medir? En otras palabras, qué resultado busco.
- ¿**Quiénes** deberían tener ese resultado?
- ¿Qué **tipo de medida** se usará para verificar el resultado?
- ¿**Cuándo** se espera el resultado?
- ¿**Dónde** se espera el resultado?

Además, se sugieren cinco pasos para la construcción de un indicador a partir de un objetivo. Estos son (Fuente pág. 12):

1. “Revisar la redacción del objetivo e identificar los factores relevantes a medir”: el objetivo suele estar redactado indicando la población objetivo y el logro esperado, este último es el factor relevante. Si el objetivo no es claro — ya sea en definir a la población objetivo, el logro esperado o si hay más de un logro esperado— es necesario redefinirlo.
2. “Proponer indicadores para cada factor relevante”: un indicador tiene dos componentes básicas: su nombre, que debe definir lo que se quiere medir, en qué población objetivo y respecto a qué universo se mide, ser autoexplicativo y estar contextualizado en tiempo y espacio: y su fórmula, que debe ser una relación matemática equivalente a lo indicado en el nombre.
3. “Construir las fórmulas para cada indicador”: es la relación matemática descrita en el punto anterior. Las fórmulas más utilizadas son porcentajes, promedios, tasas e índices. En el anexo K se encuentra una descripción de cada una de ellas.
4. “Establecer frecuencia de medición (seguimiento)”: esto es establecer cada cuánto tiempo se estimarán los indicadores. Se sugiere que las mediciones no sean muy frecuentes porque la información levantada probablemente será de mala calidad y el equipo a cargo de levantarla probablemente se distanciará de la intervención pública. Se sugiere que la frecuencia de medición se establezca teniendo en consideración: i) para qué se necesita la información generada; ii) el tiempo estimado que tomará producir resultados en la población; iii) la disponibilidad de la información que proviene de fuentes externas y; iv) los compromisos de cuenta pública o de reportes de gestión.
5. “Establecer meta y línea base”: la línea base representa la situación actual, es decir, el valor que toma el indicador al estimarlo en el escenario previo a la ejecución del proyecto. Por su parte, la meta expresa concretamente lo que se espera lograr en un período de tiempo según los objetivos definidos; también, pueden establecerse metas parciales acumulativas. Por otro lado, la meta es una decisión técnico-política, ya que es establecida por los administradores o gerentes públicos según los recursos, capacidades

institucionales y el entorno disponible. Sobre lo que miden los indicadores, en relación con la meta y la línea base, se emite el juicio sobre el avance que lleva el proyecto. Por último, para emitir un juicio sobre impacto (fin) o resultados (propósito) es usual requerir estudios de la situación contrafactual —cuál sería el estado actual si el programa o política no se hubiera implementado—, para compararlo con la situación alcanzada dado que se implementó el programa; sin embargo, los estudios contrafactuales suelen tener complejidades técnicas y altos costos económicos, por lo que se recomiendan solo en situaciones que estrictamente lo requieran.

Por último, los indicadores deben definirse en base a los procesos (actividades) reales con que se implementa el programa, así no se pierden de vista los aspectos relevantes y se cuenta con las fuentes de información necesarias para calcularlos (Fuente).

Finalmente, la tabla 5 resume los indicadores más usados o relevantes para distintos tipos de objetivos y ámbitos de control.

Ámbito de control	Objetivos	Indicadores más relevantes
Impacto	Fin	Eficacia
Resultados	Propósito	Eficacia y Eficiencia
Productos	Componentes	Eficacia, Eficiencia y Calidad
Procesos	Actividades	Economía

Tabla 5 Indicadores más usados para distintos objetivos. Elaboración propia en base a (Fuente).

De forma adicional, el anexo L presenta una revisión sobre las principales características de los indicadores de salud pública, distintos a los de políticas públicas; esto con el fin de que, estando el aborto tanto en las políticas públicas como en la salud pública, se comprenda que no todos los indicadores relacionados con aborto pertenecen a ambas categorías.

Indicadores de salud pública

Un indicador de salud puede definirse como una variable, susceptible de medición directa, que refleja el estado de salud de las personas en una comunidad. En otras palabras, un indicador define una medida de salud (es decir, la ocurrencia de una enfermedad u otro evento relacionado con la salud) dentro de una población específica y; son medidas que intentan reflejar y monitorear el estado de salud de una población. (Althoff).

Por otro lado, no basta con seleccionar el indicador de salud, también hay que medirlo —lo que depende de la disponibilidad y validez de los datos— y analizarlo —lo que depende de la tabulación y agregación de los datos—.

Por último, como fuente de epidemiología en salud pública, malos indicadores conducen a malos descubrimientos y, en consecuencia, malos resultados²⁵ que no resuelven el problema de salud pública. En este sentido, además de las cuatro características ya mencionadas de un buen indicador: disponibilidad y calidad (validez, tabulación y agregación), el indicador también debe ser útil. Un indicador de salud es útil si es fácil de usar e interpretar, si es comprensible para quienes van a usar la información —tomadores de decisiones y administradores, por ejemplo— y si es relevante para la(s) política(s) pública(s) y quienes la(s) hacen (Althoff).

La información presentada permite distinguir claramente a los indicadores de salud, de los indicadores de política pública y de los indicadores de procesos y resultados. Especialmente, los indicadores de salud tienen una complejidad singular por ser un constructo que represente la salud de la población en términos generales. Tal vez podrían elaborarse indicadores de aborto como indicadores de salud pública específicos a las mujeres; sin embargo, esto queda fuera del alcance de este trabajo y se hace una introducción teórica que pueda servir como punto de partida a Corporación MILES —o a quien le interese— elaborar indicadores de aborto con criterio de salud pública a partir de información también pública.

Estudios sobre el aborto en Chile

Dides, Benavente y Sáez publicaron el 2011 su estudio *El aborto en Chile: un debate político y ciudadano en la trastienda de la democracia*, incluido en *Dinámicas políticas de aborto en Latinoamérica: Estudio de casos*, del que también son editoras.

El estudio parte con una introducción histórica del aborto en Chile, para luego analizar el debate político ciudadano según 8 categorías, a través de la consulta de opinión a 13 actores relevantes —de un total elegible de 25, sobre quienes se aplicaron criterios de inclusión: pro reforma, moderados y anti derechos; de los ámbitos políticos, académicos y sociales— en búsqueda de sus lógicas argumentales y, finalmente, entregar reflexiones que permiten entender por qué el debate se dio de esa forma.

²⁵ “*garbage in, garbage out*”

El aborto en Chile estuvo permitido con fines terapéuticos por el Código Sanitario, Artículo 119, entre 1931 y 1989. Durante algunos meses de 1973, la justificación terapéutica fue interpretada de la forma más amplia, admitiendo como requisitos la situación de pobreza extrema, tener varios hijos nacidos vivos y una solicitud escrita que declarara el no deseo del embarazo. Así, el término terapéutico se interpretó en favor de evitar la morbilidad y mortalidad materna asociada a abortos clandestinos. En 1989 el aborto terapéutico fue derogado sin consulta ciudadana y absolutamente prohibido por la Junta Militar. Desde el retorno a la democracia, surgieron iniciativas que intentaron restablecer el artículo 119 del Código Sanitario, así como otras que buscaban endurecer las penas a las mujeres que abortaran y a quienes practicaran los abortos (Dides, y otros, 2011)²⁶.

En cuanto al debate político, dos proyectos de aborto aparecieron el año 2010. Uno despenalizaba el aborto en caso de riesgo de vida de la mujer y en caso de inviabilidad fetal²⁷. El otro proyecto incluía también el embarazo resultado de una violación²⁸. Sin embargo, se reconoce el surgimiento del aborto como una respuesta a casos mediáticos y escenarios electorales, con apoyo político limitado (Dides, y otros, 2011).

Por su clandestinidad al año 2010, se desconoce la cantidad de abortos practicados en Chile. Sin embargo, se puede estimar a través del siguiente listado de egresos hospitalarios por aborto: embarazo ectópico, mola hidatiforme, otros productos anormales de la concepción, aborto espontáneo, aborto médico, otro aborto, aborto no especificado, intento fallido de aborto, complicaciones de consecuencias del aborto de embarazo ectópico y embarazo molar. En el período de 2001 a 2006, esas causales cuentan 39.192 egresos hospitalarios por aborto, es decir, abortos (Dides, y otros, 2011).

Cuáles de los egresos hospitalarios mencionados constituyen causal en la Ley 21.030 es algo que no se verificó; sin embargo, es importante destacar que sobre la base que entrega la norma técnica nacional, las causales 1 y 2 admiten diagnósticos que no están listados. Por lo tanto, de esta forma tampoco sería posible conocer cuántos abortos legales anuales esperar, solo estimar un mínimo para las causales 1 y 2.

El análisis del debate se desarrolla considerando el debilitamiento de la Iglesia Católica, otrora autoridad moral y social, especialmente en su pronunciamiento contra el aborto. Se realizaron 13 entrevistas a 5 tipos de actores y se aplicaron las siguientes 8 categorías de análisis (Dides, y otros, 2011):

1. Perfil de las organizaciones y personas entrevistadas

²⁶ Y así se mantuvo hasta 2017.

²⁷ Es decir, la primera y segunda causal de la Ley 21.030.

²⁸ Es decir, la tercera causal de la Ley 21.030.

2. Postura institucional sobre el tema de la interrupción legal del embarazo
3. Visión sobre el contexto político e institucional en relación con el aborto en Chile
4. La formulación de la legislación en Chile
5. Barreras y oportunidades del sistema político chileno para el caso del aborto
6. Identificación de coyunturas
7. Definición de las estrategias de comunicación
8. Alianza entre actores

Definiendo como actores principales a (Dides, y otros, 2011):

- Académicas/os
- Organizaciones de la sociedad civil
- Personas del área de comunicaciones
- Médicas/os
- Políticas/os

Las autoras señalan que el aborto tiene escasa validación política en tanto tema ciudadano porque “no ha sido una problemática de discusión que haya ocupado un lugar central ni en lo político, ni en lo académico, ni en lo mediático” y así la reflexión en torno al aborto es casi exclusiva a los grupos activistas a su favor o en su contra (Dides, y otros, 2011 pág. 179).

Los 13 actores entrevistados son 5 académicos, 2 de organizaciones de la sociedad civil, 1 de medios de comunicaciones, 3 de la medicina y 2 políticos. Entre los hallazgos del trabajo se encuentra que los profesionales de la medicina son una voz legitimada por la opinión pública para hablar con criterios realistas sobre el aborto como un tema social y sanitario.

Asimismo, en cuanto a las posturas institucionales se encuentra que i) las instituciones carecen de una postura concreta en el discurso público, lo que desincentiva el debate; ii) las organizaciones de la sociedad civil tienen posturas dicotómicas, a favor o en contra, del aborto; iii) la Iglesia Católica influye culturalmente en el aborto y iv) faltan intelectuales independientes con una postura concreta (Dides, y otros, 2011).

Algunas contraposiciones que se encuentran en el discurso son la actitud *pro-woman* que adoptan la OSC en contra del aborto entrevistada, argumentando que las mujeres que abortan se dañan a sí mismas; en contraste con la postura pro-derechos de libertad sobre los cuerpos (autonomía sobre el cuerpo) en que se basa la organización feminista entrevistada, quienes no centran la discusión en la vida, ni siquiera en las

mujeres. En esa línea, se destaca la ausencia del debate en torno a la autonomía del cuerpo, no solo cuando se relaciona con las mujeres, sino también con la eutanasia, por ejemplo; aunque esto podría cambiar con el avance de una clase media emergente que se piensa así misma como sujeta de derechos. Por otro lado, se reconoce la influencia de la lucha feminista en la conquista de derechos sexuales y reproductivos. En contraste, debido a la influencia de la Iglesia, el aborto es percibido como un crimen o moralmente enjuiciable por creyentes y no creyentes. Por último, se menciona la falta de interpelación del sector intelectual al sector político (Dides, y otros, 2011).

En cuanto al contexto político e institucional, este es adverso con un debate casi inexistente, debido a que i) el interés político por el aborto se levanta con limitados fines electorales; ii) la polarización de los movimientos sociales; iii) la falta de líderes intelectuales en instancias políticas; iv) el grupo poseedor del poder económico chileno, asociado a valores tradicionales y católicos, posee también el poder político y de transmisión cultural y; v) la falta de vinculación entre los sectores sociales (Dides, y otros, 2011).

Otro antecedente político relevante en la escasa discusión del aborto fue la configuración de la Concertación después de la Dictadura Militar, centrada en consensos y en evitar la fragmentación interna de la coalición que se había planteado como de centroizquierda. Así, el aborto fue un tema sensible y no tratado de forma directa; a modo de compensación, se avanzó en la regulación de la fertilidad a través de la anticoncepción de emergencia, un debate que duró más de 10 años y que no es suficiente en políticas de salud sexual y reproductiva (Dides, y otros, 2011).

La legislación chilena y su elaboración se pueden analizar desde cuatro perspectivas: i) en cuanto la ley contradice la práctica médica; ii) respeto a los derechos humanos y autonomía de las mujeres sobre su cuerpo; iii) el aborto terapéutico como una previa al aborto libre; iv) el aborto no soluciona los problemas de embarazos no deseados y; v) inexistencia de pautas en democracia. Las distintas posturas que emergen en torno a los puntos anteriores planteados se resumen en que la ilegalidad del aborto no impide su práctica, porque, como prestación de salud, se realiza cuando la vida de la mujer está en riesgo²⁹. Así, el aborto terapéutico es una prestación para proteger la vida de las mujeres y su necesidad es poco cuestionable. Sin embargo, existen quienes están a favor por legislar en causales limitadas referidas al aborto terapéutico y otros creen que esta es una forma de cerrar la discusión torno al aborto libre, legal y seguro, desatendiendo el problema de salud pública de fondo (Dides, y otros, 2011).

²⁹ Es decir, se plantea una disonancia que ocurre dentro del sistema de salud, ni siquiera hace referencia a los abortos clandestinos.

Dentro de las barreras para el debate público sobre el aborto se encuentran: i) la ya mencionada baja interpelación del mundo intelectual; ii) la postura evasiva de los medios de comunicación; iii) la falta de articulación entre la sociedad civil, las OSC y el mundo político; así como iv) la ilegalidad del aborto. También existen facilitadores para el debate, como son i) el diálogo internacional sobre los derechos de las mujeres; ii) las instancias deliberativas en las campañas electorales y; iii) los cambios de gobiernos (Dides, y otros, 2011).

Respecto al posicionamiento del aborto en la opinión pública, se distinguen dos tipos de instancias que gatillan esta reacción: i) la regulación de la fertilidad a través de la anticoncepción, como una forma de avanzar en derechos sexuales y reproductivos³⁰ (aunque, como ya se mencionó, esto tiene una doble lectura, pues hay grupos que creen que es una forma de cerrar el debate) y ii) casos médicos mediáticos (como el de Gladys Pavez, una mujer que llevaba una gestación de 7 meses con un feto que no sobreviviría por falta de órganos vitales) (Dides, y otros, 2011).

Como estrategias de comunicación³¹, se cree que para instalar el debate en torno al aborto en Chile se necesita de espacios en las universidades donde se debata el aborto con fines de formar una masa crítica intelectual —en lo que coinciden académicos y políticos—; además del involucramiento de los medios de comunicación de masas. Asimismo, se distinguen dos enfoques predominantes para hablar de aborto en el debate público: i) el enfoque de salud pública, donde se habla principalmente de aborto terapéutico y; ii) un enfoque de derechos de las mujeres, que plantea aborto libre. Un académico entrevistado plantea un tercer enfoque relacionado con la pregunta de cuánto debe involucrarse el Estado en las decisiones de la mujer y su cuerpo, más allá del juicio moral que se pueda hacer del aborto (Dides, y otros, 2011).

Es importante mencionar que las posturas aparentemente dicotómicas —enfoque de salud pública o aborto terapéutico y enfoque de derechos o aborto libre— no aparecen en la Ley 21.030 ni en los otros documentos revisados en la elaboración de esta tesis de forma dicotómica ni excluyente, sino complementaria o integrada. En general, se habla de un enfoque en función del otro: el derecho de las mujeres a decidir sobre sus cuerpos en situaciones de salud específicas, en el caso de Chile; el derecho de las mujeres a acceder a prestaciones de salud de calidad, sin importar cuáles sean estas, entendiendo al aborto como un procedimiento médico y derecho de las mujeres al mismo tiempo, como suelen plantear la *WHO* y las políticas de aborto de Suecia y Canadá —los países revisados que serán presentados más adelante—. Desde un punto de vista de política pública e ingeniería

³⁰ Ya que la píldora de anticoncepción de emergencia o del día después ya se encuentra disponible de forma gratuita a petición de la mujer en la red pública de salud y a libre venta en farmacias, a tiempo presente son las discusiones de avance en derechos de salud sexual y reproductiva las que se relacionan rápidamente con el aborto, por ser una prestación básica al debe.

³¹ La séptima categoría de análisis.

industrial, esto confunde el problema de origen y en consecuencia el objetivo a alcanzar, lo que hace que las políticas resultantes sean ambiguas, carentes de coherencia y difíciles de evaluar, porque no hay claridad de qué deben lograr ni cómo (en términos teóricos, hay un problema con la definición de la hipótesis causal y de intervención).

La última categoría de análisis, alianza entre actores, plantea que se consideraba necesario que previo a un cambio en la legislación, hubiera vínculo entre los sectores que construirían el debate público sobre aborto. Entre ellos, los partidos políticos, el mundo académico, la comunidad biomédica, el campo de la salud y, considerado muy relevante, el movimiento feminista. Por supuesto, al hablar de estos actores, se piensa que personas específicas, y no el grupo en abstracto al que pertenecen, se involucren en el debate (Dides, y otros, 2011).

Al ver los actores propuestos se observa la particularidad de que casi todos son muy relevantes, no solo en la discusión o debate público —que es el contexto en que se hace la investigación de Dides, Benavente y Sáez—, sino en todo el proceso que involucraría una política pública de aborto. Así, si bien en principio serían más relevantes los políticos y la comunidad biomédica, por ejemplo; los profesionales de la salud y la comunidad académica son muy importantes en la implementación de la política pública —en parte por ser un servicio— y en la formación de futuros profesionales; así como las organizaciones de la sociedad civil y el movimiento feminista son actores relevantes para su evaluación. Por último, como el acceso a servicios de aborto es en el mundo un derecho siempre susceptible de ser cuestionado por los sectores políticos más conservadores, es un derecho que siempre debe estar vigilado y fundamentado, porque considerarlo ganado podría revocarlo.

Las reflexiones finales de Dides, Benavente y Sáez mencionan que, pese a la transición democrática y a los esfuerzos del movimiento feminista y profesionales de la salud sexual y reproductiva, el debate sobre el aborto no se ha reabierto³² en la esfera pública y, esto es en parte debido a lo importante que fue no tener divisiones en las coaliciones gobernantes post dictadura. Por otro lado, el aborto terapéutico sí fue durante décadas una práctica de salud pública en Chile, aunque no fuera abiertamente discutida; la dictadura terminó por silenciarla. Desde entonces, el Estado no planteó políticas activas para incorporar el aborto, pero sí avanzó en otras materias de salud sexual y reproductiva, como son la distribución de la anticoncepción de emergencia (Ley 20.418) y el protocolo de atención humanitaria a las mujeres que abortan (Dides, y otros, 2011). Asimismo, advierten que la llegada de la centroderecha al gobierno con Piñera 2010-2014 planteaba un escenario distinto para el avance en derechos sexuales y reproductivos.

³² Al año 2011, fecha de publicación.

Además, destacan la debilidad de los y las ciudadanas para exigir derechos y, más todavía, para posicionarse públicamente en torno al aborto. Esto implica el desafío de fortalecer las organizaciones sociales, abrir espacios de debates y establecer una agenda de derechos sociales, económicos, culturales y sexuales y reproductivos de las personas. También es necesario mejorar la equidad y calidad de la educación, en tanto capacidad analítica y reflexiva como generadora de intelectuales independientes que se posicionen ante el aborto (Dides, y otros, 2011).

“Las dinámicas políticas del aborto en Chile se caracterizan por la ausencia de posturas en el discurso público de las instituciones que podrían promover cambios en la legislación, lo cual contrasta fuertemente con posturas institucionales de los sectores más conservadores y confesionales del aborto, que si tienen claridad en cuanto al discurso y las estrategias, además de contar con el apoyo, financiamiento y los medios de comunicación.

Esta desigualdad y desequilibrio entre las diversas posturas institucionales frente al tema, conlleva a un debilitamiento en la instalación del debate con información plural para la ciudadanía y los tomadores de decisión en la materia, que permita dimensionar la multiplicidad de factores que intervienen en la problemática del aborto.” (Dides, y otros, 2011 pág. 191)

Los antecedentes planteados vuelven a confirmar el carácter complejo del aborto como problema, tanto cuando es abordado como problema público y cuando no. Por otro lado, se observa que se repiten como relevantes los mismos factores al analizar el debate y la situación del aborto desde distintas perspectivas; esto pese a que los actores mencionados son diversos. En ese sentido, es importante concebir que las políticas de aborto requieren consensos sostenidos en sus distintas etapas y esto las hace particularmente frágiles y volátiles.

Centros de salud como organizaciones

Estudiar la implementación de las políticas de aborto en los centros de salud requiere también comprender estos como mini sistemas; especialmente usando el enfoque *bottom-up*, las particularidades y lo que ocurre en las organizaciones a la base no pueden ser ignorados; y son especialmente relevantes al pensar en la realización de un estudio de caso que pretende, desde la ingeniería industrial, interpretar lo que sucede para proponer soluciones o formas de mejora. Por ello, a continuación, se plantean los conceptos fundamentales que estuvieron a la base del desarrollo y justificación de la realización de un estudio de caso para evaluar la implementación de la IVE; ya que el estudio de caso finalmente no se desarrolló, el marco teórico completo pertinente se encuentra en el anexo M.

La relevancia de la gestión de las organizaciones públicas por sobre la realización efectiva de políticas públicas fue planteada por M. H. Moore en 1998. Una organización pública es un sistema complejo dentro del que coexisten mini-organizaciones que pueden ser entendidas como agentes con propósitos propios. Cada una de las organizaciones integrantes tiene tendencia a auto-organizarse y actuar de forma independiente, según sus reglas (Waissbluth, 2008). Una buena gestión organizacional permite la cohesión y coherencia de las mini-organizaciones integrantes, haciendo de la organización una macroestructura con una misión, visión, propuesta de valor, modelo de negocios, valores, estrategias, objetivos, recursos y personas que se articulan a través de la estructura organizacional, claramente definida.

Las organizaciones, como sistemas complejos, existen porque agregan valor a sus clientes y usuarios, a la vez que se desenvuelven en un marco regulatorio, institucional y/o de competencia. Por otro lado, se distinguen dentro de ellas dimensiones políticas, técnica-económicas, social-relacionales y de adaptación al entorno (Depolo, 2019)

Los procesos básicos de una organización corresponden a: i) Su forma de producir valor agregado; ii) Su forma de tomar decisiones; iii) Mecanismos de aprendizaje y control; iv) La membresía³³ que se genera dentro de la organización y con la misma, en cuanto a sus valores, visiones, mensajes compartidos y contratos formales; y v) Los mecanismos de resolución de conflictos entre sus miembros (Waissbluth, 2008).

La gestión del comportamiento organizacional (*Organizational behaviour management, OBM*) se encarga de lo que las personas hacen, analiza por qué lo hacen y luego aplica estrategias de intervenciones basadas en evidencia para mejorar lo que las personas hacen. La aplicación al cuidado en salud ha sido estudiada en múltiples ocasiones, ya que los sistemas mal diseñados contribuyen a los errores médicos (Organizational Behavior Management in Health Care: Applications for Large-Scale Improvements in Patient Safety, 2008).

Los factores críticos para la mantención del comportamiento -deseado- son: a. educar y capacitar; b. involucrar al personal original en la personalización y realización del proceso de intervención; c. desarrollar una estructura organizacional para el monitoreo de los procesos y resultados de la intervención; d. proporcionar apoyo social y organizacional continuo y; e. generar reglas propias de los individuos que puedan usar para motivar su comportamiento relevante para la intervención.

³³ De parte de los trabajadores.

Por otro lado, los errores médicos pueden definirse como cualquier resultado no intencionado entregado al paciente³⁴ o como cualquier problema en el proceso de cuidado con el potencial de causar daño³⁵. Esta última definición está más alineada con la OBM, ya que los comportamientos pueden ser considerados en sí mismos procesos.

Dentro de los errores médicos se definen cuatro dominios principales: i) Diagnóstico; ii) Tratamiento; iii) Preventivo y; iv) Otros. El paper exhibe los tipos de errores dentro de cada dominio, siendo los pertinentes a este trabajo los referidos a iv. Otros: a. Fallas en las comunicaciones; b. Fallas de equipamiento; c. Otras fallas del sistema. De los dominios para la seguridad del paciente son de mayor relevancia la cultura del cuidado, el paciente, el comportamiento del cuidador, el contexto ambiental y la legislación de cuidado en salud.

Cunningham y Geller (2008) indagan también en las jerarquías organizacionales de los centros de salud, la relación con los pacientes, las comunicaciones internas y el uso de incentivos colectivos e individuales. Finalmente, concluyen que un uso eficiente y orientado al cumplimiento de la OBM permite generar culturas positivas, empáticas e interdependientes, en un contexto de aprendizaje continuo y de beneficiosos cambios en el comportamiento.

Por último, cultura organizacional es un concepto con múltiples definiciones; una de ellas es “un sistema de valores y actitudes compartidas por gran parte de los miembros de una organización y que hacen posible distinguir a la organización de otras al margen de su misión y objetivos” (Robbins, 1999).

En consideración de lo anterior, *Competing values framework* es una herramienta desarrollada por Cameron y Quinn en 1999, que permite estudiar la cultura de una organización, diagnosticarla y facilitar el cambio de una a otra.

Aplicación y discusión de conceptos al aborto en Chile

Con el marco teórico presentado es posible identificar el problema del aborto inseguro como un problema de salud pública, que en distintos momentos ha reunido el apoyo político para convertirse en problema público; además de la presión de movimientos de mujeres y feministas que le han permitido ingresar a la agenda pública.

³⁴ National Patient Safety Foundation. *Health care error*.

³⁵ Institute of Medicine. *Health care error*.

A enero del 2021, el Estado de Chile se ha hecho cargo del aborto inseguro de forma parcial, solo legislando en favor de tres situaciones específicas en que la mujer podría elegir practicarse un aborto: cuando su vida está en riesgo, cuando el feto es inviable y cuando su embarazo es resultado de violación; lo que está regulado a través de la Ley 21.030. De forma genérica, se llamará Ley 21.030 o IVE a la política pública asociada.

Las definiciones presentadas por Dávila y Soto, así como la propuesta por Lahera, entregan elementos claramente identificables en la IVE. En cuanto a lo que define a una política pública de excelencia y calidad, en la IVE se ha reportado falta de procedimientos en los centros de salud, reelaboración de reglamentos a nivel nacional (como la objeción de conciencia), sospecha de sub-reporte de las estadísticas reales del acceso a la Ley y desconocimiento de las mujeres de la existencia de la Ley, de las prestaciones que ofrece y cómo acceder a estas; por lo que los cursos de acción y flujos de información no han sido definidos con certeza. La IVE sí se encuentra principalmente en la red pública de salud, con la opción de acceder a ella en algunos establecimientos privados y con la colaboración del tercer sector en los programas de acompañamiento; tal es el grado de integración con el sector privado que a instituciones privadas se les permitió objetar conciencia. En cuanto a documentos de implementación técnicos e institucionales, algunos han sido elaborados, pero no han sido extensamente difundidos a, ni adoptados por, las organizaciones que entregan los servicios IVE. Por último, los resultados esperados —cualitativos y/o cuantitativos— de la IVE no son conocidos. En resumen, se observan debilidades en la IVE que impiden, a priori y en términos generales, calificarla como una política pública de excelencia y de calidad.

La Ley 21.030 (y todo el diseño e implementación asociado a esta) corresponde a una política pública regulatoria en cuanto autoriza a las mujeres a acceder a una prestación médica en condiciones específicas que, de no cumplirse, está prohibida y su práctica es castigada³⁶. En la clasificación costo-beneficio, se trata de una política pública clientelar, ya que los costos son asumidos por la sociedad, pues la prestación es gratuita para las mujeres en el sistema público de salud, mientras los beneficios están concentrados específicamente en las mujeres que acceden a la IVE³⁷.

Analizando la IVE con el enfoque de ciclo de políticas públicas, se observa que su origen estuvo marcado por ser incluida en el programa de gobierno 2014-2018 de la ex Presidenta Michelle Bachelet. En este, fue introducida en el capítulo Derechos Ciudadanos, subcapítulo Equidad de Género como (Bachelet, 2013 pág. 169):

³⁶ De forma similar, tampoco los médicos están autorizados a practicar abortos fuera de la Ley 21.030, pero ya que este trabajo se plantea centrado en las mujeres que son población objetivo de esta ley, los efectos que esta tiene para otros actores e involucrados serán menos abordados.

³⁷ Como será expuesto más adelante, las beneficiarias son las mujeres que logran acceder a la IVE y no las que necesitan o desean practicarse un aborto bajo las causales reguladas.

“Promoveremos políticas destinadas a reforzar la autonomía de las mujeres. Esto incluye una ley de derechos sexuales y reproductivos acorde a las realidades y opciones de las personas; educación sexual laica y humanista en los colegios; acceso a servicios de salud sexual y reproductiva; disponibilidad efectiva de métodos anticonceptivos, incluyendo la anticoncepción de emergencia; y despenalización de la interrupción voluntaria del embarazo en caso de peligro de la vida de la madre, violación o inviabilidad del feto.”

Es importante destacar entonces que la IVE viene planteada como una política que busca la autonomía de las mujeres concebida como derecho ciudadano antes que un tema de salud pública³⁸; pese a que se destina a unas pocas mujeres principalmente por razones de salud.

El proyecto presentado por la entonces Presidenta Michelle Bachelet repite el discurso incluido en la agenda, agregando y enfatizando las múltiples obligaciones internacionales que falla Chile al no proveer a las mujeres de opciones de aborto seguro (Bachelet, 2015).

Entre los tratados y organismos mencionados que han hecho recomendaciones a Chile en esta línea se encuentran el Derecho Internacional de los Derechos Humanos, el Comité de Derechos Económicos, Sociales y Culturales (2004), el Comité de Derechos Humanos (1999 y 2007), el Comité de los Derechos del Niño de las Naciones Unidas (2007), el Comité para la Eliminación de la Discriminación Contra la Mujer de las Naciones Unidas (2006 y 2012) y el Examen Periódico Universal del Consejo de Derechos Humanos de Naciones Unidas (2014). Entre los tratados y las recomendaciones hay ambigüedad, algunas hablan del acceso al aborto seguro (derechos sexuales y reproductivos) de forma genérica, mientras otras hacen hincapié en el piso mínimo que es tener acceso a este cuando la vida y salud de la mujer están en riesgo, cuando el feto es inviable y cuando el embarazo es resultado de incesto o violación (Bachelet, 2015).

Sin entregar una justificación de por qué no se acogen las recomendaciones de forma exhaustiva garantizando el acceso al aborto a petición de la mujer a través de un sistema de plazos, solo se introducen y justifican las tres causales; todas con fundamentos médicos, éticos y legales —incluso constitucionales— distintos. Por esto, es difícil identificar una hipótesis causal y de intervención común a las tres causales.

La despenalización del aborto suponía, en primer lugar, hacer una modificación al Código Sanitario (artículo 119) para permitir la práctica del aborto y también al Código

³⁸ Asimismo, cabe destacar que el término “aborto” no aparece en el programa.

Penal (artículos 344 y 345) para no castigar a quienes lo practiquen; con la promulgación de la Ley 21.030 ambos Códigos fueron modificados. La única mención implícita al aborto fuera de las tres causales (en consecuencia, ilegal y clandestino) es la propuesta de modificar el Código Procesal Penal (artículos 175 y 200) para que en caso de interrupciones de embarazo o aborto fuera de las tres causales, prime la confidencialidad médico-paciente por sobre el deber de denuncia (Bachelet, 2015); sin embargo, la Ley 21.030 no incluyó esta modificación. Fuera de eso y de que, en la tercera causal, violación, el plazo establecido para las menores de 14 años era de 18 semanas en lugar de 14, la Ley 21.030 dista poco del proyecto presentado.

Al definir el aborto inseguro como el problema público original, es posible distinguir en él las tres características que se les atribuyen: es interdependiente, por cuanto los abortos, especialmente los inseguros, se relacionan con problemas de planificación familiar, control de natalidad, violencia hacia las mujeres y condiciones de salud preexistentes, entre otros. Es subjetivo: distintos proyectos de aborto fueron presentados desde 1990 hasta la aprobación de la Ley 21.030, siendo esta la única iniciativa exitosa. Además, el aborto está cargado de juicios morales, éticos y filosóficos que lo hacen aún más subjetivo y personal. Y dinámicos, al resolver el aborto inseguro eventualmente el aborto reaparecería en la agenda pública; sin embargo, al ser la IVE un proyecto que solo abarca tres causales, el replanteamiento del problema público, apuntando a que la política pública no es completa, suficiente ni integral, es casi inmediato. Por último, desde un punto de vista de agenda, el aborto (~~inseguro~~) es un problema público intermitente.

En cuanto a la terminología, hablar de “aborto” en Chile hasta antes del 2017 era muy similar, si no equivalente, a hablar de “aborto inseguro”, puesto que el aborto no estaba permitido en ninguna de sus formas ni en ninguna circunstancia, lo que no impedía la práctica de abortos, sino que obligaba a que estos se hicieran de forma clandestina y, en casi todos los casos, insegura. Es decir, todos los abortos podían ser considerados abortos inseguros; además, las mujeres no contaban con la garantía del acceso a atención post aborto³⁹.

La discusión de alternativas (segunda etapa) y la definición y diseño de la política pública (tercera etapa) fue un proceso que duró más de dos años y medio — desde enero de 2015 hasta septiembre de 2017, cuando la Ley fue promulgada y publicada⁴⁰.

³⁹ Salvo los abortos que se presumen son practicados en clínicas de forma clandestina, pero con métodos que se presumen seguros y profesionales que están preparados para aplicarlos, a un alto costo monetario. Si bien no existe evidencia sobre su realización, el reconocimiento público de su existencia le costó el cargo a la entonces Ministra de Salud Helia Molina.

⁴⁰ La Ley 21.030 fue promulgada el 14 de septiembre de 2017 y publicada el 23 de septiembre de 2017.

Como ya se señaló, el proyecto venía planteado en tres causales, por lo que no hubo una extensa discusión en torno al alcance de la política pública. No obstante, la tercera causal, violación, fue más debatida que las otras. Así, se discutieron otros aspectos, como la relevancia y magnitud en términos sanitarios de los embarazos de riesgo, las mujeres que fallecen y los fetos que resultan inviables; de forma similar, se intentó estimar la incidencia de los embarazos por violación⁴¹. Estas discusiones se dieron tanto en contra como en pro de la causal; como una forma de estimar la demanda.

Los criterios usados en las discusiones fueron predominantemente valóricos — sobre todo respecto a proteger la vida del que está por nacer, siendo a veces incluso más importante el embrión o feto que la mujer— e institucionales —la validez constitucional del proyecto fue muy discutida—; y en mucha menor medida de eficiencia —los aspectos económicos u orientados a resultados o demanda fueron menos relevantes—.

Los actores involucrados se pueden distinguir, tal como plantearon Dides, Benavente y Sáez (2011), en políticos, académicos, organizaciones de la sociedad civil y médicos. Por supuesto, el involucramiento de los medios de comunicación como espacio de difusión y debate también estuvo presente. Entre los actores que asistieron a las sesiones en Cámara de Diputadas y Diputados⁴² y/o en el Senado⁴³ se encuentran:

- Políticos: diputadas y diputados, senadoras, ministras y ministros de Salud⁴⁴, Justicia⁴⁵, del Servicio Nacional de la Mujer⁴⁶ y de la Secretaría General de la Presidencia⁴⁷; la directora del Servicio Nacional de Menores⁴⁸.

⁴¹ De forma similar, a enero de 2021 se ha iniciado en Comisión de Mujeres y Equidad de Género de la Cámara de Diputados la discusión en torno a la despenalización del aborto (sin causales) hasta la semana 14 y quienes se oponen al proyecto han puesto la atención en responder preguntas del tipo cuántas mujeres mueren por abortos inseguros, cuántas mujeres son condenadas por la práctica de aborto fuera de las causales, cuántos son los procesos judiciales en su contra y en contra de los médicos; si bien estas preguntas son relevantes, desde un punto de vista de política pública y de ingeniería industrial se pone énfasis en la condición o problema de raíz, que son las mujeres sometidas a abortos inseguros, la vulneración de derechos y riesgo de salud que eso representa, por sobre los resultados de estos procedimientos. Complementariamente, usar esos resultados para estimar la demanda por el servicio o la magnitud del problema es una técnica no apropiada, puesto que se sabe que la eficacia del misoprostol es alta, por lo que es bajo el porcentaje y la cantidad de mujeres que experimentan complicaciones que las lleven a buscar atención post aborto. Asimismo, dado el deber de denuncia de los médicos de las mujeres que se han sometido a abortos, las mujeres no tienen incentivos para asociar sus malestares a la práctica de aborto y, de hecho, el mecanismo es un desincentivo para incluso buscar atención; y los médicos podrían no reportar como tales las complicaciones de un aborto. En razón de lo anterior, es muy probable que los datos oficiales y su codificación subrepresenten la situación real del acceso a aborto (inseguro) de las mujeres; es aún más difícil saber cuán subrepresentados están los datos. En consecuencia, no es una fuente confiable para estimar la demanda por servicios de aborto.

⁴² Cámara baja del Poder Legislativo de Chile.

⁴³ Ambos conforman las dos cámaras del Congreso Nacional

⁴⁴ Carmen Castillo

⁴⁵ Javiera Blanco, acompañada de Ignacio Castillo, jefe de División Jurídica; José Gómez.

⁴⁶ Claudia Pascual

⁴⁷ Ximena Rincón

⁴⁸ Marcela Labraña

- Organizaciones de la sociedad civil: la directora y la presidenta de Miles Chile; la Fundación Chile Unido, Fundación Esperanza, Corporación Humanas, Fundación Chile es Vida, Articulación Feminista por la Libertad de Decidir, Comunidad y Justicia, Movimiento Historias de Vida, Asociación Chilena de Protección de la Familia (APROFA), Centro de Liderazgo Público Cristiano Oikonomos, Movimiento Evangélico Juventud con una Misión; Chile Siempre, Instituto Res Pública, Organización de Matrones(as) por la Vida, Movimiento de Mujeres Reivindica, Coordinadora de la Red por la Vida Biobío, Movimiento por la Vida Biobío, Conferencia Episcopal de Chile, Mesa Ampliada de Entidades Evangélicas y Protestantes, Comunidad Judía en Chile, Gran Logia Masónica, Iglesias Evangélicas Pentecostales.
- Médicos y académicos: el director del Programa Acompañar-es de la Red de Salud UC Christus⁴⁹, el presidente de entonces y un anterior de la Sociedad Chilena de Obstetricia y Ginecología, presidente del Colegio Médico, el rector de la Pontificia Universidad Católica de Chile, el director de Desarrollo Comunitario de la Vicerrectoría de Asuntos Estudiantiles y Comunitarios de la Universidad de Chile, uno de la División de Obstetricia y Ginecología de la Pontificia Universidad Católica de Chile, un profesor y el director médico de la Clínica Universidad de Los Andes, además de varios médicos que asistieron en calidad de representantes de OSC.
- Otros invitados, como políticos que ya no estaban en ejercicio.

Actualmente, la política pública —con el enfoque de ciclo— se encuentra en etapa de evaluación. Sin embargo, a diferencia de las anteriores, esta etapa cuenta con muchos menos antecedentes y definiciones porque no se ha establecido una evaluación, en cuanto a objetivos, mecanismos ni instancias. Por lo mismo, es parte de este trabajo indagar en qué criterios y dimensiones han sido establecidas en el contexto internacional. Por último y como ya fue mencionado, ya que el diseño de la política pública se concentró en criterios legales y valóricos, estos no aportan criterios para la evaluación de la implementación de la política pública, especialmente en cuanto a resultados e impacto.

La Norma Técnica Nacional —uno de los documentos oficiales que acompañaron la publicación de la Ley— señala que se establecerán mecanismos de evaluación para la Ley, pero no se presenta ni detalla en qué estará centrada. Por otro lado, en febrero de 2020 se anunció que el Minsal crearía un manual de fiscalización para la Ley 21.030, ya que se sospechaba un subreporte de los casos, ante lo que el entonces Ministro de Salud, Jaime Mañalich, reconoció que “la implementación de esta ley requiere un nivel de fiscalización más alto de lo que hemos tenido hasta ahora” (Latorre, y otros, 2020).

⁴⁹ Acompaña a las mujeres con embarazos inviabiles.

En el caso del aborto, en principio, la población de referencia son las mujeres en edad fértil⁵⁰, pero debido a la poca extensión de las prestaciones de la Ley 21.030, podría pensarse que son las mujeres embarazadas⁵¹; la población con el problema son las mujeres embarazadas que requieren servicios de aborto⁵², mientras la población sin el problema son las que no; así, la población objetivo son las mujeres que necesitan servicios de aborto según las condiciones que la política pretenda abarcar y quedarán desatendidas (no objetivo) aquellas que lo requieran por otras razones, en otros plazos o que de alguna forma no cumplan las condiciones. Dentro de la población objetivo se encuentra la población atendida, es decir, las mujeres que lograron acceder a los servicios de aborto; y la población en espera, aquellas que lograrán acceder a los servicios. El siguiente esquema (figura 1) ilustra esta idea:

⁵⁰ Es razonable pensar en las mujeres en edad fértil como universo ya que muchas tasas relacionadas con natalidad y aborto se calculan sobre las mujeres en edad fértil (como denominador). Por lo demás, esta elección no cambia la definición de la población con el problema (ya que no cambia el problema) y las mujeres para estar embarazadas requieren estar en edad fértil; una es un subconjunto de la otra.

⁵¹ La población de referencia es la población considerada universo. En particular para el caso del aborto, se desiste de considerar como universo a todas las mujeres o a las mujeres en edad fértil para ir directamente a las mujeres embarazadas, lo que permite la definición del problema (necesitan o desean acceder al aborto) y de la población objetivo de manera mucho más directa.

⁵² En línea con lo anterior, el embarazo es la condición basal compartida por todas las mujeres que necesitan servicios de aborto. Se evita definir a la población con el problema como mujeres que experimentan “embarazos no deseados”, “embarazos de riesgo” o “embarazos inviables”, etcétera; porque esas son distintas razones por las que las mujeres buscan estos servicios y es lo que define, de hecho, a la población objetivo según la extensión de la política de aborto. Definir el problema a partir de una población causalmente acotada hace que la definición de población objetivo pierda sentido, porque sería redundante —a menos que la política no pretendiera abarcar a todas las mujeres en esas causales—; además, es limitar de antemano la cobertura del programa, porque son infinitas las causales y situaciones en que las mujeres necesitan o desean acceder al aborto. De cierta forma, Chile adoptó este enfoque, tomando como población objetivo a las mujeres que requieren servicios de aborto en las tres causales específicas y bajo condiciones establecidas.

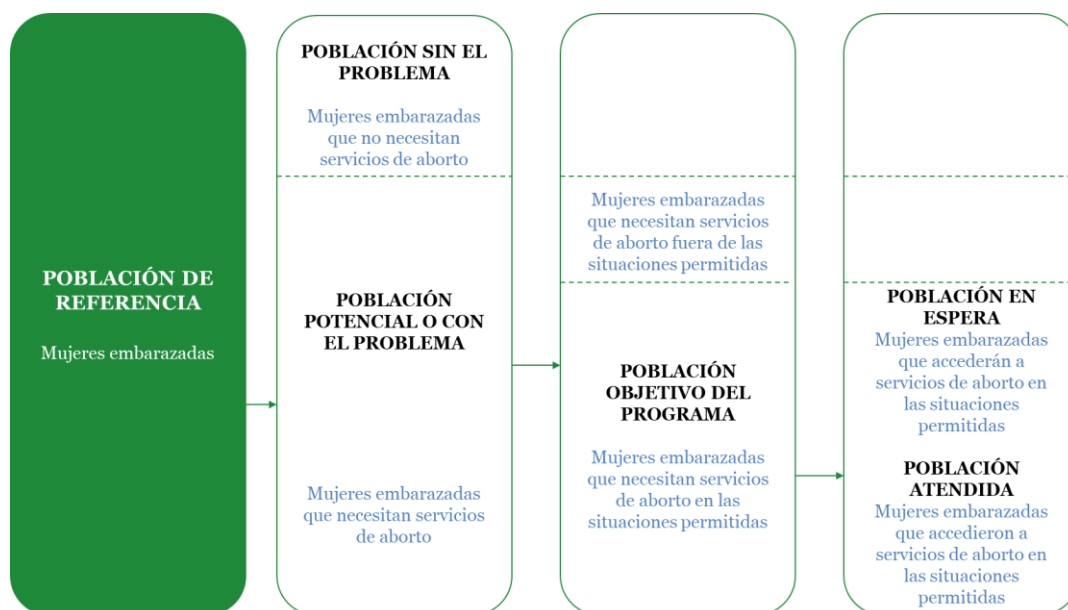


Figura 1 Población en programas sociales. Adaptación de (Fuente)

Cabe destacar que habiendo problemas o ineficiencias en la definición de los mecanismos que dan acceso al programa (en este caso, los servicios de aborto), algunas mujeres en la población objetivo podrían quedar desatendidas sin estar en espera. Por ejemplo, si una mujer en riesgo vital no obtiene oportunamente los diagnósticos que le permiten constituir causal para luego interrumpir su embarazo —lo que puede suceder por diversas razones: accesibilidad geográfica y económica a los servicios de salud, tiempos de atención, de exámenes y confirmación diagnóstica; y derivación por objeción de conciencia en los equipos médicos— podría morir esperando o tras ser denegada la causal. Incluso, la mujer podría sobrevivir a un embarazo con un diagnóstico no prelistado que a criterio de distintos médicos constituía o no causal⁵³. De forma similar, las adolescentes víctima de violencia sexual que no están familiarizadas con sus ciclos menstruales y salud sexual y reproductiva en general, tienen una barrera de acceso “invisible” —conocimiento— a la tercera causal, por los plazos en semanas de gestación que establece. En este sentido, es de suma relevancia que la política pública esté definida a la medida de quienes espera beneficiar y que su diseño incorpore las potenciales barreras y obstáculos que tendría la población.

Los análisis hechos por Dides, Benavente y Sáez (2011) corresponden al año 2010 y en el período 2010–2014, bajo la presidencia de Sebastián Piñera, el aborto no fue un tema de debate activo sino hasta el período 2014–2018, cuando apareció en la agenda de gobierno de Michelle Bachelet y la discusión la dieron los mismos actores, más las mujeres en intensas movilizaciones feministas. Se juzga que tiene sentido considerar que los

⁵³ Desde un punto de vista técnico a la definición de la política y sus mecanismos, es importante que todas las mujeres que cumplen con las condiciones y buscan servicios de aborto accedan a ellos; no es un resultado suficiente que “no mueran”.

actores relevantes para hablar ya no solo de su discusión, sino también de su implementación, sean los mismos.

Además, para este trabajo, es consistente considerarlos actores relevantes también en el proceso de evaluación de la implementación de política pública surgida. Especialmente, por cuanto son las organizaciones de la sociedad civil e investigaciones académicas las que a la fecha han llevado a cabo un seguimiento más acabado a la implementación de la Ley; y han sido medios de comunicación los que han informado sobre los obstáculos que enfrentan las mujeres que acceden e intentan acceder a la Ley.

Sin embargo, ahora que la política existe, es relevante también incluir a quienes están directamente involucrados en su implementación. Por ello, se consideran nuevos actores:

- Los profesionales (médicos y no médicos) directamente involucrados en la práctica de la IVE
- Los profesionales responsables de la implementación de la IVE a nivel administrativo y local (en cada centro de salud).

Como se mencionó en la introducción teórica, no se hará un análisis de marco lógico ni la matriz correspondiente para la Ley 21.030; porque es un trabajo exhaustivo que excede los límites de esta tesis. Además, la información sobre la IVE no se encuentra disponible siguiendo una estructura que facilite esa tarea. Sin embargo, se entregan a continuación algunos ejemplos de cómo podría —en términos generales— ser conducida una metodología de marco lógico para una política de aborto, con el fin de vislumbrar la lógica de cómo surgen los indicadores propuestos.

En el caso de las políticas de aborto, este trabajo propone que el fin sea *contribuir a la garantía de los derechos humanos de las mujeres* y se sugiere que el propósito sea *las mujeres (embarazadas)⁵⁴ acceden a servicios de aborto seguro*.

La experiencia nacional e internacional muestra que componentes importantes de las políticas de aborto incluyen bienes, en cuanto infraestructura hospitalaria; servicios: la realización de los procedimientos de aborto y atención post aborto y; regulaciones: leyes, reglamentos y normativas según la institucionalidad del país, típicamente en leyes

⁵⁴ No se incluye toda la definición de la población objetivo porque el enunciado sería redundante y, de hecho, en adelante se omite el término embarazadas porque se subentienden que las únicas mujeres que acceden al aborto son las mujeres embarazadas. De hecho, visualizar la política para las mujeres, sin estar embarazadas, ayuda a mantener en mente que es necesario informar y educar a las no embarazadas sobre el aborto.

y en los equivalentes al código sanitario y al código penal chileno. Ejemplos de esto serían: todos los establecimientos de la red primaria de salud están equipados y capacitados para realizar abortos por aspiración al vacío o con medicamentos⁵⁵; las mujeres disponen de servicios de aborto en la red primaria de salud⁵⁶; existe una regulación que garantiza el acceso de las mujeres a los servicios de aborto.

Ejemplos de actividades en una política de aborto para la componente *todos los establecimientos de la red primaria de salud están equipados y capacitados para realizar abortos por aspiración al vacío o con medicamentos* son: i) se realiza la compra y distribución de los equipos de aspiración al vacío a toda la red primaria de salud; ii) se capacita a profesionales médicos y no médicos (matronas/es) para realizar procedimientos de aspiración al vacío en la red primaria de salud; iii) se realiza la compra y distribución de los fármacos para interrupciones médicas; iv) se establece un protocolo nacional de abastecimiento de medicamentos para abortar; v) se genera un instructivo informativo para las mujeres que abortan con medicamentos. Desde luego, para cada una de esas (macro) actividades podrían definirse tareas específicas. Por ejemplo, para ii) *se capacita a profesionales médicos y no médicos (matronas/es) para realizar procedimientos de aspiración al vacío en la red primaria de salud* —la macro actividad— se podría detallar: a) Definir quiénes serán los profesionales (por especialidad) a capacitar; b) Levantar los datos sobre los profesionales capacitables (cantidad por especialidad) en cada centro de la red primaria de salud; c) Definir una cantidad mínima de profesionales capacitados por centro de salud; d) Elaborar un plan de acción para los establecimientos que no cumplen el mínimo anterior; e) Determinar la logística de la capacitación (si se hará en cada centro de salud, si se harán jornadas centralizadas para todos los profesionales en un área, etcétera). Estas micro actividades son acciones importantes (y necesarias) que guían al cumplimiento de la macro actividad.

Como se mencionó en la explicación teórica, las actividades por componente no suelen ser más de 7 y las micro actividades listadas por macro actividad suelen ser incluso menos; aquí se presentan varios ejemplos porque no hay un programa ni plan elaborado, pero si lo hubiera, este debiera cumplir los criterios propuestos y algunas de las micro actividades podrían corresponder a otras actividades o incluso componentes; por ejemplo, c) y d) en el párrafo anterior podrían ser parte de la “definición del estándar nacional”. Lo importante es que las componentes y actividades tengan coherencia lógica y logística; no

⁵⁵ Tal como muestra la evidencia, son actualmente los procedimientos más seguros y ambulatorios si no hay complicaciones. Si bien lo ideal es que ambos estén disponibles para que la mujer pueda elegir, uno es un estándar mínimo suficiente, de ahí el uso del conector “o” en lugar de “y”; así, un establecimiento que cuenta con solo aspiración (o medicamentos) cumple esta componente, de igual forma el que dispone de ambos.

⁵⁶ Lo que no implica que todas las atenciones deban completarse en este nivel, sino que es la puerta de acceso. Desde luego, casos complejos pueden, incluso deben, ser atendidos en niveles secundarios o terciarios de salud.

debería haber decisiones ni tareas contradictorias ni duplicadas, porque generarían ambigüedad, conflictos e ineficiencias.

Como se puede desprender de la definición de los indicadores, todos son relevantes a la política de aborto en sus distintas etapas; desde luego, también hay etapas e indicadores que son más relevantes al entenderla como una política de salud que garantiza derechos humanos a las mujeres y por cómo la política se ha planteado.

Por ejemplo, dado que la discusión en torno a la política de aborto en Chile no se ha dado principalmente con criterios económicos, en consecuencia, la atención en su monitoreo y evaluación tampoco está puesta en cuánto cuesta. Por otro lado, ya que los antecedentes presentados por *WHO* indican que la provisión de los servicios de aborto seguro es marginal en comparación con los costos de operación rutinarios de los centros y servicios de salud e incluso menos costosa que la provisión de cuidados para el tratamiento del aborto inseguro (World Health Organization, Department of Reproductive Health and Research, 2012), no se sugiere que el monitoreo y la evaluación de la política de aborto se centren en su costo. De hecho, si la política, especialmente en sus actividades rutinarias, está diseñada eficientemente, debería cumplir con integrarse a los centros de salud sin suponer grandes costos⁵⁷. En caso de que la política esté asociada a una gran inversión inicial, por ejemplo, por no haber suficientes instalaciones hospitalarias, esta no es en estricto rigor contable un costo, ni será frecuente, por lo que no debería influir el monitoreo rutinario de la política. Por estas razones, los indicadores económicos serán en general menos relevantes en las políticas de aborto, tal como muestra la evidencia internacional y será expuesto más adelante.

De forma similar, se ha planteado que medir el impacto de los servicios de aborto es difícil, precisamente porque contribuyen a objetivos superiores y multicausales, sobre los que incluso no hay consenso (algunos plantean salud pública, derechos humanos o libertad y, algunos todos los anteriores o ninguno). Por esta razón, se sugiere no evaluar, ni menos intentar justificar o no justificar la política de aborto en base a indicadores de impacto. Asimismo, no se sugiere invertir recursos en generar indicadores de impacto de forma prioritaria, puesto que son difíciles y costosos de construir y estimar, además de difícilmente contribuir al mejoramiento de la política pública. Desde el punto de vista de ingeniería industrial, se privilegian los indicadores relevantes para el mejoramiento continuo y estratégico, es decir, los orientados a actividades y componentes, por sobre los de resultados, siendo los de impacto los menos relevantes.

⁵⁷ En caso de que la política esté asociada a una gran inversión inicial, por ejemplo, por no haber suficientes instalaciones hospitalarias, esta no es en estricto rigor contable un costo, ni será frecuente, por lo que no debería influir el monitoreo rutinario de la política.

La evaluación en base a los indicadores de resultados es, sin duda, importante para señalar direcciones estratégicas, pero se reorienta el foco a los indicadores de componentes y actividades porque es la operación cotidiana y basal la que conduce (construye) al logro de objetivos estratégicos. Esto debe ser tenido en consideración especialmente por las autoridades gubernamentales, los hacedores de política pública y los administradores o tomadores de decisión en los servicios de salud. Para MILES Chile son de poca relevancia porque en la cotidianeidad y en el diseño se sitúan fuera de la política pública y, en general, fuera del espacio de poder y toma de decisiones. Por último, si MILES quiere contrastar la situación de Chile versus un estándar internacional que pudiera ser considerado como deseado (objetivo estratégico), los indicadores de resultado son útiles para medir cómo avanza Chile hacia esa posición deseada.

Ya que se trata de una política que se concreta principalmente a través de la atención en salud, se propone que los indicadores más utilizados sean los de eficacia y calidad.

METODOLOGÍA

Este trabajo se basa en la metodología *design thinking*, con revisión bibliográfica de la evidencia nacional e internacional sobre el aborto como política pública, el estudio de la política pública asociada a la Ley 21.030 que despenaliza la interrupción voluntaria del embarazo en tres causales y entrevistas con expertas chilenas.

La revisión bibliográfica se realiza en portales especializados, principalmente Google Scholar y la Biblioteca Digital de la Universidad de Chile⁵⁸; y, también, en el buscador Google. Las principales búsquedas son “aborto política pública”, “*abortion public policy*”, “*abortion policy*”, “aborto indicadores”, “*abortion indicators*”, “aborto proceso” y “*abortion process*”; se consultan los resultados en inglés y en español.

De la búsqueda resultan múltiples documentos que abordan el aborto en relación con al menos una de las siguientes aristas: política pública, salud pública, calidad, atención post aborto. Gran parte de estos están vinculados con *World Health Organization*, ya sea como publicador o porque alguna de las autoras es parte de esta organización.

⁵⁸ www.bibliotecadigital.uchile.cl

Para cada uno de los textos consultados se construye una matriz que agrupa los elementos que aparecen relevantes de medir y se relacionan con los aspectos pertinentes a la ingeniería industrial: procesos, calidad, gestión, sistemas de información, resultados de procesos, acceso e impacto. Asimismo, en la literatura aparece también descrita la influencia jerárquica que suele tener la ley sobre los procedimientos que se realizan. A partir de esta matriz comparativa y su análisis con las herramientas de ingeniería industrial se elaboran seis dimensiones y un correlato que las articula con el propósito de absorber y reflejar la complejidad de los distintos elementos relevantes y medibles en la existencia y, especialmente, en la implementación de una política pública de aborto.

Tras el análisis de la literatura general, se estudian, en particular, el aborto en Suecia, por permitirlo a petición en uno de los plazos más extensos —hasta las 18 semanas de gestación— y; Canadá, por no tener el aborto regulado por ley, sino como una prestación de salud estándar. Para ambos países se inspeccionan los elementos que aparecieron como relevantes, con énfasis en la información disponible y conocimiento de las mujeres, accesibilidad en cuanto a infraestructura, su distribución geográfica y costos. En general, ambos países son coherentes con lo ya encontrado y no se encuentran elementos disruptivos ni que contradigan los hallazgos anteriores.

El estudio del aborto en Chile se hace usando los mismos portales —Google Scholar, Biblioteca Digital de la Universidad de Chile y Google— con los términos de búsqueda “aborto Chile”, “*abortion* Chile”, “aborto política pública Chile”, “*abortion policy* Chile”, “aborto salud pública Chile”, “*abortion public health* Chile” y con los documentos oficiales asociados a la Ley 21.030.

Revisión documentos oficiales

Para comenzar, se buscó información sobre la cantidad de causales que se esperaba que se constituyeran (diferenciadas por causal), para hacer una medición simple entre lo que esperaba lograr el programa y lo logrado. Esta información se encontró en la Biblioteca del Congreso Nacional, en un informe de la Comisión de Salud durante el Segundo Trámite Constitucional. De él se tomaron las estimaciones hechas por quienes se refirieron a las tres causales, a partir de las que se elaboró el promedio anual esperado, que luego fue contrastado con las causales constituidas entre los años 2018 y 2020.

Se revisan con énfasis en los aspectos relacionados a la ingeniería industrial (diseño de procesos, desarrollo organizacional, sistemas de información, y aprendizaje continuo) los principales documentos oficiales de la política de aborto:

- Ley 21.030
- 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

- Orientaciones técnicas: Acogida y acompañamiento psicosocial en el marco de la ley 21.030, que despenaliza la interrupción voluntaria del embarazo en tres causales
- Información oferta intersectorial que se debe entregar a cada mujer en Ley 21.030

La revisión de los documentos se hace con énfasis en identificar los objetivos planteados en cada uno de ellos —ya sea para el programa en general o alguna prestación específica— y los estándares de calidad definidos —explícitamente o mencionados como características— para la atención de aborto⁵⁹.

Para conocer los objetivos, procedimientos, protocolos y otras definiciones concretas —no médicas— sobre cómo debe implementarse la Ley 21.030, se hace una revisión exhaustiva de la Norma Técnica Nacional y de las Orientaciones Técnicas. De esta revisión surgen 153 preguntas que se desprenden de distintos aspectos que no quedan descritos con claridad⁶⁰ y que son potenciales obstáculos durante la implementación o en el mediano plazo; referidos, principalmente, a qué se hace, quién lo hace y cómo se registra.

Dado que la implementación es algo que sucede en cada centro de salud que ofrece servicios IVE⁶¹ —principalmente hospitales de nivel secundario con unidades de alto riesgo obstétrico—, se sugiere hacer la evaluación centrada estos.

Otros niveles de atención también son relevantes de monitorear, especialmente la atención primaria, puesto que es la puerta de entrada que debe derivar al segundo nivel de atención. En general, son pocas las mujeres que ingresan directamente a ARO, por lo que, si los profesionales en el nivel de atención primaria no están conscientes y ejecutando sus responsabilidades como primer punto de contacto de la atención IVE, están siendo potencialmente una barrera de acceso antes que una puerta de entrada.

Bajo esas consideraciones, se organizan las 153 preguntas en 6 cuestionarios destinados a los principales actores involucrados en la prestación de servicios IVE, diseñados para ser aplicados en un formato de estudio de caso (o similar), que contemple interacción directa con los profesionales IVE, con las usuarias si acceden y observación general de las dinámicas y procedimientos no personales ni confidenciales. Algunas

⁵⁹ En adelante, cuando se hable de atención de aborto en el contexto de la Ley 21.030 se refiere solo a las causales reguladas; de igual forma la atención post aborto, a menos que se indique lo contrario.

⁶⁰ Como enunciaciones superficiales, aspectos omitidos y también cosas muy específicas.

⁶¹ En un sentido que no considera “servicio IVE” la derivación correspondiente entre el nivel primario y secundario.

preguntas se repiten entre cuestionarios y otras se refieren a información que, de obtenerse de otras fuentes o una vez, no es necesario repetir; además, se incluyen también preguntas inspiradas en otros estudios y de perfil sociodemográfico. Más información sobre los instrumentos elaborados se puede consultar en los anexos N, O, P, Q, R, S Y T.

Adicionalmente, se consultan reglamentos y protocolos IVE propios de algunos centros de salud disponibles vía Transparencia⁶²; así como el acta de algunas de las sesiones de discusión que hubo en cámara antes de la aprobación del proyecto.

Se plantea un marco propio propositivo de los aspectos relevantes de monitorear, relacionados con los resultados de monitoreo de las OSC, desde una perspectiva de ingeniería industrial: diseño de procesos, desarrollo organizacional, sistemas de información, y aprendizaje continuo, para la política pública de aborto asociada a la Ley 21.030.

Entrevistas

Se entrevistó a la académica chilena Pamela Eguiguren, vía Zoom, en octubre de 2020, con un cuestionario semi estructurado que se encuentra disponible en el anexo U y cuyos resultados se resumen en el anexo V. También se entrevistó a Alejandra Núñez, Psicóloga del área de Desarrollo Organizacional del Servicio de Salud Metropolitano Sur Oriente, vía Zoom, en octubre de 2020, quien aportó aspectos organizacionales relevantes sobre la red de atención y las figuras IVE, principalmente usados para la estructuración de cuestionarios del estudio de caso. Por último, se agendaron y realizaron reuniones de validación de las dimensiones e indicadores propuestos, con profesionales médicos y no médicos de la red de salud y/o prestaciones ginecobstétricas.

Solicitudes vía Transparencia

Ante la falta de información oficial de carácter público, se hicieron 4 tipo de solicitudes vía Transparencia. La primera tiene que ver con información sobre las causales constituidas en cada uno de los 16 hospitales de la región metropolitana⁶³; las respuestas obtenidas variaron en formato y completitud de los datos. Algunos hospitales entregaron más información de la solicitada, otros no contestaron, otros denegaron la información por ser muy costosa de conseguir y; algunos de los hospitales sin Alto Riesgo Obstétrico

⁶² www.portaltransparencia.cl

⁶³ Hospital del Salvador, Hospital Luis Calvo Mackenna, Hospital Roberto del Río, Hospital Luis Tisné, Hospital Barros Luco, Hospital de Melipilla, Hospital Exequiel González, Hospital San Borja Arriarán, Hospital San José, Hospital Félix Bulnes, Hospital San Juan de Dios, Hospital El Carmen Dr. Luis Valentín Ferrada, Hospital Sótero del Río, Hospital El Pino, Hospital Urgencia Asistencia Pública (HUAP), Hospital Padre Hurtado (nombres como aparecen en Portal Transparencia).

(ARO) informaron sus protocolos de derivación y otros reportaron no ofrecer servicios de atención IVE. En el anexo W se encuentra la solicitud hecha. Con las respuestas de los hospitales se construyó una base de datos consolidada para hacer análisis exploratorio de datos, como muestra la tabla 6. Sin embargo, con la liberación de la base de datos en el portal del DEIS se dio preferencia a esta por estar completa, quedando sin uso el consolidado construido.

Hospita	Año	Mes	Causal	Interru	Edad	Semana	Acompi	Comuni	Instituci	Derivad	Centro	Nacion	Motivo	Metodc	Coment	ps adicionales
Melipilla	2019	3	1	0	30 16+6			1 Melipilla	no		1 Hospital	San Juan de Dios				
Melipilla	2019	6	3	1	27 6			1 Melipilla	no		0 no					
Melipilla	2019	6	2	1	29 24+5			0 Melipilla	no		0 no					
Melipilla	2019	9	1	1	34 16+5			0 Melipilla	no		0 no					
Melipilla	2020	6	3	1	12 6			1 Melipilla	no		0 no					
El Carmen	2018	3	3	1	26 11+0			1 Maipu	Hospital El		0 Fiscalia					
El Carmen	2018	2	1	1	32 11+5			1 Maipu	Hospital El		0 No corresponde					
El Carmen	2018	3	1	1	28 15+0			1 Maipu	Hospital El		0 No corresponde					
El Carmen	2017	12	2	1	24 27+3			1 Maipu	Hospital El		1 APS					
El Carmen	2018	4	1	1	31 20+1			1 Cerrillos	Hospital El		0 No corresponde					
El Carmen	2018	4	2	1	33 15+0			1 Maipu	Hospital El		0 No corresponde					
El Carmen	2018	6	2	1	43 15+3			1 Maipu	Hospital El		0 No corresponde					
El Carmen	2018	6	1	1	35 8+3			1 Maipu	Hospital El		0 No corresponde					
El Carmen	2018	6	2	1	23 11+4			1 Maipu	Hospital El		0 No corresponde					
El Carmen	2018	6	2	1	22 22+0			1 Maipu	Hospital El		0 APS					
El Carmen	2018	8	2	1	36 28+1			1 Maipu	Hospital El		0 No corresponde					
El Carmen	2018	8	2	1	18 10+4			1 Maipu	Hospital El		0 APS					
El Carmen	2018	7	2	0	25 28+1			1 Maipu	Hospital El		0 No corresponde					
El Carmen	2018	10	2	1	25 21+0			1 La Reina	Hospital El		0 No corresponde					
El Carmen	2018	10	2	1	36 13+3			1 Maipu	Hospital El		1 APS					
El Carmen	2018	11	2	1	32 15+1			1 Maipu	Hospital El		1 APS					
El Carmen	2018	11	2	1	34 19+2			1 Maipu	Hospital El		0 No corresponde					
El Carmen	2018	11	3	1	16 5+0			1 Maipu	Hospital El		0 No corresponde					
El Carmen	2018	1	2	1	15 14+5			1 Maipu	Hospital El		0 APS					
El Carmen	2019	1	2	1	31 18+6			1 Maipu	Hospital El		0 APS					
El Carmen	2019	3	2	1	39 28+4			1 Maipu	Hospital El		1 Clinica Buppa					
El Carmen	2019	4	2	1	31 24+7			1 Santiago	Hospital El		0 No corresponde					

Tabla 6 Base de datos consolidad de causales constituidas desde 2017 hasta 30 septiembre 2020. Elaboración propia.

A la Subsecretaría de Salud Pública se hicieron tres solicitudes:

1. Los flujogramas de proceso clínico de cada una de las causales incluidos en la Norma Técnica Nacional (páginas 51, 74 y 88) por no ser legibles en esta. No hubo respuesta.
2. Respecto a la evaluación que se menciona en la Norma Técnica Nacional se solicitaron los siguientes elementos; también sin respuesta.
 - a. Los indicadores generados para su monitoreo y seguimiento (cuáles son y a qué corresponden).
 - b. La evaluación que se ha hecho usando los indicadores anteriores. De ser posible, la evaluación para cada hospital que existe en Chile; en su defecto, a nivel de servicio de salud, regional o nacional.
3. Métodos usados para practicar las interrupciones de embarazo. Sin respuesta. La solicitud enviada se encuentra en el anexo X.

Dado que las tres solicitudes a la Subsecretaría de Salud Pública no tuvieron respuesta no es posible conocer:

- El mecanismo de evaluación de implementación de la Ley 21.030
- Los indicadores de seguimiento mencionados en la Norma Técnica Nacional

- Los métodos de interrupción usados, a ningún nivel de agregación.
- Los flujogramas que describen el proceso de atención.

Evaluación exploratoria Datos abiertos DEIS

Como fue introducido, los datos se encuentran disponibles en la página del DEIS en Minsal (<https://deis.minsal.cl/>) en las secciones:

- *Datos abiertos*: al buscar IVE es posible descargar la base de datos cuyo análisis se presenta más adelante. A enero de 2021 la base datos contiene las causales constituidas (filas) para los años 2018-2020 y es descargable en un archivo .rar que contiene un único archivo .xlsx
- *Tableros DEIS*: al buscar IVE aparece el resultado *Interrupción Voluntaria del Embarazo (IVE)* que al elegir la opción de ver lleva a la página del Tableau Público donde hay vistas preconfiguradas —por ejemplo, causales constituidas, decisión de interrupción, programa de acompañamiento— con los mismos datos que contiene la base de datos y filtrables por causal, región, edad de la mujer, previsión de salud, entre otros.

Se realiza un análisis exploratorio de la base de datos, centrado en cada variable presentada y en busca de datos faltantes (*missing data*). Asimismo, se revisa la existencia de *outliers* y de datos incorrectos (por ejemplo, edad de la mujer o gestacional mayor a 100), los que no se encuentran.

La base de datos consta de 2009 filas de datos más la fila título o nombre de las variables y está organizada de tal forma que cada fila es una causal constituida, para las que se reportan las siguientes 76 columnas o variables:

- | | |
|--|--|
| • <i>id</i> : identificador único de la causal constituida | • <i>Región de residencia de la mujer</i> |
| • <i>causal</i> | • <i>comuna de residencia</i> |
| • <i>mes de concurrencia</i> | • <i>nivel de atención del primer contacto con sistema de salud</i> |
| • <i>año concurrencia</i> | • <i>fecha de concurrencia</i> |
| • <i>nacionalidad</i> | • <i>edad gestacional concurrencia</i> |
| • <i>país de origen</i> | • <i>decisión de la mujer sobre su embarazo</i> |
| • <i>edad de la mujer</i> | • <i>complicaciones post-IVE</i> |
| • <i>previsión de salud</i> | • <i>decisión sobre acompañamiento psicosocial</i> |
| • <i>pueblo originario</i> | • <i>psicologo1, ..., psicologo10</i> : 10 columnas para indicar si la mujer |
| • <i>Servicio de Salud o SEREMI</i> | |
| • <i>establecimiento</i> | |
| • <i>tipo de establecimiento</i> | |

- asistió a cada una de las sesiones a que tenía derecho.
- *asist social 1, ..., asist social10*: 10 columnas para indicar si la mujer recibió o asistió a cada una de las instancias que tenía derecho.
 - *dupla 1, dupla consulta fecha 2, ..., dupla consulta fecha 10*: 10 columnas para indicar si la mujer recibió o asistió a cada una de las instancias que tenía derecho.
 - *psiquiatra1, ..., psiquiatra10*: 10 columnas para indicar si la mujer asistió a cada una de las instancias que tenía derecho.
 - *visita1, ..., visita10*: 10 columnas para indicar si la mujer recibió cada una de las instancias a que tenía derecho.
 - *n° consultas con psicólogo*: suma de las 10 columnas correspondientes a sesiones con psicólogo.
 - *n° consultas con asistente social*: suma de las 10 columnas correspondientes a sesiones con asistente social.
 - *n° consultas con dupla*: suma de las 10 columnas correspondientes a sesiones con asistente dupla.
 - *n° consultas con psiquiatra*: suma de las 10 columnas correspondientes a sesiones con asistente psiquiatra.
 - *n° visitas domiciliarias*: suma de las 10 columnas correspondientes a sesiones de visita.
 - *total de consultas de acompañamiento*: suma de *n° consultas con psicólogo*, *n° consultas con asistente social*, *n° consultas con dupla*, *n° consultas con psiquiatra* y *n° visitas domiciliarias*.

Al inspeccionarla, presenta las características que se resumen a continuación y se detallan en el anexo Y. De las 76 variables, 14 (*mes de concurrencia, nacionalidad, país de origen, edad de la mujer, previsión de salud, pueblo originario, establecimiento, región de residencia de la mujer, comuna de referencia, nivel de atención del primer contacto con sistema de salud, fecha de concurrencia, complicaciones post-IVE, decisión sobre acompañamiento psicosocial y edad gestacional concurrencia*) presentan datos faltantes (*missing data*) y/o están completadas con valores del tipo “sin información”, disminuyendo la real disponibilidad de datos. Los datos faltantes se encuentran en las tres causales. De ellas, solo se intervienen las que se detallan a continuación:

- Hay 30 causales constituidas con *edad de la mujer* con valor *null*
 - 13 en primera causal
 - 12 que interrumpen el embarazo
 - 1 que continúa el embarazo
 - 17 en segunda causal
 - 11 que interrumpen el embarazo
 - 6 que continúan el embarazo

Las edades *null* se completan según los datos promedio redondeados a la unidad de los subgrupos cruzados de causal y decisión de interrupción. La tabla 7 a continuación muestra los promedios; se incluyen las cifras decimales para evidenciar que la decisión continuar el embarazo en la tercera causal es el único subgrupo concentrado en adolescentes —es decir, mujeres menores de edad—⁶⁴:

EDAD PROMEDIO DE LAS MUJERES POR CAUSAL Y DECISIÓN DE INTERRUPCIÓN			
Causal	Continuar embarazo	Interrumpir embarazo	Total
Primera causal	31,92	29,99	30,30
Segunda causal	30,48	31,22	31,07
Tercera causal	17,93	23,78	23,35
Todas las causales	29,88	29,28	29,38

Tabla 7 Edad promedio por causal y decisión de interrupción. 2018-2020. Elaboración propia en base a (Ministerio de Salud)

- Hay 41 causales constituidas con *edad gestacional concurrencia* en *null*
 - 32 en primera causal
 - 27 interrumpen el embarazo
 - 5 continúan el embarazo
 - 9 en segunda causal
 - 7 interrumpen el embarazo
 - 2 continúan el embarazo

En razón de lo anterior, todas las edades gestacionales *null* serán reemplazadas numéricamente con el promedio de su causal y decisión de interrumpir o continuar; y para efectos de terminología, todas las causales constituidas con *edad gestacional null* y decisión de interrumpir el embarazo serán consideradas abortos (es decir, como si hubiesen ocurrido hasta la semana 22 incluida). Desde luego, no hay datos faltantes en la edad gestacional de la tercera causal ya que es requisito para constituirla. La tabla 8 resume *edad gestacional concurrencia* promedio:

EDAD GESTACIONAL PROMEDIO			
Causal	Continuar el embarazo	Interrumpir el embarazo	Total
Primera	18,24	19,20	19,05
Segunda	24,27	18,97	20,06
Tercera	9,15	7,60	7,71

⁶⁴ No hay datos de edad faltantes en tercera causal, por lo que tampoco hay reemplazos.

Todas	21,24	16,67	17,43
--------------	-------	-------	-------

Tabla 8 Edad gestacional promedio por causal y decisión de interrupción, 2018- 2020. Elaboración propia en base a DEIS.

Entre otras modificaciones, se agregan las siguientes columnas:

- *missingdata*: señala si la fila fue modificada al completar sus datos faltantes. Se completó con una sigla (EG para edad gestacional; E para edad de la mujer) o 1 para indicar que fue modificada; 0 o sin completar para las que no.
- *Int*: vale 1 si la decisión fue interrumpir el embarazo, o si continuar el embarazo. Recodificación de información original.
- *Ab22*: vale 1 si la edad gestacional es hasta 22 semanas y la decisión fue interrumpir el embarazo, las interrupciones que serán consideradas aborto; 0 si no.
- *Adol*: vale 1 si la mujer es adolescente, es decir, tiene hasta 19 años.
- *2k1819*: vale 1 si la causal fue constituida el año 2018 o 2019. Recodificación para el cálculo de promedios de lo más parecido a un año representativo (justificación en la siguiente sección).
- *Region*: recodificación en números romanos, RM o S/I de la región de residencia de la mujer.

Al constatar que tanto la literatura global como nacional ponen relevo en aspectos similares pero no exhaustivos al aborto como proceso, se procede a evaluar la pertinencia de los indicadores, en particular para el caso de Chile. Se proponen indicadores para Chile en su situación actual y recomendaciones generales en torno al aborto como política pública e indicadores.

En principio, este trabajo pretendía ser una evaluación de implementación realizada a través de estudio de caso. Debido a las condiciones de trabajo, sanitarias y la ocupación de la red hospitalaria por la pandemia, el trabajo tuvo que ser reorientado al ya descrito. Parte del trabajo realizado pensando en el formato estudio de caso fue adaptado para esta modalidad; especialmente la revisión exhaustiva de los reglamentos de implementación y la elaboración de instrumentos de evaluación. Asimismo, parte importante del marco teórico relevante para evaluar el aborto también lo es para definir y proponer indicadores.

RESULTADOS

El aborto como política pública

Concebido en la complejidad que ha sido planteada hasta ahora, el aborto es un procedimiento médico simple y eficiente, que practicado de forma insegura tiene costos físicos, emocionales y económicos para las mujeres. La práctica insegura y clandestina puede tener consecuencias de salud graves, incluso mortales, para las mujeres, por lo que ha sido un problema de salud pública, siendo la recomendación general a los estados asegurar no solo la despenalización del aborto, sino también que los servicios de salud sean accesibles y oportunos, entregados de tal forma que la mujer consienta informadamente, a la vez que se respeta su dignidad, se garantice su confidencialidad y la atención sea sensible a sus necesidades y perspectivas; la que ha sido adoptada por gran parte de los países en el mundo —especialmente los desarrollados— como parte de sus políticas públicas de salud. En cuanto a derechos humanos, el aborto corresponde al derecho a la vida, a la salud y a lo sexual y reproductivo de las mujeres. Este trabajo se desarrolla sobre esta noción de aborto e interrupción del embarazo, intenta abordarlo en su complejidad y no sobre las posturas individuales que cada mujer o persona pueda tener frente el aborto y le conduzcan a tomar una decisión personal.

Evaluación exploratoria para Chile

Causales proyectadas y constituidas

En la sesión llevada a cabo el 13 de septiembre de 2016, en un informe de la Comisión de Salud durante el Segundo Trámite Constitucional en el Senado, se presentaron distintas estimaciones sobre la cantidad de abortos que se practicarían anualmente —en realidad, de todos los casos que calificarían para aborto en tres causales, sin inferir qué porcentaje de mujeres elegiría interrumpir— y se hizo énfasis en que, si bien se trata de un problema sanitario, las causales reguladas representan un pequeño porcentaje del total de embarazos al año, por lo que por sobre ser un problema sanitario, se trata de la autonomía y los derechos de las mujeres en las situaciones límite en discusión (Congreso Nacional de Chile).

En la sesión participaron autoridades ministeriales, representantes de la Sociedad Chilena de Obstetricia y Ginecología y de la Sociedad Chilena de Pediatría; del Colegio Médico de Chile y del Colegio de Matronas y Matrones de Chile; autoridades y académicos de universidades chilenas; profesionales médicos;

representantes de organizaciones de la sociedad civil y políticos. Todos ellos presentaron argumentos y antecedentes para la despenalización del aborto en tres causales. A continuación, la tabla 9 resume las estimaciones hechas por quienes se refirieron a las tres causales⁶⁵.

ESTIMACIÓN DE CONSTITUCIÓN DE CAUSALES - COMISIÓN DE SALUD					
	Carmen Castillo	Omar Nazzari	Ramiro Molina	Pablo Lavín	
Causal	Ministra de Salud	SOCHOG	Académico	Gineco–obstetra	PROMEDIO
Primera	50	50 – 60	61	41	52
Segunda	577	500 – 800	304 – 543	500	538
Tercera	2000	500 – 1500	518 – 1035	200	994
TOTAL	2627	1050 – 2360	883 – 1639	741	1584

Tabla 9 Estimaciones de constitución de causal. Elaboración propia en base a Informe Comisión de Salud, Segundo Trámite Constitucional, 2016 (Congreso Nacional de Chile).

Respecto a la tabla:

- Las estimaciones para la primera causal son las más consistentes entre sí, ya que se basaron en las muertes maternas de años anteriores.
- La segunda causal también es estable, alrededor de los 500 casos anuales.
- Finalmente, la tercera causal tiene las estimaciones con mayor variabilidad. Esto se explica porque al no haber estadísticas oficiales integradas sobre violación en Chile, las estimaciones combinan los siguientes supuestos (Congreso Nacional de Chile):
 - el 10% de las violaciones producen embarazos;
 - el 10% de las víctimas denuncia;
 - Carabineros registra entre 2.000 y 4.000 denuncias por violación anuales;
 - en Chile ocurren 17 violaciones a diario.

Cabe destacar que la causal violación no exige que la víctima haya denunciado, por lo que la cantidad de causales constituidas no se relaciona necesariamente con lo que registra Carabineros.

La forma de acceder a información más detallada sobre las causales constituidas es a través de la Ley de Transparencia⁶⁶. Corporación Miles compartió su consolidado de datos para los años 2017, 2018 y 2019, a los que han accedido de

⁶⁵ Es decir, se omiten quienes presentaron una estimación para solo una o dos de las causales.

⁶⁶ Antes de la publicación de los tableros.

esta forma. Combinados con los últimos reportes trimestrales, las causales constituidas hasta el año 2020 se muestran en la tabla 10.

CAUSALES CONSTITUIDAS DESDE 2017 HASTA 2020					
	sept – dic			ene – sept	
Causal	2017	2018	2019	2020	Total
Primera	1	262	267	113	643
Segunda	20	346	414	237	1017
Tercera	14	124	137	109	384
TOTAL	35	732	818	459	2044

Tabla 10 Causales constituidas desde el 2017. Elaboración propia.

Al contrastar las estadísticas IVE anuales de los años 2018 y 2019 con las proyecciones presentadas por la Comisión de Salud en el Senado se observa que:

- En la primera causal, la demanda fue subestimada —52 casos anuales en promedio—, aunque esto no sorprende, ya que la muerte materna es el fin último al que no todos los embarazos de riesgo vital llegan. Tal vez se podría haber obtenido una mejor estimación si se hubiesen usado los diagnósticos de alto riesgo, que es como se constituye la causal.
- En la segunda causal se han constituido menos casos de los proyectados —538 casos anuales en promedio—. Esto llama la atención porque la proyección se hizo en base a los diagnósticos registrados en años anteriores que hubiesen constituido causal.
- Finalmente, la tercera causal es la que más se dista en cuanto a estimaciones —994 casos anuales en promedio— y en ambos años, 2018 y 2019, las causales constituidas son menores a incluso la proyección más baja.

En resumen:

CAUSALES CONSTITUIDAS 2019 VS ESTIMADAS			
Causales	Estimadas⁶⁷	Casos 2019	Constituidas vs. Estimadas
Primera	52	267	513%
Segunda	538	414	77%
Tercera	994	137	14%
Total	1584	818	52%

⁶⁷ Se considera el promedio de las estimaciones presentadas en la tabla 7.

La tabla 11 se puede interpretar como el grado de cumplimiento simple que tiene la Ley 21.030. La amplia diferencia en el porcentaje de logro de los resultados esperados por causal hace que se analicen y evalúen por separado. A partir de la tabla se juzga que la segunda y, especialmente, la tercera causal, tienen un grado de cumplimiento problemático, por lo que es necesario indagar en qué mujeres están accediendo a cada una de las causales, dónde y cómo; asimismo, cuáles son las barreras propias de cada causal.

Implementación normativa

De la Norma Técnica Nacional y las Orientaciones Técnicas se desprende que los elementos con una definición inconclusa, potenciales pérdidas de información e irregularidades son:

- El mecanismo de constitución de causal, en cuanto depende de diagnósticos médicos (causales 1 y 2) y criterios de médicos sobre la plausibilidad de violación (causal 3). Esto además antepone el juicio médico a la autonomía de las mujeres.
- La definición y aplicación que cada centro de salud hace sobre protocolos de atención, de derivación y de evaluación diagnóstica para la confirmación de causales.
- El registro y tratamiento que se hace de los datos obtenidos, especialmente los diagnósticos que bajo la categoría “Otros” constituyen causales 1 y 2.
- La planificación y el desarrollo del programa de acompañamiento psicosocial.
- Los mecanismos de evaluación y mejoramiento de la IVE.

Análisis exploratorio de causales constituidas

Se procede a hacer un análisis exploratorio de las causales constituidas usando las siguientes 19 variables:

- *Año de concurrencia*, porque el monitoreo y evaluación se propone por períodos anuales.
- *Causal*, ya que al tener distintos requisitos y procedimientos se considera relevantes tratarlas por separado, para todos los efectos.

- *Edad de la mujer, país de origen, previsión de salud y región de residencia*, como parámetros de caracterización de las pacientes⁶⁸.
- *Decisión de interrupción, complicaciones post IVE, decisión sobre acompañamiento, edad gestacional de concurrencia y total de consultas de acompañamiento* como resultados de acceso⁶⁹ a la Ley 21.030.
- *Número de consultas con psicólogo, asistente social, dupla, psiquiatra y visitas domiciliarias* como prestaciones entregadas.
- *Servicio de salud o seremi y tipo de establecimiento* como infraestructura en la que se desarrollan las prestaciones
- *Nivel de atención del primer contacto* como puerta de entrada.

Respecto al período de referencia, si bien se recomienda que el período de seguimiento y análisis sea anual (01 enero – 31 diciembre), cabe destacar que los tres años completos que lleva en vigencia la Ley 21.030 han sido particulares. El año 2018 corresponde al primer año en vigencia de la Ley, por lo que es de esperar que esta fuera menos conocida e incluso los mismos equipos en los centros de salud estuvieran adaptándose a esta nueva prestación. Luego, el 2019 fue un año bastante regular hasta el 18 de octubre, cuando la revuelta popular conocida como *Estallido Social* alteró el funcionamiento de todos los servicios del país, incluidos los hospitales y medios de transporte, que son fundamentales para el acceso a las prestaciones IVE. Por último, los primeros meses del año 2020 siguieron influidos, aunque en menor medida por la revuelta popular, mientras desde marzo la pandemia asociada al COVID-19 impactó directamente en los sistemas de salud, tanto en el nivel a lo que se destinaron sus recursos como en el acceso a estos por parte de la población. En ese sentido, ningún año refleja la aplicación de la Ley en condiciones estándares. Sin embargo, tal como se puede apreciar en la *Tabla 10 Causales constituidas desde el 2017* los años 2018 y 2019 fueron similares entre sí; por lo que, para efectos representativos, en este trabajo se considerarán principalmente esos dos años, a menos que se indique lo contrario. También se sugiere tomar estos como niveles de referencia de lo que esperar ante un eventual retorno a la *normalidad* en la medida en que los efectos de la pandemia se vayan controlando.

En la figura 2, el gráfico ilustra el porcentaje y la cantidad de causales constituidas por edad de la mujer. En él se observa, que tal como señala la Ley, todas las causales constituidas en las niñas de menores de 14 años, son violación (tercera causal); llama la atención también, que todas las causales de las niñas de 14 años son violación. Asimismo, se observa que en las mujeres de mayor edad se concentra la segunda causal, inviabilidad fetal. La lectura del gráfico es: en las mujeres de 23 años

⁶⁸ Aunque no todas interrumpen, todas ingresan a la atención para constituir la causal.

⁶⁹ Y las definidas *Ab22, Int, Adol, 2k1819* como codificadores de resultados.

(eje x), se constituyeron 21 primera causal, cerca del 30% del total para esa edad; 38 segunda causal, casi el 50% del total en esa edad y; 17 tercera causal, un poco más del 20% del total.

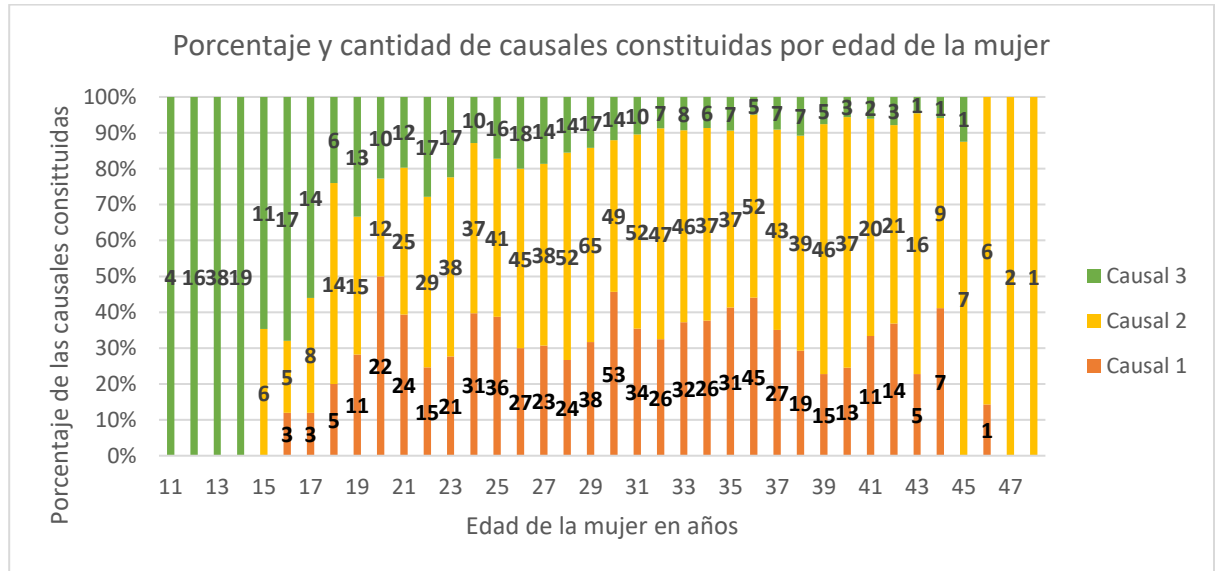


Figura 2 Porcentaje y cantidad de causales constituidas por edad de la mujer. 2018-2020. Elaboración propia.

A continuación, sobre la misma estructura, el gráfico de la figura 3 muestra en lugar de la cantidad de casos constituidos, la edad gestacional promedio por causal:

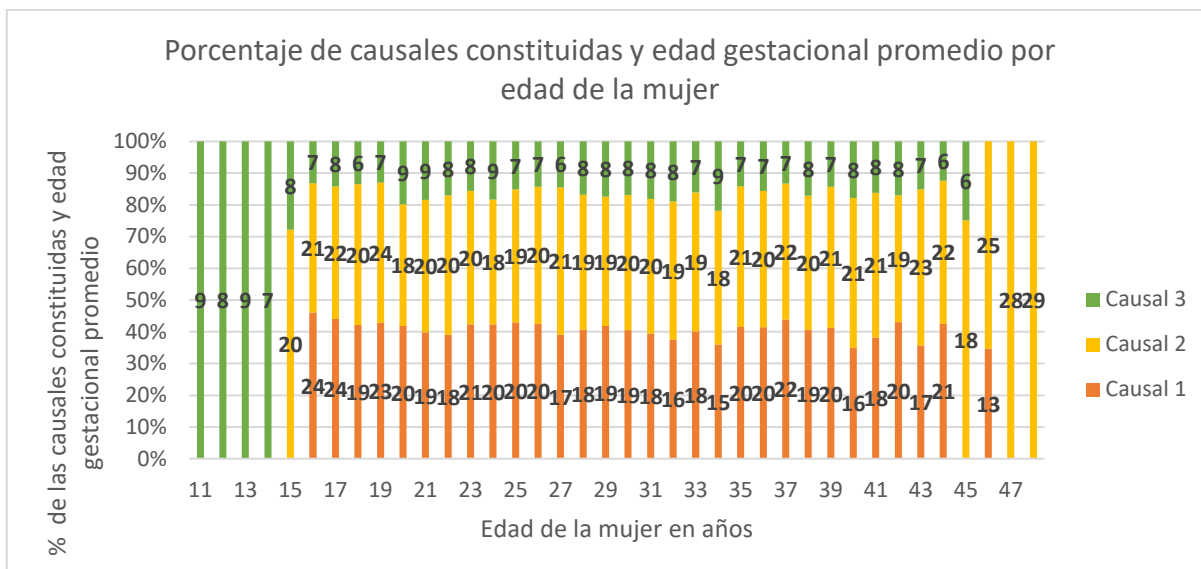


Figura 3 Porcentaje de causales constituidas y edad gestacional promedio por edad de la mujer. 2018-2020. Elaboración propia.

Así, siguiendo con la mujer de 23 años, la edad gestacional promedio de constitución de primera causal es 21 semanas, de segunda causal es 20 semanas y, de tercera causal es 8 semanas.

En el gráfico de la figura 4 se observa que la tercera causal, en las mujeres de todas las edades, se constituye antes de la semana 10 de gestación, siendo el plazo límite 12 semanas para las adolescentes de 14 años y más; y 14 semanas para las niñas menores de 14 años. Si bien es necesario mirar la dispersión de los datos, es un promedio aceptable ya que no está al límite de la edad permitida. Esto sugiere que las mujeres no postergan hasta último minuto su decisión de interrupción y en el caso de las mujeres que no alcanzan a constituir causal habría que indagar qué hace que lleguen al centro de salud fuera de plazo.

Ahora, inspeccionando el total de 370 tercera causal que se han constituido entre 2018-2020, diferenciada por edad niñas —hasta los 13 años incluidos— y adolescentes y mujeres —desde los 14 años incluidos—, se observa claramente que varias causales (casos), aunque no la mayoría, se constituyen al límite del plazo, como se observa en el gráfico de la figura 7:

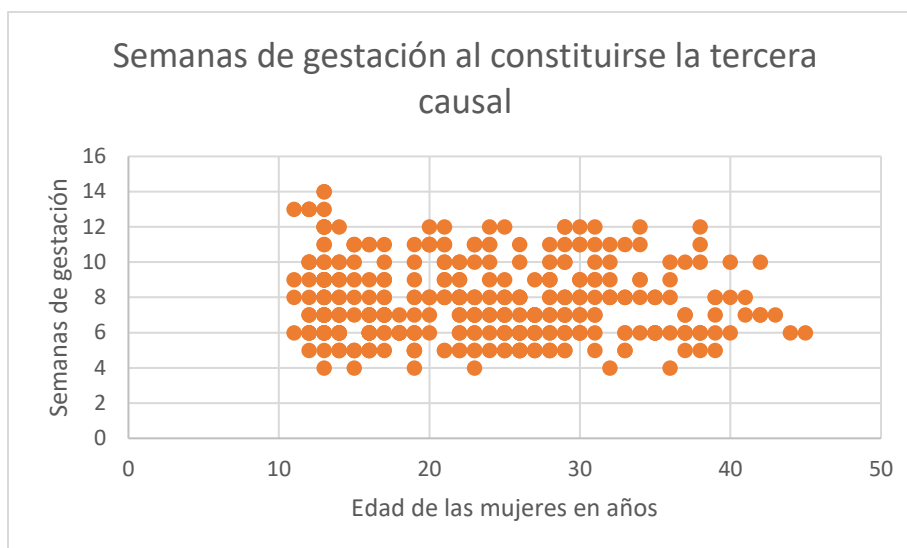


Figura 4 Semanas de gestación al constituirse la tercera causal por edad de las mujeres. Elaboración propia.

Por último, cabe destacar que todas las adolescentes de 14 años que han constituido causal lo han hecho por violación y su interrupción se ha hecho hasta la semana 12 de gestación.

Por otro lado, observando lo que pasa a lo largo del país, según la región de residencia de la mujer, la tabla 12 muestra la cantidad de causales constituidas — Casos—, la cantidad de casos en los que se eligió interrumpir el embarazo —Int.— y el porcentaje de interrupciones respecto a los casos —% Int.—, entre los años 2018 y 2020.

Región	PRIMERA CAUSAL			SEGUNDA CAUSAL			TERCERA CAUSAL			TOTAL		
	Casos	Int.	% Int.	Casos	Int.	% Int.	Casos	Int.	% Int.	Casos	Int.	%Int
I	21	21	100%	20	12	60%	8	8	100%	49	41	84%
II	26	22	85%	50	42	84%	20	19	95%	96	83	86%
III	13	8	62%	14	13	93%	15	15	100%	42	36	86%
IV	22	22	100%	35	28	80%	14	11	79%	71	61	86%
IX	24	21	88%	50	33	66%	28	25	89%	102	79	77%
RM	219	173	79%	395	334	85%	150	146	97%	764	653	85%
S/I	5	3	60%	3	3	100%	3	2	67%	11	8	73%
V	117	106	91%	97	90	93%	44	38	86%	258	234	91%
VI	23	21	91%	57	49	86%	17	17	100%	97	87	90%
VII	28	22	79%	59	28	47%	10	8	80%	97	58	60%
VIII	54	44	81%	88	58	66%	20	18	90%	162	120	74%
X	24	22	92%	50	41	82%	13	13	100%	87	76	87%

XI	5	4	80%	10	6	60%	1	0	0%	16	10	63%
XII	12	12	100%	7	5	71%	8	8	100%	27	25	93%
XIV	32	25	78%	25	20	80%	11	9	82%	68	54	79%
XV	8	7	88%	20	19	95%	5	5	100%	33	31	94%
XVI	9	8	89%	17	11	65%	3	1	33%	29	20	69%
Total	642	541	84%	997	792	79%	370	343	93%	2009	1676	83%

Tabla 12 Causales constituidas y cantidad y porcentaje de interrupciones, por causal y por región, 2018-2020. Elaboración propia.

Como se puede observar en la tabla 12, no todas las regiones tienen iguales porcentajes, ni en total ni en causales. Es fácil ver que gran parte de los causales constituidas son embarazos interrumpidos —alrededor del 80% en promedio anual a nivel nacional—, por lo que los porcentajes por sobre 80% son esperables. Asimismo, se observa que la tercera causal es la que tiene mayor proporción de interrupciones. Y así, los que llaman la atención son los 60% que aparecen en algunas causales y regiones como la tercera región en primera causal; la primera, séptima, octava, novena, decimoprimer y decimosexta región en segunda causal octava; y decimoprimer y decimosexta región en tercera causal.

Una forma de entender las bajas interrupciones en algunas zonas podría atribuirse a la cantidad de médicos objetores que obstaculizan la práctica de interrupciones y con eso frenan el acceso de las mujeres; sin embargo, esta conclusión no puede hacerse en base a la información existente; porque, por lo demás, ni siquiera se observa una relación directa entre la baja cantidad de interrupciones en segunda causal en algunas regiones con los niveles de objeción de conciencia ahí. Esta indagación queda sugerida para quienes posean más información sobre las instalaciones y los profesionales disponibles en esas regiones.

Otros aspectos relevantes en el contexto de la Ley 21.030 son la aceptación y las características del programa de acompañamiento. A continuación, la tabla 13 muestra la cantidad y el porcentaje de mujeres que han aceptado el acompañamiento respecto al total de las causales constituidas, según causal y su decisión de interrupción, entre los años 2018 y 2020.

CAUSALES CONSTITUIDAS	ACEPTA ACOMPAÑAMIENTO						
	CONTINÚA			INTERRUMPE			
CAUSAL	TOTAL	TOTAL	% TOTAL	CONT.	% CONT	INT.	%INT
Primera	642	494	77%	74	12%	420	65%
Mujeres 20+ años	620	478	77%	74	12%	404	65%
Adolescente	22	16	73%	0	0%	16	73%

Segunda	997	866	87%	180	18%	686	69%
Mujeres 20+ años	949	822	87%	165	17%	657	69%
Adolescente	48	44	92%	15	31%	29	60%
Tercera	370	337	91%	25	7%	312	84%
Mujeres 20+ años	232	212	91%	8	3%	204	88%
Adolescente	138	125	91%	17	12%	108	78%
Total	2009	1697	84%	279	4%	1418	71%

Tabla 13 Cantidad y porcentaje de aceptación del programa de acompañamiento según causal, edad y decisión de interrupción. Elaboración propia.

Por lo demás, todas las mujeres que rechazaron el programa de acompañamiento de atención psicosocial o aparecen sin información al respecto, tienen un promedio de 0 visitas, aunque una menor parte de ellas sí registra un número de total de visitas distinto de 0; esto es despreciable porque son 30 instancias versus un total de 8068 —es decir, 8038 instancias de acompañamiento están justificadas—.

Por su parte, la tabla 14 siguiente muestra la duración total promedio⁷⁰ de acompañamiento —es decir, incluyendo las sesiones con psicólogo, psiquiatra, asistente social, visitas domiciliarias y duplas—:

DURACIÓN PROMEDIO DEL PROGRAMA DE ACOMPAÑAMIENTO (EN SESIONES)			
Causal	Continúa	Interrumpe	Total
<i>Primera</i>	4,4	3,2	3,4
Mujer 20+ años	4,5	3,2	3,4
Adolescente	0,0	3,3	3,2
<i>Segunda</i>	4,7	4,1	4,2
Mujer 20+ años	4,7	4,0	4,1
Adolescente	5,1	6,2	5,8
<i>Tercera</i>	5,8	4,5	4,6
Mujer 20+ años	8,5	4,1	4,2
Adolescente	4,7	5,3	5,2

Tabla 14 Duración promedio del programa de acompañamiento (en sesiones) por causal y etapa en la vida de la mujer. Elaboración propia.

En la tabla 14 se observa que, en general, el programa de acompañamiento tiene la misma duración entre quienes continúan e interrumpen; y también entre causales, siendo lo usual la diferencia de solo una sesión. Entre adolescentes y

⁷⁰ Se incluye a las mujeres que rechazan el programa de acompañamiento y, en consecuencia, tienen duración 0 sesiones.

adultas se da la misma relación. La única gran diferencia está en que el programa de acompañamiento de las mujeres adultas que continúan un embarazo producto de violación, suele ser mucho más extenso que en los otros escenarios, más del doble.

El gráfico en la figura 5 a continuación muestra la composición promedio de los programas de acompañamiento por causal. A partir de este se desprende que las sesiones de acompañamiento están lideradas por las psicólogas (nPsic), en las tres causales, seguidas de las duplas (nDupla) en distinta proporción y luego de la asistente social (nAsist); mientras las sesiones con psiquiatra (nPsic) y las visitas domiciliarias (nVisitas) son mucho menos frecuentes.

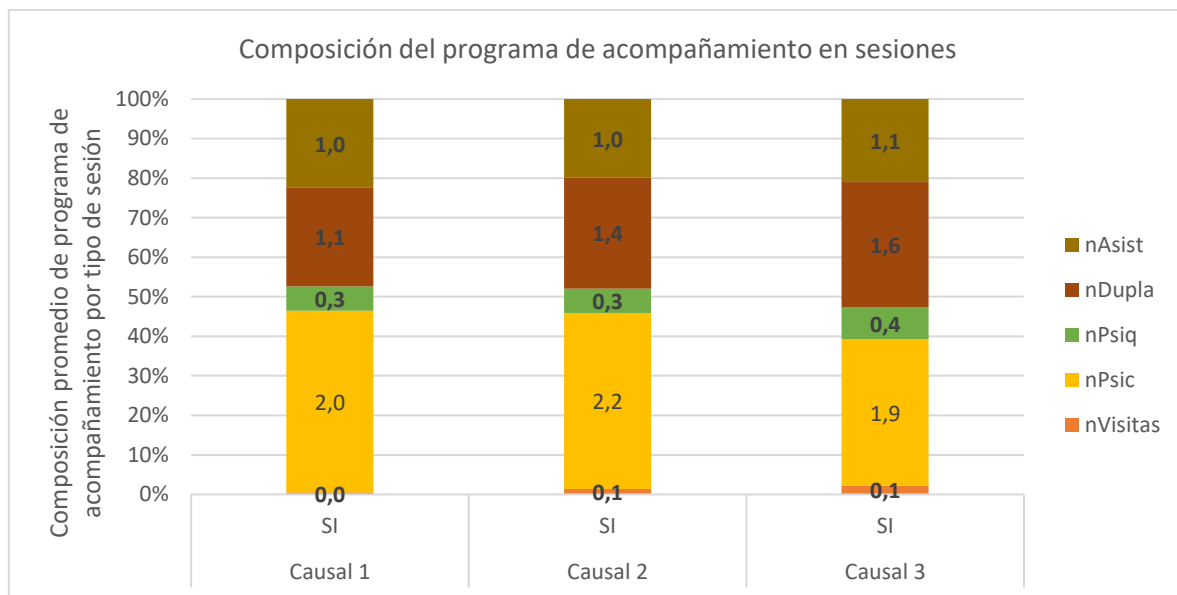


Figura 5 Composición promedio del programa de acompañamiento por tipo de sesión. Elaboración propia.

Haciendo un contraste de la duración del programa con la edad gestacional, el gráfico en la figura 6 a continuación muestra que no hay una tendencia lineal al aumento (ni a su disminución), sin embargo, sí pareciera haber una especie de ciclicidad (4 ciclos), que tienen *peaks* en las semanas de gestación 8 y 9, 21, 27 y 32 para las mujeres que continúan con el embarazo. Asimismo, el programa de acompañamiento visto de esta forma sí suele ser ligeramente más largo entre las mujeres que continúan con el embarazo; situación que solo se revierte en dos ocasiones hacia el final.

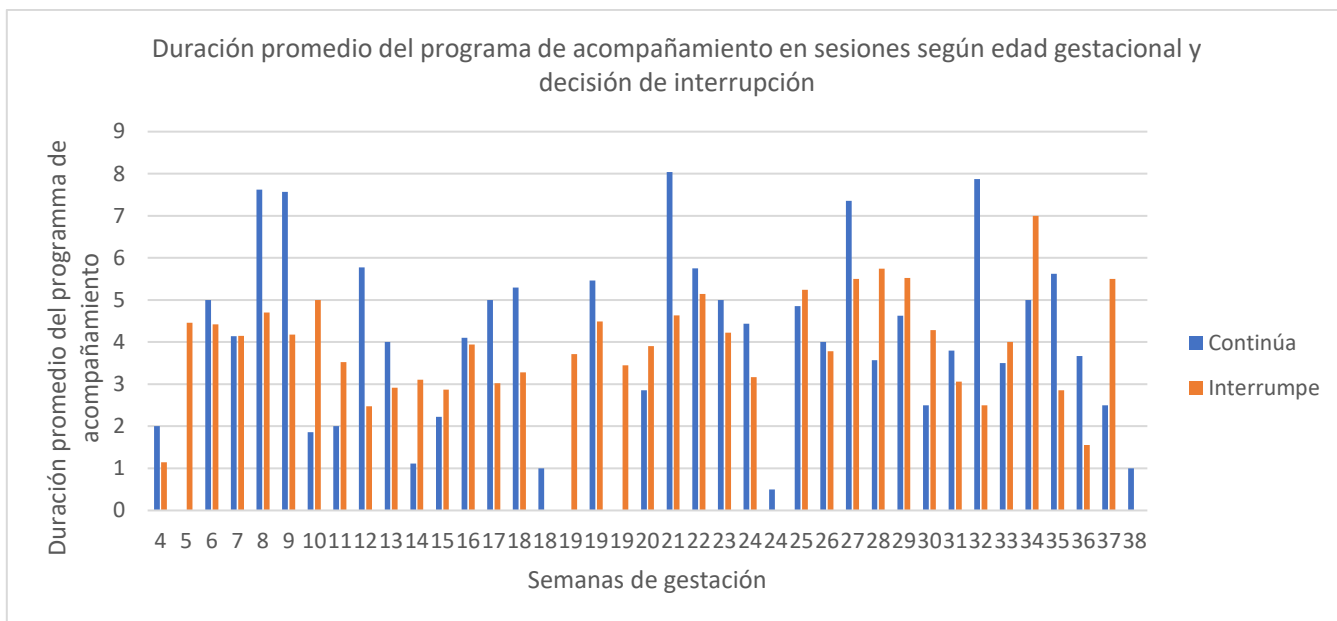


Figura 6 Duración promedio del programa de acompañamiento según edad gestacional y decisión de interrupción. Elaboración propia.

Dimensiones e indicadores en la experiencia internacional

A continuación, se presenta la síntesis de los elementos que aparecen como relevantes de medir y como facilitadores y barreras de implementación en la literatura y experiencia internacional y, también la síntesis de los indicadores que son sugeridos para ello. No se encuentra un consenso sobre qué medir ni cómo medirlo —además, no todos los indicadores están estrictamente definidos como tal—; tampoco hay una estructura interpretativa de lo que se sugiere medir. Asimismo, no todos los trabajos que aportan elementos aportan indicadores. Es en este sentido que, posterior a presentar los elementos que aparecen como relevantes, estos se organizan en seis dimensiones sistémicas y sistemáticas, articuladas en coherencia con un análisis de ingeniería industrial (centrado en el diseño de procesos, desarrollo organizacional y tecnologías de la información) y las jerarquías con que la ley existe en Chile.

Esta sección se basa en la revisión de los trabajos de Berer (2000), *Making abortions safe: a matter of good public health policy and practice* (anexo Z); de Dennis, Blanchard y Bessenaar (2016), *Identifying indicators for quality abortion care: a systematic literatura review* (anexo AA); de Darney y otros (2019), *Definitions, measurement and indicator selection for quality of care in abortion* (anexo AB); de Healy y otros, *Counting abortions so that abortion counts: Indicators for monitoring the availability and use of abortion care services* (anexo

AC); y de Benson, *Evaluating Abortion-care Programs: Old challenges, New directions* (anexo AD); de la Organización Mundial de la Salud (WHO 2012), *Safe abortion: technical and policy guidance for health systems. Second edition* (anexo AE) y de Measure Evaluation *Post abortion care* (anexo AF). En los anexos entre paréntesis se resumen los elementos más importantes que se desprenden de cada trabajo, incluida una discusión de su pertinencia para Chile.

Una dimensión conceptual común a todos los trabajos es entender el aborto como una prestación que se da en el marco de la salud sexual y reproductiva. A continuación, la tabla 14 presenta los elementos relevantes de monitorear y medir:

ELEMENTOS							
Nombre descripción	Berer (2000)	Dennis et al. (2016)	Darney et al. (2019)	Healy et al. (2006)	Benson (2005)	WHO (2012)	Measure Evaluation
Por qué las mujeres abortan	✓						
Servicios de aborto requeridos por las mujeres	✓		✓	✓	✓		
Edad gestacional al abortar	✓						
Tipo de profesionales proveedores de aborto	✓						
Profesionales proveedores capacitados / competencias técnicas	✓	✓	✓		✓	✓	✓
Costo del servicio para las mujeres / Asequibilidad	✓					✓	
Consejería anticonceptiva / servicios auxiliares / atención post aborto	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓
Políticas y leyes	✓	✓		✓	✓	✓	✓
Disponibilidad de servicios de aborto	✓	✓		✓	✓	✓	✓
Asegurar acceso de las mujeres	✓					✓	
Conocimiento de las mujeres sobre servicios de aborto	✓	✓	✓		✓	✓	
Accesibilidad	✓	✓			✓	✓	✓

Calidad de atención	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓
Sistemas integrales de comunicación, salud, derivación y transporte (infraestructura) / estructura /		✓	✓		✓	✓	
Instalaciones, tecnologías, equipos, suministros y personal de salud (infraestructura) / estructura		✓	✓		✓	✓	
Interacciones mujer (paciente) – proveedor		✓			✓		
Toma de decisiones de las mujeres		✓					
Entrega de información		✓			✓	✓	
Red de contención y apoyo de las mujeres		✓			✓		
Procedimientos provistos		✓	✓		✓	✓	
Conocimiento de las mujeres y la comunidad		✓	✓		✓	✓	
Actitudes de las mujeres y la comunidad		✓	✓	✓	✓		
Tendencias demográficas de aborto		✓					✓
Morbilidad y mortalidad de las mujeres		✓	✓	✓	✓	✓	✓
Uso o acceso a los servicios				✓	✓	✓	✓
Satisfacción de las mujeres						✓	

Tabla 15 Síntesis de potenciales dimensiones en la revisión internacional

Como se puede observar en la tabla 15, los elementos que se sugiere monitorear se repiten entre trabajos (columnas) y son también similares entre sí (filas), con pequeñas variaciones en cómo se definen (por ejemplo, simplemente consejería anticonceptiva o consejería anticonceptiva como parte de la atención post aborto) y al nivel de avance en el proceso que corresponden (por ejemplo, disponibilidad de métodos seguros para abortar o abortos seguros realizados con aquellos métodos). También se observa que se intentan capturar elementos transversales a la existencia y práctica del aborto, desde las leyes que lo permiten,

pasando por los profesionales capacitados, hasta la satisfacción que tienen las mujeres que han accedido al servicio. Se observa también que en ocasiones aparece una noción compleja de infraestructura que involucra no solo las instalaciones físicas y los recursos tecnológicos para la práctica del aborto, sino también los sistemas de información y comunicación que son parte de la infraestructura tecnológica.

Además de los elementos presentados, se encuentran en la literatura formas de clasificarlos —al igual que a los correspondientes indicadores— por ejemplo, si corresponden a: acceso (disponibilidad, información y calidad) o resultados e impacto (World Health Organization, Department of Reproductive Health and Research, 2012); estructura, proceso, producto o resultado (Identifying indicators for quality abortion care: a systematic literature review, 2017) y, deben ser métricas importantes, científicamente robustas y factibles (Definitions, measurement and indicator selection for quality of care in abortion, 2019).

En la revisión específica que se hizo de los casos de Suecia (aborto legal a petición hasta la semana 18, con autorización médica después) y Canadá (no hay ley de aborto, permitido a petición en distintos plazos según la regulación territorial) se encontró que, al identificar factores de éxito o barreras en la implementación de la política de aborto en términos generales o asociados a una modificación específica, los aspectos relevantes se referían a lo mismo presentado en la tabla anterior, fundamentalmente en cuanto a la distribución de los puntos de servicio, la disponibilidad de proveedores capacitados y métodos adecuados, a la entrega métodos anticonceptivos como parte de la atención post aborto, al conocimiento de las mujeres sobre la política de aborto, a su experiencia con esta y a estadísticas sobre resultados generales como los métodos de aborto más usados y la edad gestacional en que se practican los abortos (How task-sharing in abortion care became the norm in Sweden: A case study of historic and current determinants and events, 2020) (Medication Abortion in Canada: A Right-to-Health Perspective, 2008) (When there are no abortion laws: A case study of Canada, 2020) (Söderlund-Leifler, 2015).

Dimensiones e indicadores para Chile

En base a la revisión conjunta de los antecedentes presentados, la literatura y experiencias nacionales e internacionales, los monitoreos hechos por las organizaciones de la sociedad civil y organizaciones globales, así como las recomendaciones y propuestas de distintos organismos, se proponen las siguientes seis dimensiones de análisis y evaluación para las políticas de aborto en Chile, esenciales desde una perspectiva de ingeniería industrial:

1. Política
2. Accesibilidad
3. Punto de entrega de servicio
4. Acceso
5. Evaluación
6. Mujeres

Por lo demás, se distinguen dos dimensiones conceptuales transversales —es decir, todo el análisis se hace sobre la base de estos conceptos—:

- Aborto como política pública
- Derechos sexuales y reproductivos.

Las dimensiones, sin tener un orden secuencial ni ordinal estricto entre sí y, siendo de hecho, simultáneas y retroalimentativas, pueden comprenderse de mejor forma si se piensan como se sintetiza a continuación.

La dimensión *Política* abarca los aspectos legislativos, regulatorios, administrativos, el contexto político, social y económico en que el aborto se sitúa. Es lo que pudiera considerarse más abstracto, relacionado con el poder e inicial a cualquier política de aborto. A modo de ejemplo, aquí se contemplan las leyes de aborto, las normativas de atención, el dictamen de si las prestaciones serán de acceso gratuito para quienes las necesitan o si el financiamiento será parcial, los mecanismos de constitución de causal, entre otros.

Luego, la *Accesibilidad* corresponde al despliegue de la infraestructura y recursos necesarios para que los servicios de aborto estén disponibles. Esto incluye la distribución geográfica de las instalaciones donde se ofrecen servicios de aborto, también que estos cuenten con personal capacitado y disponible para atender a las mujeres que requieran los servicios; asimismo, la disponibilidad de métodos seguros y actualizados de aborto.

Los *Puntos de servicio* corresponden entonces a lo que ocurre en cada una de las instalaciones descritas en *Accesibilidad* y/o donde se prestan los servicios para que el aborto esté disponible. Aquí se involucran las definiciones de protocolos internos, la implementación de las normativas oficiales, las dinámicas internas de los equipos, afectadas por la particularidad de cada organización en cuanto a sus

recursos —en el sentido más amplio—, autonomía y cultura. Dicho de otra forma, los procesos en los puntos de servicio median entre la *Accesibilidad* y los resultados de *Acceso*.

Entonces el *Acceso* corresponde a los resultados que tienen todas las dimensiones ya mencionadas cuando las mujeres acceden a los servicios; en otras palabras, cuántos abortos se practicaron, qué métodos se usaron, cuál fue la duración promedio del acceso al servicio. Esta dimensión agrupa todo lo que iría en un reporte o rendición de cuenta pública, sin entrar en los detalles de cómo se obtuvieron estos resultados (lo que corresponde a la dimensión anterior, *Puntos de servicio*).

Después de eso, la dimensión *Evaluación* corresponde al juicio reflexivo que toca hacer en torno a todo lo anterior. Es decir, cuáles eran los objetivos planteados, cuál fue su grado de cumplimiento, qué mecanismos de evaluación, medición y verificación existen, cómo funcionó lo planificado; etcétera. Esta dimensión tiene que ver con cómo se produce el aprendizaje y la mejora de la política pública.

Por último, de forma transversal y basada en un actor autónomo, se define la dimensión de las *Mujeres* para tener en consideración todo el viaje en su relación con el aborto: sus conocimientos de educación sexual y reproductiva, de sus derechos y de la regulación específica en torno al aborto; sus necesidades de acceso, su comportamiento de búsqueda de atención de aborto, sus preferencias, su satisfacción con la política y su experiencia con las prestaciones; la cantidad de abortos que experimentarán en su vida, su uso de métodos anticonceptivos, etcétera.

Desde luego, cada una de las dimensiones abarca múltiples aspectos, porque estas se plantean justamente para evitar reducir el aborto a un fenómeno unidimensional o, peor aún, a un asunto privado de cada mujer. En ese sentido, las dimensiones contemplan muchos factores exógenos a lo que la política pública puede controlar (por ejemplo, la situación económica del país y su reflejo en el presupuesto de salud o el aumento de la demanda en servicios de salud sexual y reproductiva debido a la migración) y a lo que puede y se sugiere medir.

Por otro lado, hay un enfoque *bottom-up* de políticas públicas al pensar su implementación y evaluación, por lo que algunos elementos se repiten entre dimensiones porque son relevantes tanto en el microsistema basal donde ocurren, como en el panorama macro que refleja y dirige la realidad nacional; esto sucede especialmente en cuanto a lo que se considera *Gestión y sistemas de información* y

Aprendizaje continuo, entendiendo que es necesario que estos ocurran en cada nivel y punto del sistema.

En las secciones siguientes, se presentan las dimensiones aplicadas al caso chileno actual y los indicadores de monitoreo propuestos para cada una de ellas, tanto para Chile como para Corporación MILES.

A continuación, se presenta la evaluación que se hace de la política de aborto en Chile, fundamentalmente la Ley 21.030, según las dimensiones e indicadores definidos en las secciones anteriores.

Política

La dimensión política de la Interrupción Voluntaria del Embarazo se refiere a la definición y pertinencia de la Ley 21.030 y los aspectos normativos y técnicos que de ella se desprenden. La política pública debe ser coherente con la realidad de las mujeres que habitan el territorio, sean chilenas o no y, sean adultas, adolescentes o niñas. En este sentido, no puede desconocer las barreras geográficas, educacionales, idiomáticas, culturales, económicas, de autonomía y propias de cada etapa en la vida de una mujer.

La autonomía, que aparece al centro en el contexto en que se propone la política pública, se desvanece en su elaboración legal y normativa. Aumentar la autonomía de las mujeres se pretende lograr a través de dos prestaciones específicas: la opción de interrumpir o continuar el embarazo y el acompañamiento psicosocial.

La constitución de causal es un paso esencial para ello. Si bien no se propone como dimensión aparte, se destaca porque es esto lo que define qué mujeres acceden y quiénes no; lo que hace que las dos prestaciones que ofrece la Ley 21.030 que se plantean como independientes y complementarias, quedan absolutamente supeditadas al cumplimiento estricto de requisitos específicos simultáneos. Estos requisitos se pueden resumir en:

1. Primera causal: confirmación diagnóstica de riesgo vital, por un médico.
2. Segunda causal: confirmación diagnóstica de inviabilidad fetal, por dos médicos.
3. Tercera causal: confirmación de idoneidad y plausibilidad de relato para producir embarazo, en un sistema de plazos, por dos médicos.

Así, la Ley 21.030 reconoce las vulneraciones en las tres causales que regula (riesgo vital de la mujer, inviabilidad fetal extrauterina y violación) y protege solo a las mujeres que cumplen los requisitos en esas situaciones críticas.

En la primera causal, toda mujer que no se encuentre en riesgo vital confirmado por un médico, pero sí de morbilidades, al no constituir causal, pierde la posibilidad de recibir acompañamiento psicosocial. Es cuestionable establecer que solo una mujer en riesgo vital tiene derecho a interrumpir un embarazo, forzándola a continuar con un embarazo que amenaza su vida y calidad de vida en otras formas, con consecuencias no letales. Es razonable que, si una mujer se ve obligada a continuar un embarazo de riesgo, reciba apoyo psicológico.

La segunda causal presenta una inconsistencia similar. A la inviabilidad fetal extrauterina de carácter letal se suma que no debe ser un médico especialista, sino dos, quienes confirmen el diagnóstico. La inviabilidad fetal no está científicamente consensuada y, entonces, más allá de los diagnósticos listados (10), la mujer depende de los criterios de sus médicos tratantes. Nuevamente, mientras la causal no se constituya, la mujer no tiene acceso a prestaciones psicosociales. Por último, la obligación de continuar un embarazo y dar a luz un recién nacido con viabilidad independiente incierta, compromete la autonomía de las mujeres por el resto de su vida o por el tiempo que el recién nacido logre sobrevivir (lo que puede ser horas, días, meses) (La Segunda, 2013)⁷¹.

La tercera causal, violación, es la que tiene menos coherencia. La NTN y las Orientaciones psicosociales hacen un exhaustivo énfasis en plantear la violación como una vulneración grave y traumática para las mujeres. Sin embargo, el reconocimiento de su autonomía y el apoyo psicosocial hacia ellas desaparece inmediatamente después de las 12 semanas para las adolescentes y mujeres de 14 años y más y, a las 14 semanas, para las niñas menores de 14 años; como si la violación desapareciera de un día a otro. Una mujer con un embarazo de 13 semanas resultado de violación es igual para el Estado y los sistemas de salud a cualquier otra mujer embarazada.

Se refuerzan los aspectos anteriores porque el mecanismo de constitución de causal reduce significativamente las mujeres que efectivamente tienen derecho a las prestaciones que la Ley establece; cuando podría ser accesible, al menos, el

⁷¹ Citando a Sofía Salas, médica y entonces académica de la Universidad Diego Portales.

acompañamiento psicosocial. Ni la Ley 21.030 ni la Norma Técnica Nacional se hacen cargo de las muchas mujeres que quedan fuera de la constitución de causal, ya que todos los derechos y prestaciones descritas se enuncian para las mujeres que han constituido causal.

Las mujeres que inician el proceso de constitución de causal, por sospecha, pero no logran completarlo quedan en un territorio gris. No se menciona cómo sus datos deben ser tratados ni cómo es su salida del proceso IVE y reingreso a la atención regular.

Por otro lado, dado que es en la constitución de causal (confirmación diagnóstica, primera y segunda causal) donde se realizan los procedimientos biomédicos de mayor complejidad (consulta con especialistas, exámenes) y el acceso de las mujeres no es directo, sino que deben ser derivadas, ofrecer a las mujeres que no constituyen causal el programa de acompañamiento no debería representar complejidad operacional. Y en vista de que las causales constituidas están bajo lo proyectado, los profesionales deberían estar disponibles. En la tercera causal, especialmente, esta prestación parece sensata, ya que las mujeres ya han realizado su relato de violación. Derivarlas de vuelta a otro nivel de atención o centro donde tienen que esperar por horas disponibles y volver a contar su relato las expone a una situación de revictimización. Por último, el equipo psicosocial que trabaja en la IVE, tiene el potencial de convertirse en experto en temáticas de violencia de género y, especialmente, violación, no desde la teoría, sino desde la realidad de su territorio.

En temas de diversidad, la NTN establece que los centros de salud deben contar con medios de apoyo auditivo y/o visual para las mujeres con capacidades diferentes. De forma similar, se señala que se debe contar con intérpretes para las mujeres que hablan otros idiomas.

Respecto a la edad, son las niñas y adolescentes las que tienen más barreras para acceder a la IVE. Esto especialmente en la tercera causal, ya que la derivación debe venir del nivel primario de atención. Los colegios, que no son mencionados en la Ley 21.030, la NTN ni las Orientaciones Psicosociales, son un buen espacio de difusión e información sobre la Interrupción Voluntaria del Embarazo. Más aún, considerando que gran parte de los abusos sexuales infantiles se dan en entornos familiares y las niñas y adolescentes pasan gran parte de su tiempo en el colegio, los profesores y psicólogos deberían ser, al menos, articuladores con el nivel primario de atención en salud. Esto requeriría una articulación institucional colegio-APS (o

derechamente, segundo nivel de atención) y capacitaciones que no se han propuesto, además de voluntad política.

Que las prestaciones IVE no se entreguen en el nivel de atención primaria es una decisión política que impacta la dimensión de *Accesibilidad* que será discutida a continuación.

Accesibilidad

La accesibilidad a la atención de aborto en Chile se puede dividir en dos casos: los abortos no permitidos por Ley no cuentan con una infraestructura a la cual acceder y tampoco hay profesionales oficialmente capacitados para brindar esta atención, ni siquiera post aborto. En el caso de la Ley 21.030, la accesibilidad está transversalmente afectada por la decisión política de que se entregue a partir del nivel secundario de atención.

Como ya fue mencionado, a esta dimensión son pertinentes la infraestructura y los recursos, entendidos no de forma individual, sino articulados como una red, es decir, todas las posibilidades de:

- Los puntos de primer contacto
- Los puntos de entrega de servicio, en otras palabras, los centros de salud donde se atiende a las mujeres que intentan constituir causal. Y también aquellos puntos a los que deban dirigirse para realizarse exámenes que les permitan la constitución de causal; si bien están a cargo de distintos profesionales y pueden estar geográficamente separados, para la mujer es parte del viaje de acceder a la IVE, por lo que estos puntos de servicio no deben ser ignorados.
- Los profesionales capacitados para entregar atención en el marco de la IVE
- Los profesionales no objetores.
- La disponibilidad de instrumentos para la evacuación uterina por aspiración al vacío, manual o eléctrica.
- La disponibilidad de medicamentos para el aborto médico.
- La disponibilidad de medicamentos e infraestructura para el tratamiento de las complicaciones de aborto.
- La disponibilidad y variedad de métodos anticonceptivos.

Dado que, bajo la estructura nacional, en Chile la red de salud está organizada por Servicios de Salud que hacen derivaciones desde la atención primaria a la

secundaria por territorio; la infraestructura de objetores se encuentra al porcentaje de capacidad que muestran las tablas 15, 16 y 17 a continuación, diferenciadas por causal y para médicos obstetras, anestesistas, profesionales no médicos que se desempeñan en pabellón (prof. no médicos en pabellón) y técnicos paramédicos que se desempeñan en pabellón (Técnicos Paramédicos en pabellón), a nivel de cada servicio de salud (Serv. Salud) y nacional:

CANTIDAD Y PORCENTAJE DE PROFESIONALES CONTRATADOS Y OBJETORES												
PRIMERA CAUSAL	Médicos Obstetras			Anestesistas			Prof. no médicos en pabellón			Técnicos Paramédicos en pabellón		
Serv. Salud	Cont.	Obj.	%Obj	Cont.	Obj.	% Obj	Cont.	Obj.	% Obj	Cont.	Obj.	% Obj
Arica	16	2	13%	11	4	36,4%	16	2	12,5%	21	8	38,1%
Iquique	22	0	0%	15	0	0,0%	24	0	0,0%	27	1	3,7%
Antofagasta	35	0	0%	32	2	6,3%	15	0	0,0%	65	0	0,0%
Atacama	24	8	33%	14	5	35,7%	40	1	2,5%	35	3	8,6%
Coquimbo	47	4	9%	33	2	6,1%	66	7	10,6%	84	5	6,0%
Aconcagua	21	3	14%	14	2	14,3%	22	2	9,1%	52	4	7,7%
Valparaíso	45	0	0%	38	0	0,0%	43	1	2,3%	76	1	1,3%
Viña de Mar	75	13	17%	50	3	6,0%	49	2	4,1%	85	7	8,2%
Metro Central	70	3	4%	46	7	15,2%	13	0	0,0%	57	0	0,0%
Metro Norte	46	3	7%	22	0	0,0%	45	4	8,9%	53	4	7,5%
Metro Occidente	104	15	14%	44	6	13,6%	118	5	4,2%	169	7	4,1%
Metro Oriente	52	12	23%	27	1	3,7%	4	0	0,0%	24	0	0,0%
Metro Sur	78	3	4%	24	2	8,3%	33	0	0,0%	28	1	3,6%
Metro Sur Oriente	104	22	21%	49	7	14,3%	118	0	0,0%	119	1	0,8%
O'Higgins	63	21	33%	50	8	16,0%	93	27	29,0%	101	9	8,9%
Maule	78	46	59%	63	8	12,7%	79	28	35,4%	137	22	16,1%
Ñuble	37	10	27%	21	0	0,0%	37	1	2,7%	50	0	0,0%
Biobío	23	10	43%	25	1	4,0%	6	2	33,3%	12	0	0,0%
Concepción	55	9	16%	39	7	17,9%	14	1	7,1%	48	12	25,0%
Arauco	10	0	0%	12	2	16,7%	9	0	0,0%	34	13	38,2%
Talcahuano	34	3	9%	38	1	2,6%	22	0	0,0%	67	0	0,0%
Araucanía Norte	19	12	63%	11	2	18,2%	16	5	31,3%	39	15	38,5%
Araucanía Sur	43	7	16%	54	3	5,6%	35	6	17,1%	77	15	19,5%
Osorno	19	1	5%	21	0	0,0%	15	0	0,0%	63	0	0,0%
Valdivia	22	0	0%	17	0	0,0%	18	0	0,0%	20	0	0,0%
Del Reloncaví	27	6	22%	12	0	0,0%	4	0	0,0%	12	0	0,0%
Chiloé	16	2	13%	18	1	5,6%	21	0	0,0%	66	5	7,6%
Aysén	10	2	20%	10	0	0,0%	26	2	7,7%	73	6	8,2%
Magallanes	19	6	32%	13	0	0,0%	17	0	0,0%	60	1	1,7%
Nacional	1.214	223	18%	823	74	9,0%	1.018	96	9,4%	1.754	140	8,0%

Tabla 16 Cantidad y porcentaje de profesionales contratados y objetores en primera causal, por tipo y servicio de salud. Elaboración propia en base a (Ministerio de Salud) 2019.

De la tabla 16 anterior se desprende que la situación en los servicios de salud Maule y Araucanía Norte tienen un gran déficit de médicos obstetras no objetores dispuestos a realizar abortos e interrupciones de embarazo en primera causal, 41% y 37%, respectivamente, es decir, menos de la mitad. Asimismo, se observa que la tasa de objeción a nivel nacional es el doble entre médicos obstetras versus el resto de los profesionales habilitados para objetar conciencia. Esto no es una buena señal porque la objeción de conciencia debería ser una situación excepcional, que en la mayoría de los otros países, solo está disponible para los médicos, porque constituye una barrera de acceso para las mujeres.

CANTIDAD Y PORCENTAJE DE PROFESIONALES CONTRATADOS Y OBJETORES												
SEGUNDA CAUSAL	Médicos Obstetras			Anestesiastas			Prof. no médicos en pabellón			Técnicos Paramédicos en pabellón		
Servicio de Salud	Cont.	Obj.	%Obj	Cont.	Obj.	% Obj	Cont.	Obj.	% Obj	Cont.	Obj.	% Obj
Arica	16	2	13%	11	5	45,5%	16	2	12,5%	21	10	47,6%
Iquique	22	1	5%	15	0	0,0%	24	2	8,3%	27	5	18,5%
Antofagasta	35	0	0%	32	7	21,9%	15	0	0,0%	65	0	0,0%
Atacama	24	10	42%	14	7	50,0%	40	1	2,5%	35	4	11,4%
Coquimbo	47	6	13%	33	3	9,1%	66	7	10,6%	84	5	6,0%
Aconcagua	21	5	24%	14	2	14,3%	22	6	27,3%	52	5	9,6%
Valparaíso	45	6	13%	38	3	7,9%	43	2	4,7%	76	1	1,3%
Viña de Mar	75	15	20%	50	3	6,0%	49	2	4,1%	85	7	8,2%
Metro Central	70	7	10%	46	8	17,4%	13	0	0,0%	57	0	0,0%
Metro Norte	46	4	9%	22	0	0,0%	45	7	15,6%	53	5	9,4%
Metro Occidente	104	21	20%	44	6	13,6%	118	8	6,8%	169	7	4,1%
Metro Oriente	52	13	25%	27	1	3,7%	4	0	0,0%	24	0	0,0%
Metro Sur	78	8	10%	24	3	12,5%	33	3	9,1%	28	1	3,6%
Metro Sur Oriente	104	31	30%	49	9	18,4%	118	5	4,2%	119	1	0,8%
O'Higgins	63	24	38%	50	8	16,0%	93	28	30,1%	101	9	8,9%
Maule	78	50	64%	63	13	20,6%	79	58	73,4%	137	22	16,1%
Ñuble	37	17	46%	21	0	0,0%	37	4	10,8%	50	6	12,0%
Biobío	23	3	13%	25	1	4,0%	6	2	33,3%	12	0	0,0%
Concepción	55	17	31%	39	9	23,1%	14	2	14,3%	48	15	31,3%
Arauco	10	1	10%	12	2	16,7%	9	1	11,1%	34	16	47,1%
Talcahuano	34	4	12%	38	2	5,3%	22	0	0,0%	67	1	1,5%
Araucanía Norte	19	14	74%	11	2	18,2%	16	9	56,3%	39	17	43,6%
Araucanía Sur	43	12	28%	54	7	13,0%	35	7	20,0%	77	15	19,5%
Osorno	19	5	26%	21	0	0,0%	15	0	0,0%	63	0	0,0%
Valdivia	22	8	36%	17	0	0,0%	18	0	0,0%	20	0	0,0%
Del Reloncaví	27	9	33%	12	2	16,7%	4	0	0,0%	12	0	0,0%
Chiloé	16	1	6%	18	1	5,6%	21	0	0,0%	66	7	10,6%

Aysén	10	2	20%	10	2	20,0%	26	3	11,5%	73	5	6,8%
Magallanes	19	7	37%	13	5	38,5%	17	1	5,9%	60	5	8,3%
Nacional	1.214	307	25%	823	111	13,5%	1.018	160	15,7%	1.754	169	9,6%

Tabla 17 Cantidad y porcentaje de profesionales contratados y objetores en segunda causal, por tipo y servicio de salud. Elaboración propia en base a (Ministerio de Salud) 2019

En la tabla 17 nuevamente se observa que los servicios de salud Maule y Araucanía Norte tienen la menor proporción de médicos obstetras no objetores dispuestos a realizar intervenciones IVE en segunda causal, 36% y 26% respectivamente; cabe destacar que en estas regiones el porcentaje de objetores profesionales no médicos también es muy alto, algo que no pasaba en la primera causal. A nivel nacional y en todos los tipos de profesionales, la segunda causal es más objetada que la primera; mientras la relación entre cerca o más del doble de porcentaje de objetores médicos obstetras, en relación con los otros, se mantiene.

CANTIDAD Y PORCENTAJE DE PROFESIONALES CONTRATADOS Y OBJETORES												
TERCERA CAUSAL	Médicos Obstetras			Anestesiastas			Prof. no médicos en pabellón			Técnicos Paramédicos en pabellón		
Servicio de Salud	Cont.	Obj.	%Obj	Cont.	Obj.	%Obj	Cont.	Obj.	%Obj	Cont.	Obj.	%Obj
Arica	16	3	19%	11	7	63,6%	16	3	18,8%	21	13	61,9%
Iquique	22	13	59%	15	0	0,0%	24	6	25,0%	27	5	18,5%
Antofagasta	35	22	63%	32	17	53,1%	15	2	13,3%	65	0	0,0%
Atacama	24	12	50%	14	7	50,0%	40	1	2,5%	35	7	20,0%
Coquimbo	47	12	26%	33	7	21,2%	66	10	15,2%	84	11	13,1%
Aconcagua	21	10	48%	14	5	35,7%	22	7	31,8%	52	5	9,6%
Valparaíso	45	17	38%	38	14	36,8%	43	4	9,3%	76	1	1,3%
Viña de Mar	75	36	48%	50	5	10,0%	49	3	6,1%	85	7	8,2%
Metro Central	70	12	17%	46	11	23,9%	13	0	0,0%	57	0	0,0%
Metro Norte	46	9	20%	22	0	0,0%	45	7	15,6%	53	6	11,3%
Metro Occidente	104	28	27%	44	6	13,6%	118	7	5,9%	169	7	4,1%
Metro Oriente	52	17	33%	27	0	0,0%	4	0	0,0%	24	0	0,0%
Metro Sur	78	23	29%	24	5	20,8%	33	4	12,1%	28	1	3,6%
Metro Sur Oriente	104	39	38%	49	11	22,4%	118	5	4,2%	119	1	0,8%
O'Higgins	63	47	75%	50	12	24,0%	93	42	45,2%	101	10	9,9%
Maule	78	59	76%	63	24	38,1%	79	70	88,6%	137	30	21,9%
Ñuble	37	23	62%	21	0	0,0%	37	8	21,6%	50	6	12,0%
Biobío	23	6	26%	25	1	4,0%	6	1	16,7%	12	0	0,0%
Concepción	55	23	42%	39	16	41,0%	14	4	28,6%	48	24	50,0%
Arauco	10	3	30%	12	5	41,7%	9	1	11,1%	34	16	47,1%
Talcahuano	34	7	21%	38	6	15,8%	22	0	0,0%	67	1	1,5%
Araucanía Norte	19	17	89%	11	2	18,2%	16	9	56,3%	39	17	43,6%
Araucanía Sur	43	26	60%	54	11	20,4%	35	8	22,9%	77	19	24,7%

Osorno	19	17	89%	21	0	0,0%	15	0	0,0%	63	0	0,0%
Valdivia	22	15	68%	17	0	0,0%	18	0	0,0%	20	0	0,0%
Del Reloncaví	27	19	70%	12	2	16,7%	4	0	0,0%	12	0	0,0%
Chiloé	16	7	44%	18	1	5,6%	21	0	0,0%	66	7	10,6%
Aysén	10	6	60%	10	4	40,0%	26	9	34,6%	73	9	12,3%
Magallanes	19	10	53%	13	6	46,2%	17	1	5,9%	60	6	10,0%
Nacional	1.214	559	46%	823	185	22,5%	1.018	212	20,8%	1.754	209	11,9%

Tabla 18 Cantidad y porcentaje de profesionales contratados y objetores en tercera causal, por tipo y servicio de salud. Elaboración propia en base a (Ministerio de Salud) 2019

Por último, en la tabla 18 (anterior) se observa que la tercera causal es la que tiene el mayor porcentaje de objeción, a nivel nacional, cerca del doble que las dos causales anteriores —salvo por los técnicos paramédicos en pabellón, que tienen un nivel similar—. Nuevamente, los Servicios de Salud del Maule y Araucanía Norte tienen los niveles más críticos de profesionales médicos obstetras disponibles —24% y 11%, respectivamente—, a los que se suman Osorno, Del Reloncaví y O’Higgins, con porcentajes de objeción sobre el 70%; aunque en ninguno de los servicios de salud el porcentaje de objeción de conciencia es bajo. Solo cuatro servicios de salud están alrededor del 20% —Arica, Metro Central, Metro Norte y Talcahuano—, lo que es igualmente alto, pero mucho más bajo que el resto.

Este no es el formato ni el nivel de agregación preferido de presentación de los datos, sin embargo, son los de conocimiento público. Sería preferible conocer, por cada punto de servicio (es decir, hospital o ARO donde se realizan las prestaciones IVE) las horas contratadas de profesionales no objetores y el total de horas contratadas, para conocer el porcentaje de la disponibilidad profesional y la equivalencia en horas posibles de servicio; por supuesto, tal monitoreo sería observado a nivel macro en la dimensión *accesibilidad* y ejecutado en los *puntos de servicio*.

Respecto a los puntos de primer contacto, la tabla 19 sintetiza la información disponible a través de Datos Abiertos:

	TOTAL	PRIMERA CAUSAL	SEGUNDA CAUSAL	TERCERA CAUSAL	TOTAL				
Primer punto de contacto	Casos	Casos	%	Casos	%	Casos	%	%Mujeres +20 años	% Adolescentes
(S/I)	15	4	27%	9	60%	2	13%	100%	0%
APS	237	14	6%	141	59%	82	35%	81%	19%
APS o Segundo nivel	29	4	14%	21	72%	4	14%	76%	24%

APS o Tercer nivel	8	0	0%	4	50%	4	50%	75%	25%
Privado	224	30	13%	187	83%	7	3%	100%	0%
Salud Responde	1		0%		0%	1	100%	100%	0%
Segundo nivel	597	73	12%	473	79%	51	9%	92%	8%
Segundo o Tercer nivel	24	5	21%	10	42%	9	38%	88%	13%
Tercer nivel	874	512	59%	152	17%	210	24%	88%	12%
Total	2009	642	32%	997	50%	370	18%	90%	10%

Tabla 19 Cantidad y porcentaje de casos por primer punto de contacto por causal y edad de la mujer.
Elaboración propia.

En la tabla anterior se observa que la mayor parte de los casos tienen como primer punto de contacto el Tercer nivel de atención (874 o 44%), seguido por el Segundo nivel de atención (597 o 30%) y en último lugar, Atención primaria (237 o 12%); es decir, lo contrario a lo esperado —que el nivel primario sea el primer y principal punto de contacto—. Luego, gran parte de las mujeres acceden a la IVE desde el sistema privado (224 u 11%). Respecto a los medios de ingreso mismos, se observa que los más usados son (ver figura 7):

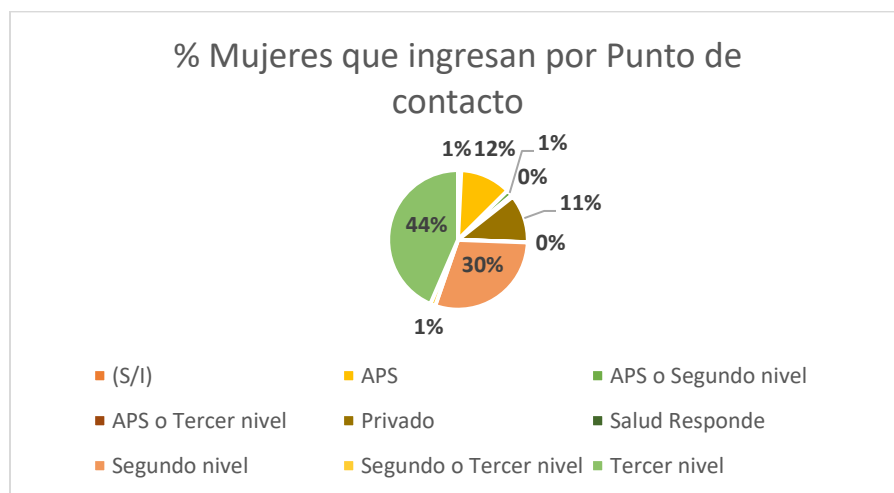


Figura 7 Porcentaje de mujeres que ingresan por punto de contacto. Elaboración propia.

Por otro lado, mirando cómo ingresan las adolescentes (hasta los 19 años) (Tabla 20) se observa que lo hacen principalmente a través de Tercer nivel de atención (49%), seguido del Segundo nivel (24%) y APS (21%), similar al total de mujeres, pero a diferencia de las adultas, ellas no ingresan por privados.

PRIMER PUNTO DE CONTACTO	TOTAL ADOLESCENTES	%ADOLESCENTES
(S/I)	0	0%

APS	44	21%
APS o Segundo nivel	7	3%
APS o Tercer nivel	2	1%
Privado	1	0%
Salud Responde	0	0%
Segundo nivel	49	24%
Segundo o Tercer nivel	3	1%
Tercer nivel	102	49%
Total	208	100%

Tabla 20 Ingreso de adolescentes por punto de contacto. Elaboración propia.

Dado que no hay más información relevante sobre la articulación que tiene la IVE a través de la red de salud nacional (protocolos oficiales de derivación, tiempos de espera) y la información que se puede obtener de los datos, se juzga que la accesibilidad es débil.

Puntos de servicio

La dimensión *Puntos de servicio* está planteada para abarcar y comprender lo que ocurre en cada punto de la red de salud donde se ofrecen prestaciones de aborto o Ley 21.030. Por eso, es de mucha relevancia que el monitoreo de los aspectos relevantes para esta dimensión se haga en el nivel basal, es decir, en los mismos centros, coherentemente con un enfoque de implementación *bottom-up* de políticas públicas.

Los instrumentos de evaluación propuestos para el formato estudio de caso pretenden indagar en los centros de salud con esa lógica y vislumbrar lo que es diferente en cada uno de ellos, precisamente porque son esas diferencias que no se observan a nivel macro las que caracterizan la particularidad de las prestaciones y calidad que se ofrecen en cada punto de la red de salud.

Coherentemente con un enfoque de desarrollo organizacional, es importante conocer no solo la infraestructura tecnológica e inmobiliaria de cada centro de salud, sino también las personas que conforman estas unidades —particularmente las de alto riesgo obstétrico—, su forma de relacionarse no solo a nivel personal, sino como organización e institución independiente. Son todos esos aspectos invisibles a los registros de datos los que configuran el clima en que las prestaciones de aborto se entregan; de ahí el enfoque en conocer la cultura organizacional, sus dinámicas y estilos de liderazgo.

Dada la complejidad de hacer estudios profundos en cada punto de la red de salud, se sugiere elegir puntos con características diversas que puedan ser representativas de varios grupos. Por ejemplo, puntos de servicio de interés son los de la red —no solo hospitales, aunque especialmente estos— de los Servicios de Salud del Maule y de Araucanía Norte, por los altos niveles de objeción de conciencia presentados en la sección anterior.

Por otro lado, la diversidad de los puntos a estudiar debiera también contemplar la distribución geográfica —en el sentido de si el centro de salud elegido es cercano o lejano a otro de similar complejidad—, a la población que atiende y otros parámetros que caractericen su funcionamiento: alta o baja demanda, infraestructura moderna o no, entre otros.

Se plantean las recomendaciones anteriores porque antes de saber qué es importante monitorear en cada punto de servicio se considera muy importante hacer una investigación presencial y exploratoria, en la que los mismos profesionales y las pacientes de esos centros de salud pongan la relevancia en los aspectos que sean importantes para ellas y ellos. De lo contrario, al seguir pautas genéricas e internacionales sobre lo que es relevante en cada punto de servicio, se pierde la esencia de lo que justifica que esta dimensión se plantee como una aparte, distinta de la de accesibilidad. Si se quitan las características particulares, especialmente las humanas, un punto de servicio es muy similar a un servicio de salud en el sentido abstracto de solo ser infraestructura, recursos y resultados.

Así, para saber qué monitorear respecto a los puntos de servicio se sugiere aplicar los instrumentos desarrollados para el estudio de caso, o en su defecto, guiarse por los hallazgos del Monitoreo Social hecho por la Mesa Acción para el Aborto en Chile, que emite juicios como un ente externo, combinando los testimonios de usuarias, profesionales y observación.

Adicionalmente y no de forma contradictoria, todas las características de interés mencionadas en *Accesibilidad*, también son importantes de conocer en cada punto de servicio. Esto es —entre otros—:

- Los profesionales capacitados para entregar atención en el marco de la IVE
- Los profesionales no objetores.
- La disponibilidad de instrumentos para la evacuación uterina por aspiración al vacío, manual o eléctrica.

- La disponibilidad de medicamentos para el aborto médico.
- La disponibilidad de medicamentos e infraestructura para el tratamiento de las complicaciones de aborto.
- La disponibilidad y variedad de métodos anticonceptivos.

Es importante recordar que los resultados sin contexto siempre potencialmente ocultan un sesgo: que una instalación desarrolle el 90% de sus abortos inducidos con aspiración manual puede significar que no hay suficiente cantidad de medicamentos para realizar abortos médicos y, si bien la tecnología de aspiración por vacío es de alta calidad y recomendada, mejorar el servicio que ofrece el centro y ofrecer a las mujeres el más alto estándar de salud posible requiere tener en consideración sus necesidades y preferencias.

Por último, los aspectos que se mencionan más adelante en la dimensión *Evaluación* respecto a la *Gestión y sistemas de información* y *Aprendizaje continuo* también es importante que se apliquen correctamente en cada punto de servicio, así como que se adapten y orienten a sus necesidades propias, sin dejar de responder a lo que la evaluación macro requiere.

A continuación, la tabla 21 muestra los indicadores recomendados para el monitoreo de la dimensión *Puntos de servicio*.

INDICADORES PROPUESTOS – PUNTOS DE SERVICIO		
NOMBRE INDICADOR	DIMENSION	PROPUESTO POR
Número o porcentaje de profesionales capacitados en servicios de aborto seguro, por categoría y distribución geográfica	Accesibilidad; Puntos de servicio	(Evaluating Abortion-Care Programs: Old Challenges, New Directions, 2005) Indicador 18
Porcentaje de procedimientos de aborto realizados con tecnologías preferidas (aspiración manual por vacío, aspiración eléctrica, aborto con medicamentos)	Acceso; Puntos de servicio	(Evaluating Abortion-Care Programs: Old Challenges, New Directions, 2005) Indicador 20
Porcentaje de pacientes de aborto que reciben asesoramiento y métodos anticonceptivos	Acceso; Puntos de servicio	(Evaluating Abortion-Care Programs: Old Challenges, New Directions, 2005) Indicador 21
Tasas de letalidad por aborto dentro de los sitios de servicio	Acceso; Puntos de servicio	(Evaluating Abortion-Care Programs: Old Challenges, New Directions, 2005) Indicador 24
Satisfacción de las pacientes con los servicios de aborto	Mujeres; Puntos de servicio; Evaluación	(Evaluating Abortion-Care Programs: Old Challenges, New Directions, 2005) Indicador 25
Número de ingresos por tratamiento de complicaciones del aborto	Puntos de servicio; Evaluación	(Evaluating Abortion-Care Programs: Old Challenges, New Directions, 2005) Indicador 27
Porcentaje de pacientes postaborto tratados dentro de las dos horas posteriores a su llegada al establecimiento de salud	Puntos de servicio; Evaluación	(Evaluating Abortion-Care Programs: Old Challenges, New Directions, 2005) Indicador 23

El personal ofrece un cuidado respetuoso	Puntos de servicio	(Identifying indicators for quality abortion care: a systematic literature review, 2017) Indicador 36
El personal explica todos los aspectos de la atención del aborto a las pacientes (condición actual, plan de tratamiento, necesidades de seguimiento y posibles complicaciones post aborto y cómo obtener la atención post aborto adecuada).	Puntos de servicio	(Identifying indicators for quality abortion care: a systematic literature review, 2017) Indicador 49
El personal brinda a las pacientes la oportunidad de expresar inquietudes, hacer preguntas y recibir respuestas precisas y comprensibles.	Puntos de servicio	(Identifying indicators for quality abortion care: a systematic literature review, 2017) Indicador 50
El personal proporciona u ofrece directamente referencias para una variedad de servicios de salud sexual y reproductiva, que incluyen anticoncepción y detección y tratamiento para el VIH y las ITS.	Puntos de servicio	(Identifying indicators for quality abortion care: a systematic literature review, 2017) Indicador 53
El personal brinda información sobre una variedad de necesidades de salud sexual y reproductiva, que incluyen: anticoncepción, fertilidad, violencia de género, atención prenatal, detección del cáncer y detección y tratamiento del VIH y las ITS.	Puntos de servicio	(Identifying indicators for quality abortion care: a systematic literature review, 2017) Indicador 54
Proporción de mujeres tratadas por complicaciones obstétricas relacionadas con el aborto	Acceso; Puntos de servicio	(Counting abortions so that abortion counts: Indicators for monitoring the availability and use of abortion care services, 2006) Indicador 3
Proporción de mujeres tratadas por complicaciones graves de aborto	Acceso; Puntos de servicio	(Counting abortions so that abortion counts: Indicators for monitoring the availability and use of abortion care services, 2006) Indicador 4
Personal de la salud con conocimientos correctos del estado legal del aborto	Accesibilidad; Puntos de servicio	(World Health Organization, Department of Reproductive Health and Research, 2012)Indicador 5
Puntos de prestación de servicio que usan los métodos recomendados por la OMS para el tratamiento de las complicaciones del aborto	Accesibilidad; Puntos de servicio; Evaluación	(World Health Organization, Department of Reproductive Health and Research, 2012)Indicador 7
Admisiones obstétricas y ginecológicas debido al aborto	Acceso; Puntos de servicio	(World Health Organization, Department of Reproductive Health and Research, 2012)Indicador 8

Tabla 21 Indicadores propuestos para la dimensión Puntos de servicio

Acceso

Al hablar de acceso se habla de los macro resultados que tiene —o ha tenido hasta el momento la política pública—. En el caso de la Ley 21.030, se observa que el acceso a las prestaciones de la Ley —constitución de causal— ha estado bajo lo esperado, especialmente en la tercera causal, como se mostró en la tabla 8. Esto no es un buen resultado.

También es de interés saber con qué métodos se han practicado las interrupciones de embarazos y abortos; un resultado que se puede vincular con la calidad de la atención y el servicio, pero que no es de conocimiento público, por lo que no se puede considerar un resultado reportado y no es posible emitir un juicio. Como se mostró en la revisión de literatura, el uso de métodos seguros y actualizados

—medicamentos y aspiración al vacío—es un indicador recurrente y relevante, por lo que se espera que esta información sea de conocimiento público y, especialmente, que sean los más métodos usados.

La edad gestacional (promedio o mediana) también es un resultado relevante, porque se relaciona con cuán expedito es el acceso a los servicios; mientras menores son los tiempos de espera, la tendencia es a que las interrupciones se produzcan antes. En el caso de la tercera causal, se mostró que la edad gestacional en que se constituye la causal no suele estar al límite, lo que es bueno. Respecto a las otras causales, no depende de la actitud de búsqueda de cuidado de la mujer la constitución de causal, ya que en el caso de la primera debe haber un riesgo para la vida de la mujer —que obviamente no es de su elección— a lo que siguen procedimientos médicos de confirmación diagnóstica; cuánto tarde ese proceso hasta que la causal se constituye o no, es interesante saber. De forma similar, en la segunda causal hay médicos que postergan la confirmación diagnóstica a que el feto vaya alcanzando estados de desarrollo más avanzados, para tener más certezas sobre el diagnóstico; también es importante saber cuánto dura este proceso. Lo deseable es que el tiempo entre que la mujer intenta constituir la causal y lo logra, sea el menor posible, para no retrasar su acceso a las prestaciones y no exponerla a mayor riesgo. En Chile en el marco de la Ley 21.030 se observó que gran parte de las constituciones de causal sucedieron antes de la semana 22, lo que en términos médicos las hace abortos.

Otro aspecto relevante y que llama la atención es que el programa de acompañamiento ha sido incluso más aceptado que la posibilidad de abortar o interrumpir el embarazo, con una duración promedio de 4 sesiones. Esto muestra la necesidad de las mujeres de contar con apoyo al enfrentarse a embarazos que se desarrollan en condiciones críticas, tanto cuando desean continuarlos como cuando deciden interrumpirlos.

Dentro del acceso pueden contemplarse también las tasas de aborto o de interrupción voluntaria del embarazo, aunque como fue discutido anteriormente, en el contexto de la Ley 21.030 difícilmente reflejan elecciones reproductivas de las mujeres.

Evaluación

Como fue planteado en la sección anterior, a la Evaluación le corresponde hacer el juicio reflexivo en torno a cómo es, cómo se hace y qué logra la política de

aborto. En este sentido, se distinguen dos recursos especialmente útiles para hacerlo, a los que se denomina *Gestión y sistemas de información y Aprendizaje continuo*. El primero es una forma de organizar y analizar todos los datos que se producen en el territorio, lo que incluye que debe ser un recurso disponible, adaptado y utilizado en cada punto de servicio del sistema; y el segundo se refiere a la capacidad del programa de *aprender a aprender*.

A modo de ejemplo, la amplia aceptación del programa de acompañamiento psicosocial sugiere que es una medida bien recibida y que podría ser extendida a otras mujeres, especialmente, a las que no constituyen causal pero se encuentran en circunstancias muy similares. Asimismo, que la duración promedio total esté entre las 4 y 5 sesiones, cuando en principio se estableció un máximo de 10 sesiones de cada tipo (60 en total), sugiere que los recursos existentes se pueden redistribuir para que más mujeres se beneficien de ellos.

A continuación, se comenta en más detalle la Ley 21.030 en relación con la *Gestión y sistemas de información* y el *Aprendizaje continuo*.

Gestión y sistemas de información

La Ley 21.030 restituye prestaciones que no se entregaban desde el año 1989, cuando el aborto en todas sus formas quedó prohibido. Así, la incorporación del aborto, la interrupción del embarazo y los programas de acompañamiento configuran un proceso nuevo dentro de los centros de salud —y entre estos—, que tiene componentes no solo operativas —etapas— y resultados —interrupciones—, sino también cualitativas: las vivencias y las necesidades de las mujeres.

Siendo una de las promesas de la Ley 21.030 el acompañamiento psicosocial, la implementación de la IVE y su evaluación no pueden limitarse a la cantidad de causales constituidas y de interrupciones practicadas, ni siquiera a la cantidad de programas de acompañamiento aceptados y rechazados.

La NTN y las Orientaciones psicosociales son enfáticas en la importancia del programa de acompañamiento y cómo este debe ser *integral, responder a las necesidades de la mujer, respetuoso*, etcétera, pero desarrollan poco el programa de acompañamiento como un proceso y cómo se lograrán todos los atributos que compromete. No se habla de la cantidad de sesiones que son recomendables para una mujer, en ninguna de las causales, ni al decidir interrumpir ni continuar con su

embarazo. Solo se plantea que se tiene derecho a un máximo de 10. No se describe ni sugiere cómo estas sesiones deberían ser agendadas (frecuencia bimensual, mensual, etcétera), tampoco se señala dónde estas se registrarán, ni cuál es un estado emocional de la mujer deseable para su cierre. Si al cabo de las 10 sesiones, la mujer todavía se encuentra en mal estado emocional, debe ser derivada.

Si bien no se espera que la NTN entregue una pauta de cómo debe desarrollarse cada programa de acompañamiento, desde un punto de vista de gestión sí es relevante a cuántas sesiones asisten las mujeres, cuántas fueron planificadas, si están abandonando el programa antes de su término acordado, cuándo, cómo hacerles seguimiento. De forma similar, cuántas son derivadas y, a criterio de las mismas profesionales psicólogas, si las sesiones son insuficientes, cuántas serían adecuadas. Si esta información no se registra y analiza, la evaluación y el mejoramiento de la política pública, especialmente en sus aspectos no técnicos, es difícilmente lograble.

Por otro lado, dentro de los aspectos técnicos es interesante comprender los diagnósticos que constituyen causal. Para la primera y segunda causal hay diagnósticos prelistados que constituyen la causal —15 y 10, respectivamente—, además de la categoría *Otros*. Saber cuáles son esos *Otros* diagnósticos permite actualizar el listado a nivel nacional, haciendo la experiencia para la mujer más expedita y menos incierta, además de no exponerla a la confirmación de uno o dos médicos, donde los consensos no están asegurados. Esto muestra también la necesidad de contar con sistemas de información y clasificación que permitan el diálogo a nivel nacional, sobre todo porque en cada centro se constituyen pocas causales de cada tipo anualmente, por lo que más datos es una forma de aprender más rápido.

La tercera causal es poco técnica en este sentido. Se dice que el relato debe ser plausible como violación y que los hechos deben ser idóneos para producir un embarazo. Se señala, además, que los hechos y el relato pueden corresponder a lo que se entiende por “delito violento” y a “relaciones de coerción y violencia de pareja” (“relación de pareja” por simplicidad); con lo que, si bien no se habla de diagnósticos, ciertamente puede distinguirse entre las violaciones que se producen en el entorno familiar y en otros externos. Respecto a lo primero, no se define un marco oficial para la “plausibilidad” del relato —porque puede que no exista o sea demasiado extenso como para ser definido—, lo que puede ser una barrera para aquellas mujeres que deban relatar ante profesionales médicos —no psicólogos/os— que tienen poco conocimiento de las distintas circunstancias en que un acto sexual es una violación (las Orientaciones Psicosociales proveen un marco amplio para esto, definiéndolo como actos no consentidos que se dan en: asimetrías de poder, fuerza,

intimidación, incapacidad para oponerse, enajenación o trastorno mental). Sin tener una noción de cuantas causales no son constituidas por relato y específicamente qué características del relato, es difícil perfeccionar este proceso. Puede ser que los equipos IVE de cada centro de salud tengan estos consensos internamente establecidos —lo que se pretendía indagar en el formato estudio de caso—. Por otro lado, tampoco hay certeza respecto a que se registre si la violación fue un “delito violento” o se desarrolló en la “relación de pareja”. Estas estadísticas y experiencias serían de alto valor si se estudiaran, incluso más allá de la IVE, ya que se estima que apenas un 10% de las violaciones se denuncian y alrededor de un 10% de las violaciones producen embarazos, por lo que la información oficial sobre violencia sexual es escasa; el involucramiento del Ministerio de la Mujer y Equidad de Género para proponer objetivos, estándares y mecanismos de evaluación y apoyo a las mujeres víctimas de violencia sexual es una responsabilidad que se le recomienda asumir. Y mucho más que en las otras causales, los aspectos psicosociales son, de cierta forma, enfermedad y tratamiento. De hecho, es esperable que la red de apoyo de la mujer en esta causal sea más reducida que en las causales anteriores, ya que las mujeres suelen vivir esta experiencia en soledad y silencio; especialmente, si la violación se produjo en relaciones de pareja o intrafamiliares.

Aprendizaje continuo

La capacidad de aprendizaje de cada uno de los profesionales IVE, del equipo IVE y, finalmente, del centro de salud, es fundamental para el mejoramiento de la implementación de la IVE, especialmente de sus aspectos no técnicos.

Se puede distinguir el tipo de conocimiento (técnico y cualitativo), los actores involucrados y quién lo produce.

Para este trabajo, se denomina técnico —tanto conocimiento como aspecto— todo lo que tiene que ver con procedimientos, procesos de interrupción y lo que ya está reglamentado; y que puede registrarse y aprenderse mediante sistemas de información estandarizados. Complementariamente, se llama cualitativo —tanto conocimiento como aspecto— a todas las características que no caben en los aspectos técnicos y que son propias de los casos IVE —en el sentido limitado, las causales constituidas—.

El abastecimiento de los medicamentos para la interrupción del embarazo, la capacitación de profesionales en técnica aspiración endouterina, la duración de los programas de acompañamiento (ya sea en días, sesiones, etapas o fases descritas por

la psicología), la cantidad y el porcentaje de profesionales IVE (en otras palabras, no objetores), son ejemplos de aspectos técnicos.

Los resultados del trabajo de análisis de datos y la gestión sobre estos permiten adquirir conocimiento técnico.

La experiencia de las mujeres, las razones por qué abandonan o completan el programa de acompañamiento, en qué estado son dadas de alta; las subjetividades de los criterios médicos que en los diagnósticos *Otros* los llevan a confirmar o no la causal, así como lo que consideran un relato plausible de violación, son ejemplos de aspectos cualitativos.

Como los aspectos cualitativos no caben en los sistemas de información estandarizados, se quedan con las personas que los viven y observan. Por ello, se consideran fundamentales las dinámicas de reflexión individuales y grupales sobre las experiencias en torno a la IVE, para que el conocimiento inicialmente individual pueda convertirse en grupal y, eventualmente, consolidarse dentro del equipo y volverse parte de su cultura.

En un contexto digital, la implementación de la Ley 21.030 presenta la oportunidad de generar datos en torno a los aspectos técnicos y analizarlos rápidamente; y el desafío de incorporar la esencia de los datos cualitativos.

Otros aspectos

La flexibilidad que tiene la política pública y su capacidad de adaptarse o derechamente, actualizarse, también es un elemento importante en su evaluación. Un ejemplo concreto es si la política pública de aborto (Ley IVE) dará respuesta a las mujeres embarazadas producto de los anticonceptivos fallidos distribuidos, a través de una interpretación amplia de la primera causal de riesgo de vida para la madre.

En cuanto a la dimensión de evaluación, la falta de mecanismos oficiales y lo poco que es de conocimiento público en torno a la IVE, así como la rigidez transversal de la política pública, hacen que esta no sea bien evaluada, porque tiene un diseño cuya implementación para las mujeres supone muchos obstáculos y para sus evaluadores entrega pocos elementos que conduzcan a su rediseño y mejoramiento.

De esta dimensión se espera —es decir, de la evaluación de la política pública— que sea capaz de retroalimentarse a sí misma y proveer *insights* e información relevante para otras políticas públicas existentes y potenciales; de ahí que sea tan deseado el involucramiento no solo del Ministerio de Salud, sino también del Ministerio de la Mujer y Equidad de Género en las políticas de aborto.

Mujeres

Al hablar de la dimensión de las mujeres en Chile es importante hacerlo integrando su edad, situación independencia económica y/o generación de ingresos, situación laboral, nivel educacional, afiliación al sistema público o privado de salud, si son madres, si tienen una pareja estable, su uso de anticonceptivos, etcétera; en resumen: con una perspectiva interseccional.

Pensar en las mujeres como pacientes de atención de aborto —aunque sea en las limitadas tres causales— es necesario porque en Chile las mujeres todavía son estigmatizadas por buscar acceder al aborto, el que es entendido como una práctica criminal y un asunto privado de las mujeres. Entendiendo, por otro lado, que el aborto es un derecho y un procedimiento básico dentro de la vida sexual y reproductiva de las mujeres, pero cuya práctica de todas formas busca reducirse, pensar en ellas de forma interseccional ayuda a entender en qué contextos y por qué razones acceden al aborto, lo cual permite la creación de políticas o líneas de acción focalizadas que contribuyan a aumentar el uso de métodos anticonceptivos, disminuir la práctica de embarazos no planificados y, en consecuencia abortos legales e ilegales, y con ello finalmente, mejores estándares de vida y disminuir la mortalidad materna.

Para lo anterior, es necesario que las mujeres tengan a lo largo de su vida una relación sana y fluida con su cuerpo y su salud sexual y reproductiva, lo que implica que deberían tener conocimientos de sus derechos y sobre el aborto no solo cuando lo necesitan. Educar a las mujeres y, también a los hombres, desde la infancia es fundamental. En Chile, la tercera causal, violación, tenía el acceso esperado más amplio, es decir, era la circunstancia crítica más frecuente. Aun así, ha sido la causal menos constituida y hace poco fue rechazada la Ley de Educación Sexual Integral, que ofrece valor a la vida de las mujeres como personas autónomas y que en otros países ha sido importante para los buenos resultados de las políticas de aborto. Es importante que el bajo conocimiento sobre la violencia de género no sea una barrera de acceso; las mujeres deben ser capaces de detectar situaciones de abuso y disponer

de las herramientas que les permitan revertirlas o que las asistan a sobrellevarlas. En este sentido, las Orientaciones Técnicas proveen una amplia definición del concepto de violación relacionado con la coerción, que dista de lo que se enseña, en los colegios, por ejemplo, y del imaginario tradicional de lo que una violación es; si las mujeres no tienen conocimiento de esto, no están accediendo plenamente a sus derechos.

El conocimiento que tienen las mujeres es una subdimensión esencial.

Lo que la IVE permite saber de las mujeres es muy limitado y está cerca del perfil demográfico (edad, región y comuna de residencia) y como paciente (edad gestacional), los que desde luego son datos importantes pero también básicos, producto de enfoque circunstancial con que la política de aborto se plantea. La política de aborto en Chile (Ley 21.030) se relaciona con las mujeres principalmente cuando han constituido causal y para ofrecerles la posibilidad de interrumpir o continuar su embarazo, no hay presentes aspectos de educación, regulación de la fertilidad, violencia de género y otros aspectos relevantes a la relación entre las mujeres y el aborto.

En el anexo AL se encuentra una tabla que describe más indicadores recomendados para Chile.

Indicadores para Miles Chile

Previo a la presentación de los indicadores sugeridos para el monitoreo de la Ley 21.030, se plantean las siguientes sugerencias para estructurarlo.

Frecuencia

Se sugiere que el seguimiento hecho por Corporación Miles Chile, como organización de la sociedad civil, sea de frecuencia anual debido a la disponibilidad de los datos (frecuencia de publicación por parte del DEIS) y la cantidad de causales que se constituyen en Chile bajo la Ley 21.030. Debido a que estas, especialmente al verlas diferenciadas por causal, son menos de cientos de forma trimestral (que ha sido la frecuencia de reporte usual hasta 2020), la variación período a período (trimestral) es poco relevante. En contraste, los panoramas anuales dan una visión más general, de mayor magnitud y se condicen con la presentación de estadísticas y reportes anuales de otras fuentes de información oficiales que son relevantes (por

ejemplo, los nacimientos, la estimación de la población por rango etario, tasas de natalidad, denuncias por violencia sexual, etcétera).

Diferenciado por causales

Se sugiere también que el monitoreo sea hecho diferenciado por causales, ya que, como se ha expuesto, todo cambia entre causales: los requisitos, los plazos, la disponibilidad de profesionales, la tasa de interrupción e incluso la edad promedio de las mujeres que las constituyen.

Basado en información pública estandarizada

Por otro lado, debido a las dificultades de acceder a información más específica, estandarizada y confiable que la liberada en el portal de Datos Abiertos del DEIS, se sugiere tomar esta como fuente de información oficial para monitoreos basados en fuentes secundarias.

Dimensiones esenciales: Política, Accesibilidad, Acceso, Evaluación

Se recomienda el monitoreo de la dimensión política porque refleja la política de aborto y el macro-contexto en que se dan los servicios y la atención de aborto. Los indicadores *Nº Estado legal del aborto y Nº Estado de las políticas de aborto* dan cuenta de los aspectos políticos de forma simple y eficiente; además, estos aspectos no suelen cambiar frecuentemente, por lo que su monitoreo es rápido. Se recomiendan también, pero con menor prioridad, los indicadores *El entorno político de la atención post aborto y Proveedores autorizados para realizar evacuación uterina* porque requieren una inspección más profunda y detallada si las modificaciones no han sido anunciadas públicamente. Se sugiere también tener el dato anual de cuándo fue la última modificación sustantiva que se hizo a la política pública o ley, especialmente si esta está evaluada como deficiente. Por último, si se cuenta toda esta información, es posible juzgar, a grandes rasgos, si la política pública responde a los estándares globales o sugeridos por organismos internacionales como la *WHO*, información que captura el indicador *Adopción de acuerdos mundiales relacionados con el aborto*. Los indicadores mencionados se pueden ver en la tabla 21 que se presenta más abajo.

El monitoreo relacionado con *Accesibilidad* se sugiere en relación con la información sobre infraestructura, profesionales capacitados y tecnologías disponibles que es posible conocer mediante fuentes públicas. Además de los indicadores presentados en la siguiente tabla, se sugiere observar a través del tiempo y según la información esté disponible, a nivel de servicio de salud:

- Porcentaje de puntos de servicio (instalaciones) donde se ofrecen prestaciones IVE
- Porcentaje de profesionales capacitados en IVE (respecto al total de profesionales del área de ginecología)
- Puntos de prestación de servicio que usan los métodos recomendados por la OMS para el tratamiento de las complicaciones del aborto

Asimismo, como parte del *Acceso* se sugiere el monitoreo de resultados básicos como:

- Porcentaje de procedimientos de aborto realizados con tecnologías preferidas (aspiración manual por vacío, aspiración eléctrica, aborto con medicamentos) [solo si la información está disponible]
- Porcentaje de pacientes de aborto que reciben asesoramiento y métodos anticonceptivos [solo si la información está disponible]
- Disponibilidad de servicios de aborto subsidiados o gratuitos para mujeres pobres

Los resultados que tienen que ver con decisiones de la mujer, se sugiere que sean hechos separados por rangos etarios: idealmente, niñas (hasta los 14 años por requerir autorización de tutores), adolescentes (entre los 14 y 19 años) y mujeres adultas (desde los 20 años); o, en su defecto, considerando a las niñas dentro de las adolescentes, distinguidas de las mujeres adultas.

En cuanto a la evaluación, se sugiere monitorear si:

- Objetivos oficiales definidos por algún organismo gubernamental o estatal
- La declaración de cumplimiento (o incumplimiento) de los objetivos oficiales, en caso de haber
- La política pública cuenta con una evaluación oficial por parte del Ministerio de Salud
- La política pública cuenta con una evaluación oficial por parte del Ministerio de la Mujer y Equidad de Género

Si lo anterior está disponible, se sugiere integrarlos como elementos valiosos para el monitoreo propio, en tanto criterios y antecedentes.

Conocimiento de las mujeres

En el caso de querer realizar monitoreos basados en la obtención de datos primarios, se sugiere que los instrumentos de evaluación sean diseñados con las causales diferenciadas y que identifiquen, al menos:

- Edad de niña, adolescente o mujer;
- Edad gestacional en que inicia la búsqueda de atención —también conocida como inicio de sospecha de causal—;
- Edad gestacional en que se constituye la causal —para estimar la duración en semanas del proceso de constitución de causal—
- Conocimientos previos sobre la ley, mediante encuesta simple:
 - Motivos de las tres causales
 - Plazos de edad gestacional para constituir las causales
 - Requisitos de autorización médica
 - Requisitos de autorización de terceros
 - Necesidad de denuncia en causal tres
 - Dónde buscar atención de aborto

Se proponen esos elementos porque son la información central de la ley y se relacionan con las barreras que aparecieron en los monitoreos de las organizaciones sociales.

Teniendo en consideración la información disponible de forma pública, se sugieren los siguientes 21 indicadores para el monitoreo del aborto⁷² por parte de Miles Chile:

Nº	Nombre	Definición	Fórmula	Dimensiones	Fuentes
1	Estado legal del aborto	Las restricciones legales que establecen las circunstancias bajo las que una mujer puede interrumpir legalmente un embarazo	1. El aborto está permitido sin restricción de motivos; 2. El aborto está permitido por motivos socioeconómicos ⁷³ 3. El aborto está permitido para proteger la salud mental de la mujer,	Política	Biblioteca del Congreso Nacional de Chile (BCN)

⁷² En la tabla se usa el término “aborto” el sentido estricto hasta las 22 semanas y se nombra IVE a la interrupción a cualquier edad gestacional.

⁷³ Estas leyes permiten considerar los recursos económicos de la mujer, su edad, su estado civil y el número de hijos vivos (Measure Evaluation).

			<p>así como su vida y salud física⁷⁴</p> <p>4. El aborto está permitido para proteger la vida y la salud física de la mujer⁷⁵</p> <p>5. El aborto está permitido solo para salvar la vida de la mujer o el procedimiento está completamente prohibido.</p>		
2	Estado de las políticas de aborto	El entorno político sobre aborto	<ol style="list-style-type: none"> 1. Políticas que fomenten una amplia disponibilidad de atención de aborto, con pocas restricciones de acceso; 2. Políticas que permiten que la atención de aborto sea entregada, pero con prestaciones restringidas; 3. Políticas que significativamente restringen el acceso a la atención de aborto; 4. Políticas que prohíben la prestación de atención de aborto, salvo en situaciones excepcionales. 	Política	Ministerio de Salud (Minsal), BCN
3	Estado de las políticas de atención post aborto	El entorno político de la atención post aborto	<ol style="list-style-type: none"> 1. Políticas altamente favorables al tratamiento de las complicaciones de aborto, incluidas las de abortos ilegales; 2. Políticas moderadamente favorables a la 	Política	Minsal, BCN

⁷⁴ La interpretación de “salud mental” puede variar en los distintos países y puede incluir la angustia psicológica que padece una mujer que es violada o la tensión severa causada por circunstancias socioeconómicas (Measure Evaluation).

⁷⁵ Tales leyes pueden permitir el aborto por motivos de salud que pueden requerir que la amenaza de daño a la salud sea grave o permanente (Measure Evaluation).

			<p>atención post aborto;</p> <p>3. Políticas sobre atención post aborto prácticamente inexistentes y la atención entregada es ad hoc y muy variable;</p> <p>4. Políticas que limitan el acceso de las mujeres a la atención post aborto</p>		
4	Tasa anual de abortos	Número de abortos inducidos legales que ocurren en un año cada 1.000 mujeres en edad reproductiva (15-49 años).	$\frac{\text{cantidad de interrupciones de embarazo hasta las 22 semanas de gestación en mujeres de 15 - 49 años en un año} \times 1000}{\text{total de mujeres 15 - 49 años ese año}}$	Acceso Mujeres	Minsal, Instituto Nacional de Estadísticas (INE)
5	Tasa anual de aborto adolescente	Número de abortos inducidos legales que ocurren en un año cada 1.000 mujeres adolescentes (15-19 años).	$\frac{\text{cantidad de interrupciones de embarazo hasta las 22 semanas de gestación en mujeres de hasta 19 años en un año} \times 1000}{\text{total de mujeres 15 - 19 años ese año}}$	Acceso Mujeres	Minsal, INE
6	Tasa anual de IVE	Número de interrupciones de embarazo practicadas bajo la Ley 21.030 en un año cada 1.000 mujeres en edad reproductiva (15-49 años).	$\frac{\text{cantidad de interrupciones de embarazo en mujeres de 15 - 49 años en un año} \times 1000}{\text{total de mujeres 15 - 49 años ese año}}$	Acceso Mujeres	Minsal, INE
7	Tasa anual de IVE adolescente	Número de interrupciones de embarazo practicadas bajo la Ley 21.030 en un año cada 1.000 mujeres adolescentes (15-19 años).	$\frac{\text{cantidad de interrupciones de embarazo en mujeres de hasta 19 años en un año} \times 1000}{\text{total de mujeres 15 - 19 años ese año}}$	Acceso Mujeres	Minsal, INE

8	Número de causales constituidas en un año	Cantidad de causales constituidas en un año	—	Acceso	Minsal
9	Número de procedimientos de abortos inducidos	Cantidad de interrupciones realizadas hasta la semana 22 de gestación en un año en el marco de la Ley 21.030	—	Acceso	Minsal
10	Proveedores autorizados para realizar evacuación uterina	Rango de proveedores autorizados para realizar evacuación uterina	1. Profesionales capacitados 2. Médicos capacitados	Política Accesibilidad	Minsal, BCN
11	Adopción de acuerdos mundiales relacionados con el aborto			Política Accesibilidad	BCN, Minsal
12	Porcentaje de causales constituidas en el sistema público en un año	Cantidad de causales constituidas en el sistema público (variable <i>tipo de establecimiento</i> o con valor <i>público</i>) respecto al total de causales constituidas en un año	$\frac{\text{cantidad de causales constituidas en un establecimiento de tipo público en un año} \times 100}{\text{total de causales constituidas ese año}}$	Acceso	Minsal
13	Porcentaje de aceptación del programa de acompañamiento	Cantidad de causales constituidas en que la mujer aceptó el programa de acompañamiento (variable <i>decisión sobre acompañamiento psicosocial</i> con valor SI) respecto al total de causales constituidas en un año	$\frac{\text{cantidad de causales constituidas en que la decisión sobre acompañamiento de la mujer fue SI en un año} \times 100}{\text{total de causales constituidas ese año}}$	Acceso	Minsal

14	Duración promedio del programa de acompañamiento	Suma de la cantidad de sesiones de acompañamiento (los valores de la variable <i>total de consultas de acompañamiento</i>) de las causales constituidas en un año dividido por la cantidad de causales constituidas ese año	$\frac{\text{Suma del total de consultas de acompañamiento de las causales constituidas en un año}}{\text{total de causales constituidas ese año}}$	Acceso Evaluación	Minsal
15	Porcentaje de objeción de conciencia de médicos obstetras a nivel nacional	Cantidad de médicos obstetras objetores de la causal a nivel nacional respecto al total de médicos obstetras a nivel nacional. Por causal.	$\frac{\text{Cantidad de médicos obstetras a nivel nacional que objetan la causal} \times 100}{\text{total de médicos obstetras a nivel nacional}}$	Accesibilidad Evaluación	Minsal
16	Edad gestacional promedio al constituirse la causal	Suma de la (variable) <i>edad gestacional</i> de las causales constituidas en un año dividido por la cantidad de causales constituidas ese año. Por causal.	$\frac{\text{Suma de la edad gestacional de concurrencia de las causales constituidas en un año}}{\text{total de causales constituidas ese año}}$	Acceso Mujeres Evaluación	Minsal
17	Edad promedio de las mujeres que constituyen causal	Suma de la (variable) <i>edad de la mujer</i> de las causales constituidas en un año dividido por la cantidad de causales constituidas ese año. Por causal.	$\frac{\text{Suma de la edad de las mujeres al constituir causal en un año}}{\text{total de causales constituidas ese año}}$	Mujeres	Minsal

18	Porcentaje de causales constituidas por adolescentes (hasta 19 años)	Cantidad de causales constituidas por mujeres hasta los 19 años de edad (variable <i>edad de la mujer</i>), en un año, respecto al total de causales constituidas ese año. Por causal.	$\frac{\text{Cantidad de causales constituidas por mujeres de hasta 19 años de edad} \times 100}{\text{total de causales constituidas ese año}}$	Acceso Mujeres	Minsal
19	Porcentaje de interrupción de embarazo anual	Cantidad de causales constituidas en que se decide interrumpir el embarazo (variable <i>decisión de la mujer sobre su embarazo</i> con valor <i>interrumpir el embarazo</i>) respecto al total de causales constituidas, en un año. Por causal.	$\frac{\text{Cantidad de causales constituidas en que la mujer decide interrumpir el embarazo} \times 100}{\text{total de causales constituidas ese año}}$	Acceso Mujeres	Minsal
20	Cantidad de compra anual de Misoprostol Ley 21030 vía CENABAST	Cantidad (<i>cantidad unitaria</i>) de misoprostol comprado vía CENABAST bajo el <i>Nombre producto genérico</i> "Misoprostol 200 mcg cm Ley 21030" con <i>Fecha de compra</i> en el <i>Período</i> de un año	Suma de las cantidades de de misoprostol asociado a la Ley 21030 comprado en un año	Accesibilidad	CENABAST ⁷⁶
21	Cantidad de compra anual de Mifepristona	Cantidad (<i>cantidad unitaria</i>) de mifepristona	Suma de las cantidades de de mifepristona asociada a la Ley 21030 comprada en un año	Accesibilidad	CENABAST

⁷⁶ Compras CENABAST [Compras Cenabast - CENABAST](#)

Ley 21030 vía CENABAST	comprada vía CENABAST bajo el <i>Nombre producto genérico</i> “Misoprostol 200 mcg cm Ley 21030” con <i>Fecha de compra</i> en el <i>Período</i> de un año
------------------------	--

Tabla 22 Indicadores propuestos para Corporación Miles

La tabla a continuación entrega el valor de los indicadores para el año 2019 y diferenciados por causal cuando corresponde:

N°	Nombre	Dimensión	Valor (2019)	Causal		
			Total	Primera	Segunda	Tercera
1	Estado legal del aborto	Política	5. El aborto está permitido solo para salvar la vida de la mujer o el procedimiento está completamente prohibido.	—	—	—
2	Estado de las políticas de aborto	Política	4. Políticas que prohíben la prestación de atención de aborto, salvo en situaciones excepcionales.	—	—	—
3	Estado de las políticas de atención post aborto	Política	4. Políticas que limitan el acceso de las mujeres a la atención post aborto.	—	—	—
4	Tasa anual de abortos	Acceso	0,12	0,05	0,05	0,03
5	Tasa anual de aborto adolescente	Acceso Mujeres	0,087	0,010	0,003	0,074
6	Tasa anual de IVE	Acceso	0,15	0,05	0,07	0,03
7	Tasa anual de IVE adolescente	Acceso Mujeres	0,097	0,010	0,013	0,074
8	Número de causales	Acceso	818	267	414	137

	constituidas en un año					
9	Número de procedimientos de aborto inducido	Acceso	562	206	234	122
10	Proveedores autorizados para realizar evacuación uterina	Política Accesibilidad	2. Médicos capacitados			
11	Adopción de acuerdos mundiales relacionados con el aborto	Política Accesibilidad				
12	Porcentaje de causales constituidas en el sistema público en un año	Acceso	88%	94%	79%	99%
13	Porcentaje de aceptación del programa de acompañamiento	Acceso	85%	78%	87%	91%
14	Duración promedio del programa de acompañamiento ⁷⁷	Acceso Evaluación	4,65	4,05	4,83	5,29
15	Porcentaje de objeción de conciencia de médicos obstetras a nivel nacional	Accesibilidad Evaluación	—	18%	25%	46%
16	Edad gestacional promedio al constituirse la causal	Acceso Mujeres Evaluación	17,0	17,2	20,0	7,6
17	Edad promedio de las mujeres que constituyen causal	Mujeres	29,4	29,7	31,5	22,7
18	Porcentaje de causales constituidas por adolescentes (hasta 19 años)	Acceso Mujeres	10%	3%	4%	42%

⁷⁷ En términos generales, incluyendo a las mujeres cuya decisión sobre el programa de acompañamiento fue “no” o “sin información” (en casi todos estos casos la duración es 0 sesiones).

19	Porcentaje de interrupción de embarazo anual	Acceso Mujeres	82%	82%	79%	89%
20	Cantidad de compra anual de Misoprostol Ley 21030 vía CENABAST	Accesibilidad	0	—	—	—
21	Cantidad de compra anual de Mifepristona Ley 21030 vía CENABAST	Accesibilidad	0	—	—	—

Tabla 23 Indicadores para Miles Chile al año 2019

Recomendaciones de política pública para Chile

No hay razones para que el aborto no sea legal, libre, seguro y gratuito. En cuanto el aborto es un derecho humano de las mujeres, a la salud y, específicamente a la salud sexual y reproductiva, este debe ser garantizado por el Estado, sin intervenir en los motivos que las mujeres tienen para acceder a este. Existen actualmente tecnologías, disponibles en Chile, que permiten que el aborto se practique de forma segura y a bajo costo.

En cuanto a la regulación, es preferible que exista una ley que lo garantice — es decir, la llamada *legalización del aborto*—, en lugar de una que solo lo despenalice. La legalización del aborto lo convierte en un derecho para las mujeres y obliga al Estado a garantizar su acceso. En un sistema como el chileno, guiado por el libre mercado, es importante que el acceso de las mujeres a los servicios de aborto no depende de su poder adquisitivo.

La legalización del aborto, como política pública, además de la ley, debe ser acompañada de otras elaboraciones normativas de políticas públicas que definan los estándares de calidad de los servicios de aborto, los derechos de las mujeres y las obligaciones de los prestadores de salud. En esto se incluye que la objeción de conciencia no se vuelva un obstáculo para el acceso de las mujeres a servicios de aborto oportunos y al menor costo posible.

Los servicios de aborto deberían estar disponibles en la red primaria de salud chilena, por su amplia cobertura, dispersión territorial, la seguridad y simpleza de los procesos de aborto, especialmente, los de aborto médico.

Para ampliar la disponibilidad y accesibilidad de los servicios de aborto también se sugiere capacitar y habilitar a profesionales de la salud no médicos para practicar abortos.

La red primaria de atención, con servicios de aborto médico disponibles, profesionales capacitados habilitados para practicar estos abortos y una objeción de conciencia limitada, debería fácilmente cumplir con la entrega de servicios de aborto oportunos, accesibles, seguros y respetuosos para las mujeres.

Se recomienda priorizar la disponibilidad de métodos de aborto médico; por su alta eficacia y posibilidad de ser autoadministrados por las mujeres; esto, en línea con una política de aborto que pretenda hacerse cargo de la dispersión geográfica de las mujeres, disminuir sus costos de acceso y adaptarse a sus necesidades y preferencias. La experiencia internacional muestra que el aborto médico ha tenido buena recepción por parte de las mujeres, que ha contribuido a hacer el aborto accesible, menos costoso y ha disminuido la edad gestacional a la que se practica.

Se recomienda al Estado de Chile poner especial énfasis en el monitoreo, la evaluación y la garantía de servicios de aborto en los territorios que corresponden a los Servicios de Salud Maule y Araucanía Norte, que —como se vio en la sección Accesibilidad— son los que tienen mayores porcentajes de objeción de conciencia de médicos obstetras, que se traducen en barreras de acceso.

Se recomienda implementar el aborto médico en el sistema de atención primaria no sujeto a objeción de conciencia.

Se recomienda reestructurar los protocolos de objeción de conciencia de forma que sean correctamente justificados y no se les dé un uso indebido o por motivos distintos a una genuina objeción de conciencia, ya que la falta a la práctica de abortos e interrupciones de embarazo restringe el acceso de las mujeres a los servicios de aborto, por lo que es una vulneración a sus derechos con consecuencias irreversibles, incluso mortales.

Se sugiere también que la objeción de conciencia solo sea apelable por los médicos o profesionales que practicarían la intervención quirúrgica, quedando excluidos los métodos médicos y los otros profesionales.

Se sugiere eliminar la objeción de conciencia institucional.

Se sugiere concebir las políticas de aborto de forma integral y no centradas solo en la elaboración legal, como ha ocurrido con la despenalización de la interrupción voluntaria del embarazo en tres causales o Ley 21.030. Un enfoque integral debe contemplar, al menos, servicios de aborto y atención post aborto, incluyendo la entrega de métodos anticonceptivos; la entrega de educación sexual integral y educación a la ciudadanía sobre las políticas de aborto y la desmitificación del aborto como una práctica riesgosa.

Se sugiere la elaboración de políticas de aborto con objetivos claramente definidos y mecanismos de evaluación de conocimiento público que sean periódicamente aplicados. Asimismo, se sugiere contar con sistemas robustos de información que capturen suficientes datos para evaluar la política de aborto según los estándares internacionales.

En el proceso de diseño, análisis y evaluación de políticas públicas se recomienda que estas sean, siempre, elaboradas con perspectiva de género y basadas en la diferencia sexual, entendiendo que mujeres y hombres, en base a la cultura o a sus condiciones biológicas, tienen necesidades distintas y viven el mundo de forma diferenciada. La política de aborto es una forma de hacerse cargo de estas diferencias y comprometerse con la construcción de una sociedad equitativa.

En línea con lo anterior, se recomienda que el análisis y la evaluación de las políticas de aborto, centradas en las mujeres como pacientes, se haga con un enfoque interseccional que permita la intervención focalizada para no dejar desprotegidas a las mujeres más jóvenes, vulneradas o marginalizadas; a modo de ejemplo, las niñas y adolescentes, especialmente las víctimas de violencia intrafamiliar, incluida la violencia sexual; las mujeres pobres e indigentes y las migrantes en situación irregular.

Se sugiere también que las políticas sean elaboradas de una forma que su rediseño no demande un esfuerzo excesivo fuera de lo que se quiere modificar per

se. En específico, se sugiere que las leyes no sean rígidas desde un punto de vista que delimite la práctica o la implementación de la misma, como ocurre con la Ley 21.030 y el mecanismo de constitución de causal.

Se sugiere mantener en las tres causales el programa de acompañamiento y extenderlo a las mujeres que no logran constituir la causal. En un contexto de aborto libre, se sugiere que el programa de acompañamiento esté disponible para las mujeres que abortan con motivos relacionados con su salud física o mental, inviabilidad fetal, violación e incesto.

Se sugiere mejorar la difusión de las prestaciones IVE hacia la comunidad en los centros de salud primaria, en los colegios, en el sitio web oficial del Ministerio de Salud y a través del canal de atención telefónico y web Salud Responde. También se sugiere informar sobre el aborto como prestación médica —es decir, en qué consiste, qué métodos se usan, sus riesgos, a qué edades gestacionales y dónde puede practicarse—.

Se sugiere que el aborto sea legal —esté garantizado como un derecho—, —libre en cuanto a motivos—, seguro —entregado por profesionales capacitados con tecnologías adecuadas— y gratuito en el sistema público; a través de la red primaria de atención con derivaciones a los niveles más complejos cuando corresponda.

CONCLUSIONES

A continuación, se presentan conclusiones respecto a los distintos aspectos que fueron abordados para la comprensión del aborto como un fenómeno complejo, con una política pública deficiente y que carece de evaluación en Chile.

No hay una única estimación de la cantidad de abortos clandestinos que se producen en Chile —ni única forma de calcularlos— y, por ende, se desconoce la magnitud real del problema y de vulneración de las mujeres. No obstante, esto no es justificación para desentenderse del problema de salud pública y tampoco lo es que las mujeres no mueran por abortos inseguros. La política pública debe estar orientada a garantizar a las mujeres el ejercicio de sus derechos y el acceso a las prestaciones —de salud u otro tipo— esenciales para ello. Que las mujeres no mueran por la práctica de abortos clandestinos —inseguros— no significa que no haya una necesidad de servicios de aborto seguro; pero sí significa que el costo de practicarse

en la clandestinidad abortos menos seguros —combinación de métodos médicos sin el apoyo de profesionales capacitados— lo asumen de forma privada e individual las mujeres. Son vulneraciones adicionales que no cuenten con la garantía al acceso de servicios de atención post aborto si experimentan complicaciones y que, además, tengan el desincentivo de acceder a los servicios de salud por la amenaza de una denuncia y el riesgo de castigo penal con presidio.

Se sugiere abandonar los enfoques dicotómicos o unidimensionales, en todo sentido, sobre el aborto —si es salud pública, un derecho de las mujeres o un asunto privado— al elaborar políticas públicas y pensarlo de la forma integrada que fue planteada en la sección *El aborto*. Asumir el aborto en su complejidad ayudará a priorizar objetivos en lugar de desentenderlos, olvidarlos y nunca hacerse cargo de ellos. Al entender el aborto de forma compleja, se entiende como parte de los derechos humanos, de salud y sexuales y reproductivos y, esto permite pensarlo, recordarlo, planificarlo y proveerlo en un contexto que no lo sitúa como una necesidad o decisión estigmatizable de cada mujer individual.

La evidencia internacional muestra que los servicios de aborto, de hecho, se conciben de forma integral e incluyen el uso de métodos anticonceptivos de la forma preventiva que les corresponde.

La evidencia también muestra que los países, o sistemas de salud, donde el acceso a métodos anticonceptivos —y servicios de planificación familiar— es amplio, tienen bajas tasas de aborto, lo que muestra que el aborto no reemplaza el uso de métodos anticonceptivos; argumento que ha sido usado en contra de las políticas de aborto libre en Chile. Una política de derechos sexuales y reproductivos, o al menos control de la natalidad, bien conducida no debería resultar en tasas de aborto aumentantes en el largo plazo de forma contraproducente, en el sentido de disminuir el uso de anticonceptivos y aumentar la práctica de abortos.

La Ley 21.030, la Norma Técnica Nacional de Acogida y Acompañamiento, así como los otros documentos oficiales publicados, carecen de solidez y coherencia, desde un punto de vista de gestión y organizacional, que permita cumplir con los objetivos establecidos en cada uno de los documentos y con el objetivo último de “aumentar la autonomía de las mujeres”.

Las constantes referencias a que se hará entrega de una atención integral, respetuosa, acorde a las necesidades y un acompañamiento psicosocial de mutuo

acuerdo, se pierden en una oferta intersectorial no articulada. Finalmente, nadie se hace cargo del bienestar psicosocial de la mujer, puesto que no hay ninguna figura de la cadena de atención responsable de ese objetivo.

Los sistemas de información no parecen levantar toda la información que se requiere para que la atención de la mujer no pierda su propósito en el camino; y las solicitudes —propias y de terceros— por Transparencia a los distintos organismos ministeriales dan cuenta de que no se ha hecho el monitoreo prometido en la NTN.

La implementación en documento de la Ley 21.030 parece estar pensada para ser una política pública no evaluable en su complejidad.

El enfoque de implementación y de análisis *bottom-up* permite obtener *insights* respecto a cómo sucede realmente la implementación, las experiencias que tienen los proveedores en la base y los usuarios. El Monitoreo de la Mesa Acción por el Aborto coincide con un enfoque *bottom-up* por dirigirse a los centros de salud a observar la implementación y las necesidades de los actores; y produjo resultados que sería imposible obtener de los sistemas de información. Por lo anterior, se sigue sugiriendo la realización de un estudio de caso que, con una perspectiva de política pública, procesos y dinámicas organizacionales analice lo que ocurre en los puntos de servicio y pueda proponer soluciones de gestión adaptadas a la realidad local.

En particular, el mecanismo de constitución de causal es ineficiente para la implementación de la política pública y está incluido en la Ley 21.030, por lo que es rígido en comparación con otras formas de regulación.

Respecto a la política en Chile, teniendo en consideración que el programa de acompañamiento ha tenido una aceptación más amplia que incluso la opción de interrumpir el embarazo, dos cosas deberían hacerse: primero, ver el programa como una componente fundamental de la política pública e interpretarla como que las mujeres en estas situaciones requieren apoyo psicológico para enfrentar embarazos complejos, lo que podría ser extender el programa de acompañamiento a las mujeres cuyos diagnósticos no avalan riesgo vital, pero sí riesgo para la salud, o malformaciones fetales no letales (es decir, aquellas no constituirán primera ni segunda causal) y para aquellas que exceden la edad gestacional en la tercera causal; además de evaluar, mejorar y perfeccionar el programa como una prestación fundamental. Por otro lado, en la eventualidad de una ley de aborto libre, las mujeres en estas situaciones seguirán requiriendo apoyo psicosocial, a diferencia de la

mayoría de los abortos que se realizan por otros motivos centrados en la voluntad de la mujer.

Lo anterior muestra la potencia que tienen las políticas públicas de retroalimentarse y vislumbrar otras carencias o posibilidades para las que no fueron concebidas.

Sobre los indicadores, muchos de los propuestos en la literatura internacional comparten el problema de base de requerir información que usualmente no está disponible, no es de fácil acceso o no está estandarizada. Por lo anterior, las mediciones son mucho menos confiables en un momento dado y también lo son las comparaciones a lo largo del tiempo.

Lo anterior refleja una debilidad en los sistemas de información en los sistemas de salud, lo cual por supuesto, no es exclusivo al aborto sino una característica transversal y propia del sistema, que debe ser corregida en un nivel superior. En ese sentido, es tanto un aspecto de la dimensión política, de evaluación y de accesibilidad —si se entienden los sistemas de información como esenciales para proveer servicios de calidad—. En este aspecto, se valora de forma positiva la disponibilidad de datos a través de *Datos abiertos* en el *DEIS* y vía *Transparencia*.

De forma similar, la evidencia y la experiencia internacional no muestran una definición estándar para los indicadores de aborto como tema de salud pública ni de políticas públicas. No se encuentran indicadores definidos en el sentido estricto presentado en el marco teórico —ni como indicadores de desempeño ni de salud pública— que sean sistemáticamente usados en la literatura ni por los distintos países que tienen políticas de aborto —o al menos lo permiten— y reportan sus resultados a la población a través de portales oficiales estatales.

Lo anterior, sin embargo, no sorprende por la variabilidad de las políticas y leyes de aborto en el mundo y cómo han surgido; esto se refleja, en que no hay objetivos únicos esperados de las políticas de aborto y tampoco hay horizontes claramente deseados —no hay una tasa de aborto deseada—, salvo disminuir la mortalidad materna, a modo de impacto, en lo que el aborto seguro tiene una contribución difícil de precisar. En este sentido, se pueden medir las muertes atribuibles al aborto, pero con los métodos seguros actualmente en existencia, baja mortalidad asociada al aborto no significa que haya una buena política de aborto y

Chile es ejemplo de ello. Se entiende entonces la complejidad de plantear el aborto como un indicador de salud pública.

Por otro lado, desde el punto de vista de indicadores de políticas públicas o programas sociales, los objetivos dependen mucho de la justificación de la Ley, con lo incoherente que pueda ser, como es el caso de Chile. Los objetivos “*contribuir a la disminuir la mortalidad materna*” (generalmente planteado por organizaciones internacionales o de salud, como la *WHO*), “*asegurar los derechos humanos –salud sexual y reproductiva– de las mujeres*” (frecuente en los discursos pro derechos y feministas) y “*aumentar la autonomía de las mujeres*” (en el programa de gobierno de Bachelet 2014-2018) son demasiado distintos y distantes entre sí como para ser todos el objetivo principal de la política pública de aborto; y esto contribuye a que los objetivos o criterios que se usan para medir el éxito de las políticas de aborto en un lugar del mundo no se adapten a otros.

“*Aumentar la autonomía de las mujeres*” es un objetivo conflictivo por razones que escapan de lo planteado en esta tesis, pero fundamentalmente vinculadas con la definición de autonomía y la factibilidad contextual de ponerla en práctica. Intentar aumentar la autonomía de las mujeres al permitirles interrumpir un embarazo en situaciones muy específicas (las causales), con la autorización de uno o dos médicos basados en sus conocimientos y juicios sobre el posible riesgo; o solo hasta las 12 semanas en caso de violación, son circunstancias que pocas mujeres cumplen completamente, por lo que son finalmente esas pocas a las que se les “*aumenta la autonomía*” en lugar de a las mujeres, en general. Por otro lado, la permisividad del aborto en situaciones tan específicas y complejas se relaciona más con la restitución de un derecho básico a solo unas pocas cuyas condiciones se consideran moralmente aceptables.

En vista de todo lo anterior: sistemas de información no estandarizados e incompletos, diferentes regulaciones, distintas definiciones de objetivos, incluidas su ausencia e inconsistencia; procedimiento estigmatizado entre lo médico y lo privado y, distintos sistemas de salud y culturas, se comprende la falta de coincidencia y coherencia en los indicadores propuestos para el monitoreo del aborto. Inevitablemente, este trabajo reproduce esa falta de rigurosidad, salvo en los indicadores más básicos que son propuestos como formas de medición de resultados intermedios específicos y que no se relacionan con ningún objetivo superior.

Para intentar contribuir a la falta de rigurosidad, se propone entender por indicadores de aborto lo siguiente:

Indicadores de aborto: aquellos indicadores que se refieren a una forma específica (número, porcentaje, tasa, etcétera), cuentan con un nombre conciso descriptivo y una fórmula que señala con claridad a quiénes se está midiendo y cuándo, tanto en el numerador como en el denominador y se relacionan con alguna dimensiones identificadas o aspecto relevante contenido en ellas; cumpliendo parcialmente los requisitos teóricos de los indicadores de programas sociales y de salud pública.

Potenciales indicadores de aborto: aquellos que solo enuncian lo que intentan medir como variable de interés de forma amplia o abstracta, sin precisar de qué forma (número, porcentaje, otro) son ni en qué contexto o área de interés deben ser interpretados.

GLOSARIO

Aborto: “Interrupción voluntaria o involuntaria del embarazo antes de que el embrión o el feto estén en condiciones de vivir fuera del vientre materno” (Oxford).

Aborto inseguro: “interrupción de embarazo realizada por personas que no cuentan con las habilidades o información necesarias o, que se realizan en un ambiente que no cumple con estándares médicos mínimos; o ambas” (WHO, 2017).

Aborto médico o Métodos médicos de aborto: “utilización de fármacos para finalizar el embarazo. A veces, también se emplean los términos ‘aborto no quirúrgico’ o ‘aborto farmacológico’” (World Health Organization, Department of Reproductive Health and Research, 2012).

Aborto quirúrgico o Métodos quirúrgicos de aborto: “utilización de procedimientos transcervicales para finalizar un embarazo, entre los que se incluyen la aspiración de vacío y la dilatación y evacuación (DyE)” (World Health Organization, Department of Reproductive Health and Research, 2012).

Aborto seguro: “aborto que se realiza con un método recomendado por la OMS que sea apropiado para la duración del embarazo y si quien realiza o apoya el aborto está capacitado” (WHO, 2019).

Actores involucrados: “todos aquellos que intervienen directa e indirectamente en el proceso de entrega de los bienes y servicios e influyen en el grado de obtención del logro esperado por la política pública” (Fuente).

Árbol de problemas: “relación causa-efecto que explica la existencia de un problema social” (Fuente pág. 24).

Árbol de objetivos: “situación deseada respecto de la solución del problema social y de la solución de las causas y efectos” (Fuente pág. 24).

Edad (duración) gestacional del embarazo (gestación): “la cantidad de días o semanas desde la fecha del primer día de la última menstruación (FUM)⁷⁸ en las mujeres con ciclos regulares (en el caso de las mujeres con ciclos irregulares, tal vez sea necesario determinar la edad gestacional mediante un examen físico o una ecografía). En general, se considera que el primer trimestre constituye las primeras 12 o 14 semanas del embarazo” (World Health Organization, Department of Reproductive Health and Research, 2012).

Estándares de derechos humanos: “el significado y alcance de los derechos humanos según los interpreten y apliquen los organismos de derechos humanos encargados de dicha tarea, como por ejemplo, los tribunales regionales, nacionales e internacionales y los comités de derechos humanos” (World Health Organization, Department of Reproductive Health and Research, 2012).

Factor relevante: “palabra (s) clave (s) señalada (s) en la narración del objetivo. Normalmente en un objetivo se indica la población-objetivo (sobre la cual se quiere medir) acompañada del logro esperado. Este último corresponde al factor relevante” (Fuente pág. 25).

Indicador: “herramientas de medición de objetivos. Sólo miden, no ‘opinan’” (Fuente pág. 25).

Indicador de calidad: “mide los atributos, capacidades o características que deben tener los bienes y servicios para satisfacer los objetivos. Es una dimensión de la eficacia. La calidad se puede medir mediante la oportunidad, la accesibilidad, la percepción de los usuarios y la presión en la entrega de los servicios” (Fuente pág. 25).

Indicador de economía: “mide la capacidad del programa/institución para administrar, generar o movilizar adecuadamente los recursos financieros. Es una dimensión de la eficiencia. A este indicador ‘no le interesan los objetivos, sólo ve costos’” (Fuente pág. 25).

Indicador de eficacia: “mide el grado de cumplimiento de los objetivos de un programa o proyecto. Dicho de otra forma, mide los logros entre lo planificado y lo obtenido o en qué medida se cumplen los objetivos, ‘sin referirse al costo de los mismos’” (Fuente pág. 25).

Indicador de eficiencia: “mide la relación entre el logro obtenido respecto de los insumos o recursos utilizados, a través de la productividad media y los costos de producción” (Fuente pág. 25).

⁷⁸ *Last menstrual period (LMP)*

Mujeres en edad reproductiva: “Todas las mujeres de 15 a 49 años. En algunas estimaciones de censos y encuestas, la edad superior se toma como 44 años y, por lo tanto, el último grupo de edad es de 40 a 44 años. Más recientemente, se ha recomendado que las tasas totales de fertilidad se muestren tanto de los 15 a 44 años como de los 15 a 49 años, especialmente cuando se utilizan datos de encuestas. Es común agregar los nacimientos de niñas menores de 15 años al grupo de edad de 15 a 19 años y los de mujeres mayores de 49 años al grupo de edad de 45 a 49 años” (World Health Organization, 2006 pág. 9).

Población: construcción abstracta de los seres humanos para planificar mejor la intervención pública. La definimos señalando límites a partir de las características que se quieren relevar y que son parte del origen del problema social. Dependiendo del nivel de focalización se puede definir la población de referencia (el universo), la población potencial (universo+ alguna característica), la población objetivo (universo + alguna característica + otra característica de focalización) y la población objetivo (dividida en población atendida y población en espera de ser atendida” (Fuente pág. 24).

Problema social: condición injusta para un grupo de influencia pública, que afecta negativamente sus valores y que tiene posibilidades de ser solucionado en forma colectiva (Fuente pág. 24).

Vías de administración de misoprostol:

- “Oral: los comprimidos se tragan de inmediato.
- Bucal: los comprimidos se ponen entre las encías y las mejillas y se tragan después de 30 minutos.
- Sublingual: los comprimidos se ponen debajo de la lengua y se tragan después de 30 minutos.
- Vaginal: los comprimidos se ponen en el fondo del saco vaginal (la parte más profunda de la vagina) y se indica a la mujer que se recueste durante 30 minutos.” (World Health Organization, Department of Reproductive Health and Research, 2012)

BIBLIOGRAFÍA

¿De qué se habla cuando se habla de políticas públicas en Chile? Estado de la discusión y actores en el Chile del bicentenario. **Mireya Dávila, Ximena Soto Soutullo.** 2011. s.l. : Estado, Gobierno y Gestión Pública, 2011, Vol. 17. 0717-6759.

1177 Vårdguiden. Abort. *1177 Vårdguiden.* [En línea] [Citado el: 23 de diciembre de 2020.] <https://www.1177.se/en/other-languages/other-languages/graviditet---andra-sprak/abort--andra-sprak/>.

Althoff, Keri. *Data and Health Indicators in Public Health Practice.* [Coursera] s.l., United States : John Hopkins University.

Bachelet, Michelle. 2015. *Mensaje de S.E. la Presidenta de la República con el que inicia un proyecto de ley que regula la despenalización de la interrupción voluntaria del embarazo en tres causales.* 31 de enero de 2015. Mensaje N° 1230-362.

—. **2013.** *Programa de Gobierno Michelle Bachelet 2014-2018.* 2013.

BBC Mundo. 2018. ¿Cuál fue el primer país del mundo en legalizar el aborto y por qué lo hizo? *BBC News.* 26 de mayo de 2018.

Bustos, Andrea. 2020. El método falla y el Estado es el culpable: el complejo escenario tras la entrega de anticonceptivos defectuosos. *Diario Uchile. Radio Universidad de Chile.* 28 de noviembre de 2020.

Center for Reproductive Rights. The World's Abortion Laws. *Center for Reproductive Rights.* [En línea] [Citado el: 28 de diciembre de 2020.] <https://reproductiverights.org/worldabortionlaws>.

Chile, un buen lugar donde nacer: Morbimortalidad materna e infantil a nivel global y nacional. **González, P. Rogelio. 2014.** 6, s.l. : Elsevier, 2014, Revista Médica Clínica Las Condes, Vol. 25.

Congreso Nacional de Chile. Historia de la Ley N° 21.030 Regula la despenalización de la interrupción voluntaria del embarazo en tres causales. *Biblioteca del Congreso Nacional de Chile.* [En línea] [Citado el: 4 de septiembre de 2020.] <https://www.bcn.cl/historiadelaley/historia-de-la-ley/vista-expandida/6701/>.

—. **2017.** Ley 21030. *Biblioteca del Congreso Nacional de Chile.* [En línea] 23 de septiembre de 2017. [Citado el: 31 de julio de 2020.] <https://www.leychile.cl/Navegar?idNorma=1108237>.

Counting abortions so that abortion counts: Indicators for monitoring the availability and use of abortion care services. **Healy, J., Otsea, K. y Benson, J. 2006.** 2, s.l. : Elsevier, 2006, International Journal of Gynecology and Obstetrics, Vol. 95, págs. 209-220.

Definitions, measurement and indicator selection for quality of care in abortion. **Darney, Blair G., y otros. 2019.** 5, s.l. : Elsevier, 2019, Contraception, Vol. 100.

Depolo, Sebastián. 2019. *Guía metodológica. ¿Qué observar en las organizaciones?* s.l. : Centro de Ingeniería Organizacional. Departamento de Ingeniería Industrial. Universidad de Chile., 2019.

Development and Validation of a Reproductive Autonomy Scale. **Upadhyay, Ushma D., y otros. 2014.** 1, s.l. : Wiley, 2014, Studies in Family Planning, Vol. 45.

Dides, Claudia, Benavente, M. Cristina y Sáez, Isabel. 2011. *Dinámicas políticas sobre aborto en Latinoamérica: Estudio de casos.* Santiago : FLACSO-Chile, 2011. 978-956-205-249-8.

—. **2011.** El aborto en Chile: un debate político y ciudadano en la trastienda de la democracia. [aut. libro] M. Cristina Benavente, Isabel Sáez Claudia Dides. *Dinámicas políticas sobre aborto en Latinoamérica: Estudio de casos.* Santiago : FLACSO-Chile, 2011.

Editorial. Task shifting and task sharing for neurosurgeons amidst the COVID-19 pandemic. **Robertson, Faith C., Lippa, Laura y Broekman, Marike L.D. 2020.** 1, 2020, Journal of Neurosurgery, Vol. 133.

El aborto en Chile: aspectos epidemiológicos, históricos y legales. **S., Enrique Donoso y P-G, Claudio Vera. 2016.** 6, s.l. : Sociedad Chilena de Obstetricia y Ginecología, 2016, Revista Chilena de Obstetricia y Ginecología, Vol. 81.

Evaluating Abortion-Care Programs: Old Challenges, New Directions. **Benson, Janie. 2005.** 3, s.l. : Studies in Family Planning, 2005, Vol. 36, págs. 189-202.

Fuente, Jorge de la. *¿Cómo se construye un indicador de desempeño?* [Caja de Herramientas] s.l., Chile : Magíster en Gestión y Políticas Públicas. Universidad de Chile.

—. *¿Cómo se define un problema social y se elaboran objetivos en los procesos de planificación?* [Caja de Herramientas] s.l., Chile : Magíster en Gestión y Políticas Públicas. Universidad de Chile.

—. *¿Qué es la Metodología de Marco Lógico y para qué sirve?* [Caja de Herramientas] s.l., Chile : Magíster en Gestión y Políticas Públicas. Universidad de Chile.

How task-sharing in abortion care became the norm in Sweden: A case study of historic and current determinants and events. **Endler, Margit, y otros. 2020.** 1, s.l. : Wiley, 2020, International Journal of Gynecology & Obstetrics, Vol. 150.

Identifying indicators for quality abortion care: a systematic literature review. **Dennis, Amanda, Blanchard, Kelly y Bessenaar, Tshego. 2017.** 1, s.l. : Journal of Family Planning and Reproductive Health Care, 2017, Vol. 43, págs. 7-15.

Instituto Nacional de Estadísticas. Resultados CENSO 2017. *Resultados CENSO 2017.* [En línea] Instituto Nacional de Estadísticas - Chile. [Citado el: 20 de febrero de 2021.] <http://resultados.censo2017.cl/>.

La Segunda. 2013. Aborto: Médicos discrepan sobre cuándo feto es inviable. *La Segunda*. 28 de octubre de 2013.

Latorre, R. y Sandoval, G. 2020. Minsal crea manual para fiscalizar ley de aborto por dudas en reporte de casos. *La Tercera*. 22 de febrero de 2020.

Londoño, Ernesto. 2021. Una falla en las píldoras anticonceptivas podría haber ocasionado decenas de embarazos en Chile. *The New York Times*. 2 de marzo de 2021.

Making abortions safe: a matter of good public health policy and practice. **Berer, Marge. 2000.** 5, s.l. : Bulletin of the World Health Organization, 2000, Vol. 78, págs. 580-592.

Measure Evaluation. Family Planning & Reproductive Health. *Measure Evaluation*. [En línea] [Citado el: 19 de diciembre de 2020.]
<https://www.measureevaluation.org/our-work/family-planning>.

—. Family Planning and Reproductive Health Indicators Database - Postabortion care. *Measure Evaluation*. [En línea] [Citado el: 19 de diciembre de 2020.]
https://www.measureevaluation.org/prh/rh_indicators/womens-health/pac.

—. Family Planning and Reproductive Health Indicators Database - Summary List of Indicators. *Measure Evaluation*. [En línea] [Citado el: 19 de diciembre de 2020.]
https://www.measureevaluation.org/prh/rh_indicators/indicator-summary.

—. *Postabortion care*. [www.measureevaluation.org] s.l. : United States Agency for International Development.

Medication Abortion in Canada: A Right-to-Health Perspective. **Erdman, Joanna N., Grenon, Amy y Harrison-Wilson, Leigh. 2008.** 10, 2008, American Journal of Public Health, Vol. 98.

Mesa Acción por el Aborto en Chile. 2019. *Informe de Monitoreo Social. Implementación de la ley de interrupción del embarazo en tres causales*. [ed.] Mesa Acción por el Aborto. Santiago, Chile : Fondo Alquimia, junio de 2019.

Ministerio de Justicia y Derechos Humanos. Tratados internacionales ratificados por Chile. *Ministerio de Justicia y Derechos Humanos*. [En línea] [Citado el: 26 de febrero de 2021.]
<https://www.derechoshumanos.gob.cl/ddhh/site/edic/base/port/inicio.html>.

Ministerio de Salud. *Datos IVE 2018-2020*. [deis.minsal.cl/#datosabiertos] s.l. : Departamento de Estadística en Salud. Ministerio de Salud.

—. Funciones y objetivos. *Ministerio de Salud*. [En línea] [Citado el: 14 de noviembre de 2020.] <https://www.minsal.cl/funciones-objetivos/>.

—. Historia del Minsal. *Ministerio de Salud*. [En línea] [Citado el: 14 de noviembre de 2020.] <https://www.minsal.cl/historia-del-minsal/>.

—. **2018.** Información para prestadores de salud. *Ministerio de Salud*. [En línea] 30 de octubre de 2018. <https://www.minsal.cl/informacion-para-prestadores-de-salud/>.

—. Misión y funciones de la Subsecretaría de Salud Pública. *Ministerio de Salud*. [En línea] [Citado el: 16 de noviembre de 2020.] <https://www.minsal.cl/mision-y-funciones/>.

—. **2018.** *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*. s.l., Chile : Subsecretaría de Salud Pública. Ministerio de Salud., 2018.

—. **2011.** *Orientaciones técnicas para la atención integral de las mujeres que presentan un aborto y otras pérdidas reproductivas*. [ed.] Subsecretaría de Salud Pública. Ministerio de Salud. Santiago, Chile, Chile : s.n., 3 de mayo de 2011. 978-956-348-006-1.

—. Perspectiva de género: Unidad de género. *Ministerio de Salud*. [En línea] [Citado el: 14 de noviembre de 2020.] <https://www.minsal.cl/unidad-de-genero/>.

—. Servicios de Salud. *Ministerio de Salud*. [En línea] [Citado el: 14 de noviembre de 2020.] <https://www.minsal.cl/servicios-de-salud/>.

Minsal. 2020. Reporte Trimestral Ley IVE actualizado: enero a diciembre de 2019. *Ministerio de Salud*. [En línea] DEIS, 28 de enero de 2020. [Citado el: 16 de noviembre de 2020.] <https://www.minsal.cl/reporte-trimestral-ley-ive-actualizado-enero-a-diciembre-de-2019/>.

Molina, Ramiro. 2011. Impacto del aborto. [aut. libro] M. Cristina Benavente, Isabel Sáez Claudia Dides. *Dinámicas políticas sobre aborto en Latinoamérica: Estudio de casos*. Santiago : FLACSO-Chile, 2011.

Organizational Behavior Management in Health Care: Applications for Large-Scale Improvements in Patient Safety. **Cunningham, Thomas R. y Geller, Scott. 2008.** s.l. : Agency for Healthcare Research and Quality (US), agosto de 2008, *Advances in Patient Safety: New Directions and Alternative Approaches*, Vol. 2.

Osorio, Cecilia y Vergara, José Miguel. 2016. Políticas públicas. *Manual de administración pública*. s.l. : Ediciones RIL, 2016.

Oxford. Aborto. *Lexico*. [En línea] [Citado el: 23 de enero de 2021.] <https://www.lexico.com/es/definicion/aborto>.

Pariente, Emiliana. 2020. Hablemos de aborto: ¿Decisión pública o privada? *Paula*. Octubre de 2020.

Petrone, Camila y Ramallo, María de los Ángeles. 2018. *Debate sobre aborto: El modelo de despenalización en Canadá.* Buenos Aires : Centro de Derechos Humanos. Universidad de Buenos Aires., 2018.

Política y políticas públicas. **Lahera, Eugenio. 2004.** Santiago : Naciones Unidas. CEPAL. División de Desarrollo Social., 2004. 1680-8983 .

Prada, Elena y Ball, Haley. 2016. *Aborto inducido en Chile.* Guttmacher Institute. Nueva York : En Resumen, 2016.

Regeringskansliet. Regeringskansliets rättsdatabaser. *Regeringskansliet.* [En línea] [Citado el: 23 de diciembre de 2020.] <http://rkrattsbaser.gov.se/sfst?bet=1974:595>.

Senado y Cámara de Diputados de la Nación Argentina. 2020. Acceso a la Interrupción Voluntaria del Embarazo. *InfoLeg Información Legislativa - Ministerio de Justicia y Derechos Humanos - Argentina.* [En línea] 30 de diciembre de 2020. [Citado el: 19 de febrero de 2021.] <http://servicios.infoleg.gob.ar/infolegInternet/anexos/345000-349999/346231/norma.htm>.

Siebert, Francisca. 2016. La confidencialidad médica en caso de aborto es un gesto de humanidad - Universidad de Chile. *Universidad de Chile.* [En línea] 17 de mayo de 2016. [Citado el: 22 de diciembre de 2020.] <https://www.uchile.cl/noticias/121623/la-confidencialidad-en-caso-de-aborto-es-un-gesto-de-humanidad>.

Socialstyrelsen. Statistik om aborter. *Socialstyrelsen.* [En línea] [Citado el: 25 de febrero de 2021.] <https://www.socialstyrelsen.se/statistik-och-data/statistik/statistikammen/aborter/>.

Söderlund-Leifler, Karin. 2015. Säker abort räddar kvinnors liv. *Medicinsk Vetenskap.* 2015, Vol. 3. Disponible en inglés en <https://ki.se/en/research/safe-abortion-saves-womens-lives>.

Statistics Canada. Statistics Canada. *Statistics Canada.* [En línea] [Citado el: 25 de febrero de 2021.] <https://www.statcan.gc.ca/eng/start>.

Sveriges Riksdag. Abortlag (1974:595). *Sveriges Riksdag.* [En línea] [Citado el: 23 de diciembre de 2020.] https://www.riksdagen.se/sv/dokument-lagar/dokument/svensk-forfattningssamling/abortlag-1974595_sfs-1974-595.

UCSF Bixby Center for Global Reproductive Health. Reproductive Autonomy Scale. *ANSIRH Advancing New Standards in Reproductive Health.* [En línea] University of California San Francisco. <https://www.ansirh.org/research/ongoing/reproductive-autonomy-scale>.

Upadhyay, Ushma. *Reproductive Autonomy Scale*. [ANSIRH - Advancing New Standards in Reproductive Health] [prod.] Bixby Center for Global Reproductive Health. San Francisco : University of California, San Francisco. Versión en español.

Waissbluth, Mario. 2008. *Sistemas complejos y gestión pública*. [Documentos de Trabajo. Serie Gestión.] s.l., Chile : Departamento de Ingeniería Industrial, Magíster en Gestión y Políticas Públicas. Universidad de Chile., febrero de 2008. Problemas frecuentes de instituciones públicas analizadas desde la perspectiva de la teoría de sistemas complejos.

When there are no abortion laws: A case study of Canada. **Shaw, Dorothy y Norman, Wendy V. 2020.** s.l. : Elsevier, 2020, Best Practice & Research Clinical Obstetrics and Gynaecology, Vol. 62, págs. 49-62.

WHO. 2019. WHO launches new guideline to help health-care workers ensure safe medical abortion care. *World Health Organization*. [En línea] 8 de enero de 2019. [Citado el: 23 de enero de 2021.] <https://www.who.int/news/item/08-01-2019-new-guideline-to-help-health-care-workers-ensure-safe-medical-abortion-care>.

—. **2017.** Worldwide, an estimated 25 million unsafe abortions occur each year. *World Health Organization*. [En línea] 28 de Septiembre de 2017. [Citado el: 23 de enero de 2021.] <https://www.who.int/news/item/28-09-2017-worldwide-an-estimated-25-million-unsafe-abortions-occur-each-year>.

World Health Organization. 2020. Preventing unsafe abortion. *World Health Organization*. [En línea] 25 de September de 2020. [Citado el: 19 de febrero de 2021.] <https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/preventing-unsafe-abortion>.

—. **2006.** *Reproductive Health Indicators: guidelines for their generation, interpretation and analysis for global monitoring*. s.l. : World Health Organization, 2006.

World Health Organization, Department of Reproductive Health and Research. 2012. *Safe abortion: technical and policy guidance for health systems. Second edition*. s.l. : World Health Organization, 2012. 978 92 4 154843 4.

ANEXOS

Anexo A: Ley 21.030 Regula la despenalización de la interrupción voluntaria del embarazo en tres causales

REGULA LA DESPENALIZACIÓN DE LA INTERRUPCIÓN VOLUNTARIA DEL EMBARAZO EN TRES CAUSALES

Teniendo presente que el H. Congreso Nacional ha dado su aprobación al siguiente

Proyecto de ley:

"Artículo 1.- Incorpóranse las siguientes modificaciones en el Código Sanitario:

1. Sustitúyese el artículo 119 por el siguiente:

"Artículo 119. Mediando la voluntad de la mujer, se autoriza la interrupción de su embarazo por un médico cirujano, en los términos regulados en los artículos siguientes, cuando:

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

En cualquiera de las causales anteriores, la mujer deberá manifestar en forma expresa, previa y por escrito su voluntad de interrumpir el embarazo. Cuando ello no sea posible, se aplicará lo dispuesto en el artículo 15, letras b) y c), de la ley N° 20.584, que regula los derechos y deberes que tienen las personas en relación con acciones vinculadas a su atención en salud, sin perjuicio de lo dispuesto en los incisos siguientes. En el caso de personas con discapacidad sensorial, sea visual o auditiva, así como en el caso de personas con discapacidad mental psíquica o intelectual, que no hayan sido declaradas interdictas y que no puedan darse a entender por escrito, se dispondrá de los medios alternativos de comunicación para prestar su consentimiento, en concordancia con lo dispuesto en la ley N° 20.422 y en la Convención sobre los Derechos de las Personas con Discapacidad.

Si la mujer ha sido judicialmente declarada interdicta por causa de demencia, se deberá obtener la autorización de su representante legal, debiendo siempre tener su opinión en consideración, salvo que su incapacidad impida conocerla.

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

Cuando a juicio del médico existan antecedentes para estimar que solicitar la autorización del representante legal podría generar a la menor de 14 años, o a la mujer judicialmente declarada interdicta por causa de demencia, un riesgo grave de maltrato físico o psíquico, coacción, abandono, desarraigo u otras acciones u omisiones que vulneren su integridad, se prescindirá de tal

autorización y se solicitará una autorización judicial sustitutiva. Para efectos de este inciso la opinión del médico deberá constar por escrito.

La autorización judicial sustitutiva regulada en los incisos anteriores será solicitada al juez con competencia en materia de familia del lugar donde se encuentre la menor de 14 años o la mujer judicialmente declarada interdicta por causa de demencia. El procedimiento será reservado y no será admitida oposición alguna de terceros distintos del representante legal que hubiere denegado la autorización. La resolución será apelable y se tramitará según lo establecido en el artículo 69, inciso quinto, del Código Orgánico de Tribunales.

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

Si a juicio del equipo de salud existen antecedentes que hagan deducir razonablemente que proporcionar esta información al representante legal señalado por la adolescente podría generar a ella un riesgo grave de maltrato físico o psíquico, coacción, abandono, desarraigo u otras acciones u omisiones que vulneren su integridad, se prescindirá de la comunicación al representante y, en su lugar, se informará al adulto familiar que la adolescente indique y, en caso de no haberlo, al adulto responsable que ella señale.

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

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

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.

En la situación descrita en el número 2) del inciso primero, el prestador de salud proporcionará los cuidados paliativos que el caso exija, tanto si se trata del parto como de la interrupción del embarazo con sobrevivencia del nacido.

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

En el caso de que el acompañamiento no sea ofrecido en los términos regulados en este artículo, la mujer podrá recurrir a la instancia de reclamo establecida en el artículo 30 de la ley N° 20.584. Ante este reclamo, el prestador de salud deberá dar respuesta por escrito dentro del plazo de cinco días hábiles, contado desde el día hábil siguiente a su recepción y, de ser procedente, adoptar las medidas necesarias para corregir las irregularidades reclamadas dentro del plazo máximo de cinco días hábiles, contado desde la notificación de la respuesta. Si la mujer presentare un reclamo ante la Superintendencia de Salud, de ser procedente según las reglas generales, ésta deberá resolverlo y podrá recomendar la adopción de medidas correctivas de las irregularidades detectadas, dentro de un plazo no superior a treinta días corridos. Sin perjuicio de lo anterior, toda mujer que hubiere sido discriminada arbitrariamente en el proceso de acompañamiento podrá hacer efectiva la acción de no discriminación arbitraria contemplada en los artículos 3 y siguientes de la ley N° 20.609, que establece medidas contra la discriminación."

2. Incorpórase el siguiente [artículo 119 bis](#):

"Artículo 119 bis. Para realizar la intervención contemplada en el número 1) del inciso primero del artículo anterior, se deberá contar con el respectivo diagnóstico médico.

En el caso del número 2) del inciso primero del artículo referido, para realizar la intervención se deberá contar con dos diagnósticos médicos en igual sentido de médicos especialistas. Todo diagnóstico deberá constar por escrito y realizarse en forma previa.

En el caso del número 3) del inciso primero del artículo 119, un equipo de salud, especialmente conformado para estos efectos, confirmará la concurrencia de los hechos que lo constituyen y la edad gestacional, informando por escrito a la mujer o a su representante legal, según sea el caso, y al jefe del establecimiento hospitalario o clínica particular donde se solicita la interrupción. En el cumplimiento de su cometido, este equipo deberá dar y garantizar a la mujer un trato digno y respetuoso.

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

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

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

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

3. Introdúcese el siguiente [artículo 119 ter](#):

"Artículo 119 ter. El médico cirujano requerido para interrumpir el embarazo por alguna de las causales descritas en el inciso primero del artículo 119 podrá abstenerse de realizarlo cuando hubiese manifestado su objeción de conciencia al director del establecimiento de salud, en forma escrita y previa. De este mismo derecho gozará el resto del personal al que corresponda desarrollar sus funciones al interior del pabellón quirúrgico durante la intervención. En este caso, el establecimiento tendrá la obligación de reasignar de inmediato otro profesional no objetante a la paciente. Si el establecimiento de salud no cuenta con ningún facultativo que no haya realizado la manifestación de objeción de conciencia, deberá derivarla en forma inmediata para que el procedimiento le sea realizado por quien no haya manifestado dicha objeción. El Ministerio de Salud dictará los protocolos necesarios para la ejecución de la objeción de conciencia. Dichos

protocolos deberán asegurar la atención médica de las pacientes que requieran la interrupción de su embarazo en conformidad con los artículos anteriores. La objeción de conciencia es de carácter personal y podrá ser invocada por una institución.

Si el profesional que ha manifestado objeción de conciencia es requerido para interrumpir un embarazo, tendrá la obligación de informar de inmediato al director del establecimiento de salud que la mujer requirente debe ser derivada.

En el caso de que la mujer requiera atención médica inmediata e impostergable, invocando la causal del número 1) del inciso primero del artículo 119, 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."

4. Incorporase el siguiente [artículo 119 quáter](#):

"Artículo 119 quáter. Queda estrictamente prohibida 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 en las causales del inciso primero del artículo 119.

Lo anterior no obsta al cumplimiento de los deberes de información por parte del Estado ni a lo dispuesto en el párrafo 4° del título II de la ley N° 20.584."

Artículo 2.- Reemplázase el [artículo 344](#) del [Código Penal](#) por el siguiente:

"Artículo 344. La mujer que, fuera de los casos permitidos por la ley, causare su aborto o consintiere que otra persona se lo cause, será castigada con presidio menor en su grado máximo.

Si lo hiciere por ocultar su deshonra, incurrirá en la pena de presidio menor en su grado medio."

Artículo 3.- Intercálase, en el inciso primero del [artículo 13 bis](#) de la [ley N° 19.451](#), a continuación del punto aparte, que pasa a ser coma, la siguiente oración: "así como quien destine, en cualquier momento, con ánimo de lucro o para fines distintos de los autorizados en esta ley, órganos, tejidos o fluidos humanos provenientes de una intervención propia de la interrupción del embarazo."

Artículo transitorio.- Las prestaciones reguladas en esta ley serán exigibles a contar de la dictación del decreto a que se refiere el inciso decimotercero del artículo 119 del Código Sanitario, la que deberá tener lugar en el plazo de noventa días contado desde la publicación.

El mayor gasto fiscal que irroque la aplicación de esta ley, en su primer año presupuestario, se financiará con cargo a los recursos que se consulten en la Partida 16 "Ministerio de Salud" de la Ley de Presupuestos respectiva. No obstante, el Ministerio de Hacienda, con cargo a la Partida Presupuestaria del Tesoro Público, podrá suplementar dicho presupuesto en la parte del gasto que no se pudiera financiar con tales recursos. Para los años siguientes se contemplará el financiamiento en las leyes de Presupuestos."

Habiéndose cumplido con lo establecido en el N° 1 del artículo 93 de la

Constitución Política de la República y por cuanto he tenido a bien aprobarlo y sancionarlo; por tanto promúlguese y llévese a efecto como Ley de la República.

Santiago, 14 de septiembre de 2017.- MICHELLE BACHELET JERIA, Presidenta de la República.- Carmen Castillo Taucher, Ministra de Salud.- Nicolás Eyzaguirre Guzmán, Ministro de Hacienda.- Gabriel de la Fuente Acuña, Ministro Secretario General de la Presidencia.- Jaime Campos Quiroga, Ministro de Justicia y Derechos Humanos.- Claudia Pascual Grau, Ministra de la Mujer y Equidad de Género.

Transcribo para su conocimiento Ley N° 21.030, 14-09-2017.- Saluda atentamente a Ud., Jaime Burrows Oyarzún, Subsecretario de Salud Pública.

Tribunal Constitucional

Proyecto de ley que regula la despenalización de la interrupción voluntaria del embarazo en tres causales, correspondiente al boletín N° 9895-11.

El Secretario del Tribunal Constitucional, quien suscribe, certifica que la Honorable Cámara de Diputados envió el proyecto de ley enunciado en el rubro, aprobado por el Congreso Nacional, a fin de que este Tribunal ejerciera el control preventivo de constitucionalidad respecto de los incisos cuarto, quinto y sexto del artículo 119 del Código Sanitario, contenido en el numeral 1° del artículo 1° permanente del proyecto de ley y, que esta Magistratura, por sentencia de 7 de septiembre de 2017, en el proceso Rol N° 3.739-17-CPR.

Se declara:

1°. Que, el artículo 1°, numeral 1°, incisos cuarto, quinto y sexto, con la salvedad de la expresión "que deniegue la autorización", contenida en este último, del proyecto de ley, que sustituye el artículo 119 del Código Sanitario, es conforme con la Constitución Política.

2°. Que, la expresión "que deniegue la autorización", contenida en el artículo 1°, numeral 1°, inciso sexto, del proyecto de ley, que sustituye el artículo 119 del Código Sanitario, es inconstitucional y, en consecuencia, debe eliminarse del texto del proyecto de ley sometido a control preventivo de constitucionalidad.

3°. Que este Tribunal Constitucional no emite pronunciamiento en examen preventivo de constitucionalidad, por no versar sobre materias propias de ley orgánica constitucional, de las disposiciones contenidas en el artículo 3°, que intercala en el inciso primero del artículo 13 bis de la ley N° 19.451, a continuación del punto aparte, que pasa a ser coma, la siguiente oración: "así como quien destine, en cualquier momento, con ánimo de lucro o para fines distintos de los autorizados en esta ley, órganos, tejidos o fluidos humanos provenientes de una intervención propia de la interrupción del embarazo."

Santiago, 7 de septiembre de 2017.- Rodrigo Pica Flores, Secretario.

Disponible en <https://www.leychile.cl/Navegar?idNorma=1108237>

Anexo B: Aspectos organizacionales del Ministerio de Salud

El Ministerio de Salud (MINSAL), creado en virtud del Decreto con fuerza de Ley N° 25 de 1959, actualmente tiene por misión "*construir un modelo de salud sobre la base de una atención primaria fortalecida e integrada, que pone al*

paciente en el centro, con énfasis en el cuidado de poblaciones durante todo el ciclo de vida, y que además estimule la promoción y prevención en salud, así como el seguimiento, trazabilidad y cobertura financiera” (Ministerio de Salud). Sus objetivos se relacionan con su responsabilidad de “formular y fijar las políticas de salud que se desarrollen dentro del territorio nacional” (Ministerio de Salud). Además, desde 2015 existe la Unidad de Género Ministerial con la misión de reconocer el “género como un determinante social de la salud” y su objetivo es “contribuir a que todas las políticas, programas, documentos y acciones del Ministerio de Salud, incorporen perspectiva de género y derechos humanos, favoreciendo así la igualdad y equidad entre mujeres y hombres y la efectiva realización de los derechos en salud de la población” (Ministerio de Salud).

Dentro del MINSAL se distingue la Subsecretaría de Salud Pública que tiene su propia misión y objetivos con una orientación de estrategia y de política pública. Se distinguen 16 Secretarías Regionales Ministeriales de Salud, la División de Políticas Públicas (DIPOL), la División de Planificación Sanitaria (DIPLAS), el Departamento de Estadísticas e Información de Salud (DEIS) y la División de Prevención y Control de Enfermedades (DIPRECE) (Ministerio de Salud).

Dentro del MINSAL también se distingue la Subsecretaría de Redes Asistenciales, cuya misión es “regular y supervisar el funcionamiento de las redes de salud a través del diseño de políticas, normas, planes y programas para su coordinación y articulación, que permitan satisfacer las necesidades de salud de la población usuaria, en el marco de los objetivos sanitarios, con calidad y satisfacción usuaria”. Dentro de las Redes Asistenciales se encuentran los Servicios de Salud, a los que les corresponde “la articulación, gestión y desarrollo de la red asistencial correspondiente, para la ejecución de las acciones integradas de fomento, protección y recuperación de la salud, como también la rehabilitación y cuidados paliativos de las personas enfermas” y son “organismos estatales funcionalmente descentralizados y están dotados de personalidad jurídica y patrimonio propio para el cumplimiento de sus fines” (Ministerio de Salud).

La Red Asistencial de cada Servicio de Salud se constituye por “el conjunto de establecimientos asistenciales públicos que forman parte del Servicio, los establecimientos municipales de atención primaria de salud de su territorio y los demás establecimientos públicos o privados que mantengan convenios con el Servicio de Salud respectivo para ejecutar acciones de salud, los cuales deberán colaborar y complementarse entre sí para resolver de manera efectiva las necesidades de salud de la población” y se organiza “con un primer nivel de atención primaria, compuesto por establecimientos que ejercerán funciones asistenciales en un determinado territorio con población a cargo y otros niveles de mayor

complejidad que sólo recibirán derivaciones desde el primer nivel de atención” (Ministerio de Salud).

Dentro de los Servicios de Salud se encuentran los Centros de Atención Primaria (CAP), también conocidos como Centros de Salud Familiar (CESFAM); Servicios de Atención Médica de Urgencia (SAMU); Servicios de Atención Primaria de Urgencia (SAPU); Centro de Referencia de Salud (CRS); Servicios de Urgencia Rural (SUR); Postas de Salud Rural (PSR); Servicio de Atención Primaria de Alta Resolución (SAR); Centros comunitarios de Salud Familiar (CECOSF); Consultorios de Salud Mental (COSAM); Centros de Salud Mental (CESAM); Centros de Salud (CES); Unidades de Atención Primaria Oftalmológica (UAPO); Hospitales e Institutos. Actualmente, hay 29 Servicios de Salud a lo largo del territorio.

Anexo C: Normativas y reglamentos del Ministerio de Salud

- Nuevo arancel de FONASA
- Norma técnica de acompañamiento y atención integral
- Aplicación y cobertura por parte de las Isapre
- Información de la oferta intersectorial que se debe entregar a cada mujer, según Ley 21.030
- Orientaciones técnicas de acogida y acompañamiento psicosocial en el marco de la Ley 21.030
- Protocolos, reglamentos y formularios de objeción de conciencia individual (múltiples versiones) (vigente versión de octubre de 2018)
- Protocolos, reglamentos y formularios de objeción de conciencia institucional (múltiples versiones) (vigente versión de octubre de 2018)
- Formulario único extensión a causal no prevista declaración de objeción de conciencia individual
- Formulario único extensión a causal no prevista declaración de objeción de conciencia institucional
- Formulario único retractación declaración de objeción de conciencia individual
- Formulario único retractación declaración de objeción de conciencia institucional

Anexo D: Norma Técnica Nacional

La Norma Técnica Nacional fue elaborada y supervisada por un grupo de trabajo compuesto por un total de 47 personas:

- Autoridades ministeriales: Dra. Carmen Castillo, Ministra de Salud; Dr. Jaime Burrows, Subsecretario de Salud Pública y Dra. Elizabeth Lopez, Jefa División Prevención y Control de Enfermedades (DPCE) de la Subsecretaría de Salud Pública (SubSP).
- Comité Editor: lo conformaron una coordinadora de la DPCE, una asesora del gabinete de la Subsecretaría de Redes Asistenciales (SRA) y dos asesoras del gabinete de la Ministra de Salud.
- Grupo de Trabajo Ministerial: participaron 5 profesionales de la SRA Subsecretaría de Redes Asistenciales, 14 profesionales de la Subsecretaría de Salud Pública, 2 profesionales de la División de Atención Primaria (DAP) y 1 profesional de la División Jurídica. Además, participaron 11 profesionales especialistas médicos y psicólogos, externos al Minsal, pertenecientes a las sociedades de Genética de Chile y de Obstetricia y Ginecología; a hospitales y otros centros de salud y, a universidades.
- Revisores Externos: 7 profesionales de la medicina y psicología pertenecientes a organizaciones profesionales y la academia.

A continuación, se citan y describen las componentes de mayor relevancia para este trabajo sobre objetivos, modelo de atención integral, redes de atención, abordaje integral, programa de acompañamiento y sistemas de información.

Objetivos

Los objetivos de la norma técnica nacional son (Ministerio de Salud, 2018 pág. 16):

“Objetivo general Establecer los lineamientos normativos y los procedimientos para el acompañamiento y atención integral a las mujeres que se encuentran en alguna de las tres causales que regula la Ley N° 21.030.

Objetivos específicos

- Proporcionar lineamientos técnicos a los prestadores de salud, basados en evidencia científica actualizada, para otorgar una atención biopsicosocial oportuna, segura y de calidad a mujeres– adolescentes y adultas– en el marco de la Ley N° 21.030.
- Describir el quehacer clínico biopsicosocial definido en la Ley, centrado en los derechos de la mujer.

- Actualizar conocimientos y estimular la adquisición de competencias en los prestadores de salud, para entregar servicios de interrupción del embarazo según la causal invocada
- Describir procedimientos a utilizar en cada una de las causales con estándares de seguridad, calidad, oportunidad y eficacia.”

Modelo de atención integral

El modelo de atención integral (MAI) organiza los recursos humanos y materiales para accionar una atención eficaz, eficiente y oportuna, que ve a las personas en su integralidad física y mental, como seres sociales que pertenecen y se adaptan a un medio físico, social y cultural.

En el contexto de la Ley 21.030, el modelo de atención integral MAI está centrado en las mujeres y sus decisiones, implicando el respeto de sus derechos. Sus principios son:

- **Centrado en las personas.** Las necesidades y expectativas de las mujeres deben ser abordadas mediante una relación vincular entre el equipo de salud, las mujeres, sus familias y la comunidad que las rodea. Plantea los siguientes objetivos (Ministerio de Salud, 2018 pág. 17):
 - “Establecer un trato de excelencia a las mujeres en cualquier punto de contacto, basado en una comunicación efectiva y de respeto a su dignidad y a sus derechos.
 - Establecer relaciones de confianza y de ayuda, sobre la base de la confidencialidad de la atención y, en el caso de mujeres – adolescentes y adultas– víctimas de agresión sexual, de no revictimización.
 - Evitar la estigmatización social de las mujeres –adolescentes y adultas– que acceden a las prestaciones derivadas de la aplicación de la Ley 21.030.
 - Facilitar el acceso de la población a la atención de salud definida en la Ley.
 - Asegurar el acceso a la atención a los grupos más vulnerables, considerando los determinantes sociales de la salud.
 - Asegurar la comprensión de la mujer mediante el uso adecuado e inteligible del lenguaje, en especial para aquellas mujeres que adolezcan de alguna discapacidad, o mediante los mecanismos auditivos o visuales pertinentes y/o el apoyo de un facilitador disponible, si no tiene dominio del idioma español o lo tiene de forma parcial.”

- **Integralidad.** Los servicios disponibles deben ser suficientes para responder a las necesidades de las mujeres desde una aproximación biopsicosocial, espiritual y cultural; incorporando sus sistemas de creencias y los significados que dan a lo vivido.
- **Continuidad del cuidado.** La continuidad del cuidado o atención se define desde distintas perspectivas:
 - Para las mujeres atendidas tiene que ver con el grado en que perciben coherencia y conexión entre los distintos eventos de una serie de atención a lo largo del tiempo.
 - Sistemas de salud – continuidad clínica. Es el grado en que el cuidado de la mujer está coordinado a través de funciones, actividades y unidades operativas, según su condición clínica, sus decisiones y el equipo de salud; incluyendo la integración horizontal en un mismo nivel de atención y la integración vertical entre establecimientos de distintos niveles de la red, sean estos públicos o privados, sin que se pierda información.
 - Sistemas de salud – continuidad funcional. Es el grado en que funciones claves de apoyo, actividades administrativas y de mejoramiento de calidad están coordinadas a través de todas las unidades del sistema.
 - Sistemas de salud – continuidad profesional. Es la disponibilidad de los profesionales y su coordinación en pro de los objetivos de la red.

Para este principio, se plantean los siguientes objetivos, relacionados con lograr eficiencia y eficacia en el proceso asistencial (Ministerio de Salud, 2018 pág. 18):

- “Asegurar el acceso oportuno e informado a las prestaciones que por ley tienen derecho las mujeres –adolescentes y adultas– en las tres causales.
- Lograr un flujo expedito y complementario entre los diferentes componentes de la red asistencial (intrasector) y del intersector.
- Responder adecuadamente a las necesidades y expectativas de las mujeres –adolescentes y adultas– afectadas por alguna de las causales reguladas en la ley, estandarizando procesos basados en evidencia.
- Mejorar la aceptabilidad de los servicios, utilizando terapias modernas, poco invasivas, seguras y efectivas, que resguardan la calidad de la atención de las mujeres.
- Reducir situaciones que estigmaticen a las mujeres –adolescentes y adultas–, y equipos clínicos involucrados en la interrupción voluntaria del embarazo.

- Velar por la calidad y oportunidad de los diagnósticos clínicos que constituyen la primera y segunda causal y del acompañamiento respectivo.
- Apoyar el cuidado integral de la salud de las mujeres –adolescentes y adultas– expuestas a violencia sexual, desarrollando coordinación con las redes intersectoriales de sus territorios que permitan evitar las condicionantes que determinaron la configuración de la tercera causal.
- Reducir la fragmentación del cuidado asistencial requerido, evitar la revictimización y la duplicación de infraestructura y servicios.”

Los objetivos del MAI se enuncian oficialmente como (Ministerio de Salud, 2018 pág. 20):

“Objetivos generales

- a. Entregar atención integral, accesible, oportuna y de calidad a las mujeres –adolescentes y adultas– que consulten en la red pública o privada por presentar una situación clínica que pueda constituir alguna de las 3 causales contempladas en la Ley N° 21.030.
- b. Ofrecer a la mujer, en caso de solicitud o presencia de situación clínica que pueda constituir alguna de las 3 causales contempladas en dicha ley, un programa de acompañamiento integrado e integral, que contemple acciones de acogida e información de su situación de salud, que genere la protección y apoyo psicológico y social durante todo el proceso.
- c. Coordinar las acciones de atención de salud que se requieran en función de la solicitud y decisión de la mujer, en los distintos niveles de la red de atención pública y privada.

Objetivos específicos

- a. Realizar pesquisa, sospecha diagnóstica y derivación oportuna al nivel de especialidad de las mujeres en caso de solicitud o presencia de situación clínica que pueda llegar a constituir alguna de las tres causales contempladas en la Ley N° 21.030.
- b. Entregar información precisa, oportuna y veraz a la mujer sobre su situación de salud y la sospecha clínica de eventual constitución de alguna de las tres causales y las prestaciones contenidas en la Ley N° 21.030 a las cuales pudiera acceder si se constituyera.
- c. Proveer acogida y acompañamiento integral, multidisciplinario en aspectos biomédicos, psicológicos y sociales, a mujeres que se encuentra en alguna de las tres causales definidas por la ley, con énfasis en oportunidad, seguridad y calidad de la atención, en particular resguardando las necesidades de las mujeres, considerando su edad y etapa del desarrollo en que se encuentren.

- d. Reducir la morbilidad y mortalidad asociada a las tres causales contempladas en la ley, mediante acceso oportuno y eficiente a las prestaciones de interrupción voluntaria del embarazo para mujeres –adolescentes y adultas–.
- e. Mejorar la calidad de vida de las mujeres –adolescentes y adultas– a través del tratamiento oportuno de co–morbididades específicas generadas por las situaciones de vida de las afectadas por las tres causales, aplicando las mejores tecnologías disponibles para estos efectos, que sean seguras, eficientes y que minimicen los riesgos, basadas en evidencia.”

Redes de atención

Las redes de atención organizan los niveles de atención según la capacidad resolutoria de los establecimientos, refiriéndose esto a la complejidad y el tipo de prestaciones que ofrecen, según sus recursos humanos, infraestructura y equipamiento.

Primer nivel de atención

El primer nivel de atención se caracteriza por ser de menor complejidad biomédica y mayor capacidad de intervención psicosocial. En el Sistema Público de Salud son los Centros de atención primaria (CESFAM y CECOSF), los Servicios de Atención Primaria de Urgencia (SAPU), los Servicios de Urgencia Rural (SUR) y los Servicios de Urgencia de Alta Resolutividad (SAR). En el sistema privado, corresponde a las consultas ambulatorias en centros médicos o consultas particulares, los servicios de urgencia de baja complejidad y la atención domiciliaria.

Para las mujeres, el nivel primario es una potencial puerta de entrada a la Ley 21.030 y debe registrar en la ficha clínica y monitorear las funciones que le corresponden y a continuación se presentan (Ministerio de Salud, 2018 pág. 23):

- “Pesquisar las tres situaciones clínicas contempladas en la Ley 21.030, en mujeres embarazadas con cuadro clínico o ecografía sugerente, o pesquisa en control de embarazo.
- Entregar la primera acogida a la mujer que acuda a solicitar información o la interrupción voluntaria de embarazo.
- Informar sobre la Ley N° 21.030, detallando los pasos a seguir en cada caso.
- Realizar la referencia coordinada y/o asistida al nivel secundario de especialidades, específicamente a los Policlínicos de Alto riesgo Obstétrico (ARO) o el nivel de especialidad obstétrica acorde a su

seguro de salud o las Urgencias Gineco–Obstétricas, según corresponda por cuadro clínico, antes de 24 horas.

- Entregar información verbal y escrita sobre las alternativas a la interrupción del embarazo, incluyendo la de programas de apoyo social, económico y de adopción disponibles. Esta información deberá estar enfocada de acuerdo con el territorio correspondiente, facilitando y articulando su relación con estas, si la mujer así lo autoriza.
- Dar continuidad a la atención en los aspectos psicológico y social en el nivel primario de atención en caso de ser solicitado por la mujer o en caso de contrarreferencia desde el equipo del nivel de especialidad.”

En este nivel, los equipos biopsicosociales son los propios del establecimiento, constituidos por médicos cirujanos, matronas/es, psicólogos y trabajadores sociales.

Segundo nivel de atención

El segundo nivel de atención es el nivel de especialidad y corresponde a una atención ambulatoria de mayor complejidad en cuanto a recursos humanos e infraestructura. Específicamente, aquí se encuentran especialistas y subespecialistas pertinentes a la IVE (ginecobstetricia, medicina materno fetal, neonatología, cardiología, nefrología, hematoncología, inmunología, genetistas, ecografistas y matronas/es), así como equipo de alta capacidad diagnóstica y resolutive, necesarios para los procesos de diagnóstico y tratamiento.

En el Sistema de Salud Pública corresponde a los Policlínicos de Alto Riesgo Obstétrico (ARO) que se encuentran en los Centros de Referencia de Salud (CRS), Centros de Diagnóstico y Tratamiento (CDT) y Consultorios Adosados de Especialidades (CAE) integrados o anexados a hospitales; a los que se accede a través de una derivación del nivel primario o desde el contacto ciudadano Salud Responde. En el sistema privado, se encuentra en los centros médicos y consultas asociados a clínicas privadas.

Le corresponden las siguientes funciones (Ministerio de Salud, 2018 pág. 24):

- “Realizar recepción coordinada de los casos derivados del nivel primario y del intersector ante la sospecha de estar frente a alguna de las causales de la Ley N° 21.030, para dar continuidad a la atención con miras a la confirmación o descarte del diagnóstico.

- Realizar acciones de acogida e información sobre la condición de salud y otros aspectos que se considere relevantes, en casos clínicos sugerentes, mientras se establece un diagnóstico certero.
- Realizar la confirmación diagnóstica a través de evaluación clínica por especialistas y exámenes generales y/o específicos, de acuerdo con la causal de consulta.
- Informar a la mujer y/o al acompañante significativo que la mujer autorice, de su condición clínica y potenciales medidas terapéuticas.
- En caso de confirmación del diagnóstico que implique la concurrencia de alguna de las tres causales, informar a la mujer de este hecho y de la vigencia de Ley N° 21.030 a la que puede acogerse, indicando las prestaciones asociadas a ella, sus implicancias y consecuencias.
- Una vez constituida la causal, y que la mujer –adolescente o adulta– haya tomado la decisión ya sea de interrumpir el embarazo o de continuar con él, el equipo de salud debe ofrecerle el programa de acompañamiento de la institución de salud. Su decisión quedará registrada en la ficha clínica.
- Informar acerca de las instituciones u organizaciones de la sociedad civil acreditadas, disponibles para realizar el programa de acompañamiento y entregar el listado de las instituciones sin fines de lucro que pueden otorgarle apoyo adicional. En caso de que decida asistir a un programa de acompañamiento y/o apoyo adicional otorgado por estas instituciones, deberá ser registrado en la ficha clínica.
- Las instituciones privadas de salud deberán informar a la mujer el valor de las prestaciones de su programa de acompañamiento, de acuerdo con la Ley N° 20.584, indicándole que puede solicitarlo en el Sistema Público de Salud, donde lo recibirá en forma gratuita.
- Si la mujer decide interrumpir su embarazo, informarle las características de los métodos de interrupción que el equipo pueda ofrecerle. Se solicitará la firma del Consentimiento informado respectivo.
- Si la mujer se encontrase con riesgo vital inminente y no ha dejado su consentimiento escrito en forma anticipada, o se encontrara inconsciente sin poder dar a conocer su voluntad, se podrá proceder conforme lo dispone el artículo 15 letra b) y c) de la Ley N° 20.584, que regula los derechos y deberes que tienen las personas en relación con acciones vinculadas a su atención en salud“ Artículo 15.– No obstante lo establecido en el artículo anterior, no se requerirá la manifestación de voluntad en las siguientes situaciones:
 - b) En aquellos casos en que la condición de salud o cuadro clínico de la persona implique riesgo vital o secuela funcional grave de no mediar atención médica inmediata e impostergable y el paciente no se encuentre en condiciones de expresar su voluntad ni sea posible obtener el consentimiento de su representante legal, de su apoderado o de la persona a cuyo cuidado se encuentre, según corresponda;

c) Cuando la persona se encuentra en incapacidad de manifestar su voluntad y no es posible obtenerla de su representante legal, por no existir o por no ser habido. En estos casos se adoptarán las medidas apropiadas en orden a garantizar la protección de la vida”. Lo mismo se aplicará en otros casos en que no se pueda obtener la voluntad de la mujer en forma expresa, previa y por escrito.

- También se deberá realizar la contrarreferencia al nivel de especialidad cuando corresponda continuar el manejo ambulatorio, o con el objeto de completar el estudio de la patología que generó o genera el riesgo vital.
- Informar, ofrecer y disponer de los métodos anticonceptivos recomendados para cada caso.
- Realizar el registro respectivo en la ficha clínica y en los otros sistemas de información establecidos, junto con mantener el monitoreo de estos.”

En el segundo y tercer nivel de atención, los profesionales IVE deben ser especializados y estar capacitados y actualizados en torno a la Ley 21.030. En particular, matronas y ginecobstetras deben tener experiencia en alto riesgo obstétrico.

Tercer nivel de atención

El tercer nivel de atención es el más complejo en cuanto a las prestaciones que ofrece y su alta capacidad resolutoria; además de los equipos clínicos médicos y de otros profesionales con la mayor calificación técnica. En este nivel se resuelven los casos derivados de otros niveles de atención y se completan los estudios asociados a la segunda causal si así es requerido.

En el tercer nivel se encuentran los hospitales y clínicas de mediana y alta complejidad y la atención de especialidad, en urgencia o atención cerrada. Dependiendo de esto último, les corresponden distintas funciones IVE.

Por un lado, las funciones que le corresponden a los servicios de urgencia de hospitales y clínicas de mayor complejidad son (Ministerio de Salud, 2018 pág. 25):

- “Ser la puerta de entrada de casos que consulten en forma espontánea.
- Ser el centro de referencia de los otros niveles de atención en especial en la causal de riesgo vital de la mujer, donde deben realizar una recepción coordinada y asistida, cuando el riesgo vital así lo requiera, que asegure la atención inmediata.

- Realizar evaluación clínica, exámenes y procedimientos necesarios.
- Otorgar acciones de rescate y/o estabilización hemodinámica de la mujer.
- Aplicar la normativa vigente, “Norma General Técnica para la Atención de Víctimas de Violencia Sexual” cuando corresponda (6).
- Informar a la mujer, y/o al acompañante significativo que la mujer autorice, sobre su condición clínica y potenciales medidas terapéuticas.
- En caso de confirmación del diagnóstico que implique la concurrencia de alguna de las tres causales, informar a la mujer de este hecho y de la vigencia de Ley N° 21.030 a la que puede acogerse, indicando las prestaciones asociadas a ella, sus implicancias y consecuencias.
- Si la mujer decide interrumpir su embarazo, informarle las características de los métodos de interrupción que el equipo pueda ofrecerle. Se solicitará la firma del Consentimiento Informado respectivo.
- Una vez constituida la causal, y que la mujer –adolescente o adulta– haya tomado la decisión ya sea de interrumpir el embarazo o de continuar con él, el equipo de salud debe ofrecerle el programa de acompañamiento de la institución de salud. Su decisión quedará registrada en la ficha clínica.
- Las instituciones privadas de salud deberán informar a la mujer el valor de las prestaciones de su programa, indicándole que puede solicitarlo en el Sistema Público de Salud, donde lo recibirá en forma gratuita.
- Informar acerca de las instituciones u organizaciones de la sociedad civil acreditadas, disponibles para realizar el programa de acompañamiento y entregar el listado de las instituciones sin fines de lucro que pueden otorgarle apoyo adicional. En caso que decida asistir a un programa de acompañamiento y/o apoyo adicional otorgado por estas instituciones, deberá ser registrado en la ficha clínica.
- Si la mujer se encontrase con riesgo vital inminente y no ha dejado su consentimiento escrito en forma anticipada, o se encontrara inconsciente sin poder dar a conocer su voluntad, se podrá proceder y realizar la interrupción conforme lo dispone el artículo 15 letra b) y c) de la Ley N° 20.584. Lo mismo se aplicará en otros casos en que no se pueda obtener la voluntad de la mujer en forma expresa, previa y por escrito.
- También se deberá realizar la contrarreferencia al nivel de especialidad cuando corresponda continuar el manejo ambulatorio, o con el objeto de completar el estudio de la patología que generó o genera el riesgo vital.
- Informar, ofrecer y disponer de los métodos anticonceptivos recomendados para cada caso.

- Realizar el registro respectivo en la ficha clínica y en los otros sistemas de información establecidos, junto con mantener el monitoreo de estos.”

Y, por otro lado, las funciones que le corresponden a la atención de especialidad cerrada son (Ministerio de Salud, 2018 pág. 26):

- “Ser el centro de referencia de los otros niveles de atención, en especial en la causal de riesgo vital y casos que requieran resolución en sistema de hospitalización.
- Realizar evaluación clínica, exámenes y procedimientos requeridos, de acuerdo con el caso.
- Realizar acciones de rescate y/o estabilización de la mujer, ante situaciones de descompensación clínica durante su hospitalización.
- Entregar información del estado clínico a la mujer y/o persona o familiar significativo, autorizado por la mujer.
- Completar el Certificado de entrega y recepción de información.
- Ofrecer a la mujer el programa de acompañamiento de la institución de salud. Registrar en ficha clínica su decisión de aceptación o rechazo del mismo.
- Informar acerca de las instituciones u organizaciones de la sociedad civil acreditadas, disponibles para realizar el programa de acompañamiento y entregar el listado de las instituciones sin fines de lucro que pueden otorgarle apoyo adicional. En caso de que decida asistir a un programa de acompañamiento y/o apoyo adicional otorgado por estas instituciones, deberá ser registrado en la ficha clínica.
- Las instituciones privadas de salud deberán informar a la mujer el valor de las prestaciones de su programa, indicándole que puede solicitarlo en el Sistema Público de Salud, donde lo recibirá en forma gratuita.
- Si la mujer decide interrumpir su embarazo, informarle las características de los métodos de interrupción que el equipo pueda ofrecerle. Se solicitará la firma del Consentimiento Informado respectivo.
- Realizar la interrupción del embarazo según lo establecido en la Ley.
- Realizar contrarreferencia al nivel de especialidad cuando corresponda continuar el manejo ambulatorio, o con el objeto de completar el estudio de la patología que generó o genera el riesgo vital.
- Informar, ofrecer y disponer de los métodos anticonceptivos recomendados para cada caso.

- Realizar el registro respectivo en la ficha clínica y en los otros sistemas de información establecidos, junto con mantener el monitoreo de estos.”

En el segundo y tercer nivel de atención, los profesionales IVE deben ser especializados y estar capacitados y actualizados en torno a la Ley 21.030. En particular, matronas y ginecobstetras deben tener experiencia en alto riesgo obstétrico.

Salud Responde

Es una plataforma telefónica integrada por diversos profesionales de la salud, que funciona las 24 horas del día durante todo el año, cuya misión es informar, apoyar y orientar a la comunidad. En el caso de la Ley 21.030, Salud Responde debe entregar información sobre esta, dar apoyo en casos de crisis y transmitir confianza.

Existe, además, un sistema de referencia y contrarreferencia entre establecimientos de la red, que debe ser realizado usando el documento de interconsulta de la institución de origen, siendo responsabilidad de esta coordinar la derivación y asistirle de forma tal que se mantenga la confidencialidad en la atención de la mujer. El documento de interconsulta debe explicitar la sospecha diagnóstica y el requerimiento de derivación.

Por último, el Modelo de Atención Integral tiene como obligatorios los siguientes registros de información:

- Ficha clínica. Debe incluir la constitución de la causal, la decisión de la mujer respecto a continuar o interrumpir el embarazo, su decisión sobre el programa de acompañamiento, si este fue en una institución acreditada para ello y sobre la recepción de acompañamiento adicional.
- Interconsulta
- Certificado de entrega y recepción de información sobre la Ley 21.030 que despenaliza la interrupción voluntaria del embarazo en tres causales. Debe quedar consignado por escrito y adjuntarse en la ficha clínica.
- Consentimiento informado, en el caso de mayores de 14 años o Asentimiento informado del procedimiento (menores de 14 años). Debe incluir la firma de la mujer y de su representante legal, si corresponde.

- Sistemas de información específicos

Abordaje integral

Esta sección presenta y describe detalladamente cómo deben ser el programa de acompañamiento y la atención, específicamente en cada causal, poniendo a la IVE en un contexto de “modelo de atención multidisciplinario biopsicosocial, con competencias técnicas, seguridad clínica, oportunidad y calidad de atención, acorde a intervenciones basadas en evidencia científica” (Ministerio de Salud, 2018 pág. 29).

La Ley 21.030 establece que la primera obligación del prestador de salud en el marco de atención es la entrega de información. La información básica es la siguiente⁷⁹:

- Marco legal para acceder a la IVE
- Prestaciones médicas de salud física y mental a las que la mujer tiene acceso (y eventualmente miembros de su familia)
- Procedimientos de parto y de interrupción del embarazo, así como sus riesgos, contraindicaciones y posibles efectos secundarios
- Proceso de seguimiento posterior a la intervención
- Redes de protección social disponible
- Características y requisitos de la adopción como alternativa en la tercera causal
- Presentación de denuncia en tercera causal
- Otras dudas, reclamos y fuentes adicionales de información

La norma técnica sitúa al inicio de la atención la oferta del programa de acompañamiento y de los programas de apoyo adicional, sujetos a la situación particular de la mujer y oferta sectorial.

Esta sección plantea interrogantes respecto a las diferencias de oferta de apoyo adicional que hay en las distintas zonas del territorio por causal y, en consecuencia, de cuál es la oferta de servicios concreta que tienen las mujeres a lo largo del país. Asimismo, es claro que, cabiéndole la responsabilidad al prestador de salud de la entrega de toda esta información, cuánta, cuál y cómo se entregue depende exclusivamente de ella o él; bajo lo que no se puede ignorar la influencia de

⁷⁹ Norma técnica nacional, p. 29. Cita no textual.

sus convicciones personales, objeción de conciencia o información de la que disponga, ya sea porque fue capacitada/o o por motivación personal.

Para responder a esto se considera a los referentes de los distintos centros de salud una fuente de información.

Programa de acompañamiento

El programa de acompañamiento se ofrece a la mujer una vez que se ha confirmado que cumple todos los requisitos de alguna de las tres causales, lo que se conoce como constitución de causal o causal constituida.

Con la causal constituida, el programa de acompañamiento, que la mujer puede aceptar o rechazar en cualquier momento –incluso si revierte su decisión inicial–, tiene por objetivo asegurar su bienestar biopsicosocial, para lo que ofrece acciones de apoyo y acogida, independiente de su decisión de interrumpir o continuar con el embarazo. Además, se hace referencia a que la mujer reconstruya un proyecto de vida.

El programa se guía por los siguientes principios rectores, basados en el “reconocimiento de los derechos, creencias, valores, percepciones, actitudes individuales y las características propias de la cultura a la que pertenecen las mujeres” (Ministerio de Salud, 2018 pág. 32):

- Respeto a la autonomía de las mujeres para decidir en torno a estas situaciones.
- Respeto a la dignidad, privacidad y confidencialidad que requiere toda atención clínica.
- Derecho a una atención profesional en que exista competencia técnica de los y las proveedores/as de servicios.
- La atención de mujeres que se enfrentan a alguna de las tres causales debe ser oportuna, integral y multidisciplinaria.

Estos principios rectores se encuentran disponibles en el anexo AG. Se señala, además, que el acompañamiento biopsicosocial permite a las mujeres acceder a consultas con psicóloga/o y trabajador/a social, intervenciones grupales, visitas domiciliarias y consultas de especialidad de salud mental, según necesidad y red de derivación.

Las acciones de apoyo y acogida que se ofrecen son estándar y están definidas en la Norma técnica nacional; sin embargo, estas se adecúan a un plan de acompañamiento personalizado.

Parte del programa de acompañamiento es apoyar a la mujer durante su proceso de toma de decisión, por lo que se enfatiza que los profesionales (el equipo psicosocial y biomédico) deben cumplir un rol de apoyo y contención, sin intentar influir en su decisión.

El equipo psicosocial debe estar compuesto por psicóloga/o, psiquiatra y trabajador/a social; quienes deben trabajar de forma coordinada con el equipo biomédico (médicos ginecólogos, matronas/es, otros especialistas y subespecialistas según cuadro clínico).

El término del programa de acompañamiento no está definido con tanta claridad como su inicio, en las siguientes secciones se describe según cada causal.

Sistemas de información

La NTN describe el CMBD (conjunto mínimo básico de datos) que se debe recopilar en contexto IVE, los que se usan en el Departamento de Estadísticas e Información de Salud para producir “información de alta calidad para el monitoreo de la política”.

Los datos que incluye el CMBD se adjuntan en el anexo AH y se resumen en tres categorías:

- A. Proceso de atención (8 subcategorías)
- B. Prestaciones realizadas (3 subcategorías)
- C. Resultados del proceso de atención (2 subcategorías)

Anexo E: Todo sobre la interrupción voluntaria del embarazo en tres causales

- **Todo sobre la interrupción voluntaria del embarazo en tres causales** <https://www.minsal.cl/todo-sobre-la-interrupcion-voluntaria->

[del-embarazo-en-tres-causales/](#) (3 enero 2018), que solo contiene enlaces a otros sitios:

- **Información para la ciudadanía** <https://web.minsal.cl/informacion-para-la-ciudadania/> donde se presenta la Ley N° 21.030, su historia y se explican las causales.
- **Información para ONG** <https://www.minsal.cl/informacion-para-ong-interesadas-en-acreditarse-como-prestadores-de-acompanamiento/> donde están disponibles los documentos históricos de la Ley N° 21.030 y los formularios de solicitud para ONG que deseen otorgar el Programa de Acompañamiento Completo o que deseen brindar Apoyo adicional al Programa de Acompañamiento.
- **IVE Reporte Trimestral** <https://www.minsal.cl/reporte-trimestral-ley-ive-actualizado-01-enero-a-31-de-marzo-de-2019/> donde se presentan las causales de la Ley N° 21.030, además de mostrar las estadísticas sobre la cantidad de casos constituidos por causal; la cantidad de interrupciones –y continuaciones– de embarazos por causal; la decisión, sobre los criterios anteriores, de acceder o no al Programa de Acompañamiento Psicosocial; y, por último, la cantidad de casos constituidos por causal en establecimientos públicos y privados. Todos los reportes de este tipo son publicados en direcciones distintas, con el mismo título, variando el trimestre de incumbencia y de forma acumulativa dentro de un año. A junio de 2020, no hay disponible ningún reporte trimestral del presente año y el enlazado no es el más reciente disponible (hay uno de todo el año 2019). En el anexo F se encuentran los enlaces a los Reporte Trimestral actualmente disponibles.
- **Información sobre grupo de trabajo implementación IVE** <https://www.minsal.cl/minsal-conforma-grupo-de-trabajo-para-implementacion-de-la-ley-que-regula-la-despenalizacion-de-la-interrupcion-voluntaria-del-embarazo-en-3-causales/> (junio de 2018) donde se presenta una nota tipo noticia que describió los trabajos realizados al confirmarse la Mesa de Trabajo para la implementación de la IVE.
- **Información para los prestadores de salud** <https://www.minsal.cl/informacion-para-prestadores-de-salud/> donde están disponibles los documentos históricos de la Ley N° 21.030.
- **Lista de objetores institucionales** <https://www.minsal.cl/listado-de-objetores-institucionales/> donde se listan las personas jurídicas, las causales que objetan y los recintos de su dependencia (nombre y dirección) donde la objeción se aplica, junto a la fecha de aprobación de la objeción.
- **Funcionarios objetores por servicio de salud** <https://www.minsal.cl/funcionarios-objetores-de-conciencia-por->

- [servicio-de-salud/](#) donde se presenta la cantidad de funcionarios contratados y objetores por causal, por región y a nivel país que había a septiembre de 2019, en las categorías médicos obstetras, anestesistas, profesionales no médicos (que se desempeñan en pabellón) y técnicos paramédicos (que se desempeñan en pabellón).
- **Lista de ONG de acompañamiento** <https://www.minsal.cl/lista-de-instituciones-de-acompanamiento/> donde se presenta el listado de instituciones que entregan el Programa de Acompañamiento Psicosocial y de las que otorgan apoyo adicional a este. Para ambas, se indica la región, el nombre de la institución, dirección, teléfono, sitio web, si tiene costo, la fecha de aprobación y requisito de acceso, en caso de ser pertinente.
 - **Normativas despenalización a la interrupción voluntaria del embarazo en 3 Causales** <https://web.minsal.cl/3causales/> donde se encuentran reglamentos y protocolos para ejercer la objeción de conciencia y normas técnicas nacionales sobre los programas de acompañamiento y atención integral a las mujeres que constituyan alguna de las tres causales. Además, el sitio contiene un enlace a <https://3causales.gob.cl/>, dirección que ya no existe.

Anexo F: Reportes trimestrales IVE publicados a febrero de 2021

IVE: Reporte mensual actualizado al 25 de diciembre de 2018

<https://www.minsal.cl/ive-reporte-actualizado/>

Reporte Trimestral Ley IVE actualizado: 01 Enero a 31 de Marzo de 2019

<https://www.minsal.cl/reporte-trimestral-ley-ive-actualizado-01-enero-a-31-de-marzo-de-2019/>

Reporte Trimestral Ley IVE actualizado: enero a septiembre de 2019

<https://www.minsal.cl/reporte-trimestral-ley-ive-actualizado-enero-a-septiembre-de-2019/>

Reporte Trimestral Ley IVE actualizado: enero a diciembre de 2019

<https://www.minsal.cl/reporte-trimestral-ley-ive-actualizado-enero-a-diciembre-de-2019/>

Anexo G: Investigaciones de carácter periodístico y académico a la implementación de la IVE

Reportaje LT: Tres años, tres causales: Las fallas de la ley de aborto

<https://www.latercera.com/la-tercera-domingo/noticia/tres-anos-tres-causales-las-fallas-de-la-ley-de-aborto/XIPG6IHS4RAZDK2I2BHEA4NVHU/>

ELPAIS: El aborto legal choca en Chile choca dos años después contra la resistencia de los médicos

https://elpais.com/sociedad/2019/09/28/actualidad/1569631050_283062.html

CIPER: Todos los obstáculos y presiones que impiden a las mujeres acceder al aborto por tres causales <https://ciperchile.cl/2018/09/04/todos-los-obstaculos-y-presiones-que-impiden-a-las-mujeres-acceder-al-aborto-por-tres-causales/>

CIPER: Acompañamiento a las mujeres que abortan: un programa abandonado a su suerte <https://ciperchile.cl/2019/10/09/acompanamiento-a-las-mujeres-que-abortan-un-programa-abandonado-a-su-suerte/>

BBC: “Pedí el aborto porque mi hijo se retorció de dolor dentro de mi vientre”, el caso que ilustra cómo la objeción de conciencia obstaculiza la aplicación de la ley en Chile <https://www.latercera.com/nacional/noticia/pedi-aborto-hijo-se-retorcia-dolor-dentro-vientre-caso-ilustra-la-objecion-conciencia-obstaculiza-la-aplicacion-la-ley-chile/248552/>

Humanas: La historia de Estefanía Cabello, la mujer que murió tras aborto y que pone en alerta la aplicación de las tres causales <http://www.humanas.cl/la-historia-de-estefania-cabello-la-mujer-que-murio-tras-aborto-y-que-pone-en-alerta-aplicacion-de-las-3-causales/>

Radio UCH: ONG denuncian una serie de obstáculos en implementación de Ley de aborto en tres causales <https://radio.uchile.cl/2019/06/19/ongs-denuncian-una-serie-de-obstaculos-en-implementacion-de-ley-de-aborto-en-tres-causales/>

Seguimiento de la implementación de la Ley 21.030 de interrupción del embarazo en tres causales en tres hospitales públicos de la RM" financiado por Gynuity y NAF. Investigadora principal: Pamela Eguiguren. Todavía no publicado. Los principales resultados fueron presentados por Pamela Eguiguren en una transmisión conjunta con la Mesa Acción por el Aborto en Chile a través de Facebook en septiembre de 2020. Han sido comentados en Palabra Pública <https://palabrapublica.uchile.cl/2019/07/31/aborto-en-tres-causales-obstaculos-y-deficiencias/>

Anexo H: Tipos de políticas públicas

Tipo de política	Definición	Nivel de coerción	Ejemplos
Regulatorias	Establecen condiciones y limitantes para comportamiento individual y colectivo.	Este tipo de política presenta una coerción directa, de carácter inmediata y se ejerce directamente sobre el comportamiento de los afectados.	Protección ambiental, políticas migratorias, protección al consumidor.
Distributivas	Distribuyen nuevos recursos públicos.	La coerción es indirecta, de característica lejana y se ejerce directamente sobre el comportamiento de los afectados por la política pública.	Subsidios agrarios, infraestructura local como carreteras o escuelas o edificación.
Re-distributivas	Modifica la distribución de recursos existentes.	La coerción es directa, inmediata y se ejerce sobre el entorno del comportamiento de los afectados.	Bienestar social, reforma agraria, impuestos progresivos.
Constitutiva	Crean o modifican instituciones estatales.	La coerción es indirecta, lejana y se ejerce sobre el entorno del comportamiento de los afectados.	Cambios en la legislación del Congreso, creación de nuevas agencias.

Fuente: elaboración propia a partir de Knill y Tosun (2012) y Harguindéguy (2013).

Tabla 24 Tipos de políticas públicas según coerción. Reproducida de (Osorio, y otros, 2016 pág. 143)

		Beneficios	
		Concentrados	Difusos
Costos	Concentrados	Políticas de grupos de interés (ejemplos: políticas de agricultura, tratados de libre comercio).	Políticas de emprendedores (ejemplos: control a políticas nucleares, políticas asociadas a desastres naturales).
	Difusos	Políticas clientelares (ejemplos: asistencia a grupos específicos, programas de salud específicos).	Políticas mayoritarias (ejemplos: atención de salud universal).

Fuente: Knill y Tosun (2012: 21)

Tabla 25 Tipos de política pública según beneficios y costos. Reproducida de (Osorio, y otros, 2016 pág. 144)

Anexo I: Programas sociales

Además de los problemas públicos, las políticas públicas se encargan de problemas sociales y a veces resultan en programas sociales. Un problema social, como será definido a continuación, puede diferenciarse del problema público por la relevancia mediática y política que recibe.

Un problema social es una condición considerada una desviación de las normas sociales habituales por un número de personas y/o una condición social que afecta los valores un grupo de personas de influencia y que puede ser corregida mediante la acción colectiva. De forma similar a los problemas públicos, los problemas sociales no son objetivos: para algunos grupos ciertas situaciones pueden ser irrelevantes o ni siquiera un problema. El autor plantea como ejemplo de problema social el aborto terapéutico (Fuente).

Problemas sociales comunes son aquellos que afectan al colectivo, las necesidades no satisfechas, las situaciones no deseadas o inaceptables, las oportunidades de mejora y, los derechos no garantizados. Por último, se puntualiza que si no hay una acción pública que resuelva el problema, no se trata de un problema de política pública (Fuente).

La definición del problema social se debe hacer basada en la experiencia y con un análisis técnico-científico; el autor advierte que no debe confundirse el problema con la falta de lo que lo solucionaría (es decir, no confundir el problema con su solución). En este proceso es importante involucrar activamente a los actores, para definir la población objetivo, quiénes se ven involucrados en el problema y cómo les afecta (Fuente).

Los actores involucrados son tanto los beneficiarios directos e indirectos, la comunidad donde se realiza el proyecto, incluyendo grupos étnicos; las autoridades gubernamentales en distintos niveles (comunales, regionales, provinciales o nacionales), las empresas proveedoras de insumos, quienes financian el proyecto, como los grupos organizados con alguna causa en común —por ejemplo, medioambiental o religiosa—, las organizaciones de la sociedad civil y quienes se ven afectados por la realización del proyecto; entre otros. Y todos ellos son muy relevantes para que la implementación del programa o política pública sea exitosa. Se pone énfasis en conocerlos e integrar sus necesidades y preocupaciones, porque los actores no son entes neutros, sino que tienen una opinión y una posición ante un proyecto, las que básicamente pueden identificarse como a favor, en contra e indiferentes. La validación de los actores es importante para evaluar la viabilidad del proyecto y, en caso de no serlo, hacer los ajustes que lo hagan viable (Fuente).

Para realizar el análisis de actores se sugiere (Fuente pág. 11):

- i. “identificar a los actores y su importancia (numérica, técnica, social)”
- ii. “Determinar su posición frente al proyecto y detectar cuánta información manejan sobre este”
- iii. “Determinar sus intereses, preocupaciones y expectativas”
- iv. “Categorizarlos de acuerdo a su la (sic) relación con el proyecto (beneficiarios, ejecutores, opositores, indiferentes)”
- v. “Determinar la fuerza que tienen (influencias en actores sociales y políticos, y capacidad de movilización”

La población objetivo se define como la población que sufre el problema y que además posee una o más características relacionadas con el problema; así, la población objetivo es un subconjunto de la población con el problema. Dentro de la población objetivo se distinguen la población atendida, que —ya— tiene acceso a lo que ofrece el programa social; y la población en espera, que tendrá acceso a los bienes y servicios del programa dentro de su plazo de vigencia (Fuente).

A partir de los actores, su postura ante el proyecto y fuerza, de la Fuente elabora una matriz numérica que permite evaluar la viabilidad del proyecto (donde cada fila es un actor, si la suma de la columna final es positiva, el proyecto es viable). Esta no se presenta aquí porque no será utilizada, pero está disponible para su revisión en la página 12 de la misma fuente.

Otra metodología propuesta para el análisis es el árbol de problemas, que analiza las causas y efectos del problema social. Las causas corresponden al fundamento u origen del problema y se escriben sobre este, de lo más inmediato (causa justo sobre el problema) a las más generales (causas de las causas). De forma similar, se hace con los efectos escritos hacia abajo, primero los inmediatos y bajo estos, los efectos de los efectos. La ventaja de este enfoque es que permite analizar el problema social con las causas elegidas y no todo lo que lo podría originar (Fuente).

El árbol de problemas se complementa con el árbol de objetivos, que se construye de forma similar, pero en positivo; es decir, en lugar del problema al centro se escribe el objetivo o problema solucionado, arriba las causas-objetivos que permitirían que el problema ya no exista; y los efectos positivos-objetivos que se

desprenderían de una situación con el problema resuelto o donde este no existe (Fuente).

Por último, se reitera la importancia de considerar a los actores en todo el proceso, especialmente al actor sujeto, ya que son ellos quienes evalúan el éxito del programa (no metodológicamente, sino que son ellos a quienes debe serles útiles solucionando su problema) (Fuente).

Anexo J: Indicadores de programas sociales

Para el diseño, planificación, supervisión y evaluación de programas (o proyectos, de cualquier ámbito, tanto en el sector público como privado) se sugiere el instrumento o metodología de marco lógico (MML); cuya ventaja está en el énfasis que pone en la definición de objetivos, los mecanismos de evaluación y la asignación de responsabilidades dentro de una organización (Fuente).

A través de la Matriz de Marco Lógico — de cuatro filas y cuatro columnas— es posible distinguir un eje o lógica vertical y un eje o lógica horizontal, que resumen toda la información de un programa, como muestra la figura 1. (Fuente).

	Resumen Narrativo	Indicadores	Médios de verificación	Supuestos
Fin				
Propósito				
Componentes				
Actividades				

Matriz de Marco Lógico

Figura 8 Matriz Marco Lógico. Reproducida de (Fuente)

Este trabajo no pretende elaborar —y no lo hará— una matriz marco lógico sobre la política de aborto en Chile, actual ni propuesta, pero a continuación sí se describen las componentes de la matriz, porque proveen una estructura de análisis útil para pensar las políticas públicas en términos macro y el razonamiento con que se diseñarán los indicadores.

La lógica vertical está destinada a los objetivos del programa en distintos niveles, del más general o superior al más específico: fin, propósito, componentes y actividades. Este orden es jerárquico⁸⁰, es decir, si no se cumplen los objetivos de actividades (en la base) no es posible cumplir el objetivo del fin (superior) (Fuente).

La lógica horizontal es un resumen narrativo de cada objetivo —es decir, en qué consiste, de forma resumida y exacta—, señala los indicadores que serán usados para medir el objetivo, los medios de verificación de la información con que se calcula el indicador y los supuestos sobre el riesgo de cumplimiento del objetivo (Fuente). A partir de esto, se puede desprender que la misma lógica de construcción de indicadores es válida para las distintas etapas de un programa de política pública.

El *fin* corresponde al objetivo superior al que el programa contribuye a alcanzar; es decir, se trata de un objetivo político cuyo logro depende de muchas intervenciones —públicas y privadas—⁸¹. No obstante, la contribución del programa al objetivo superior debe ser posible y medible (Fuente).

Luego, el *propósito* es el objetivo único que describe la situación deseada resultante del proyecto, en relación con la situación inicial. Es muy importante que sea logvable —con alta probabilidad—, además de único e inequívoco, por las dificultades de medir y juzgar el cumplimiento de más de un objetivo. Se sugiere redactarlo incluyendo a la población objetivo y como una situación lograda (Fuente).

Las *componentes* son los servicios, bienes y regulaciones que produce el programa y entrega a la población objetivo. Los objetivos componentes deben ser necesarios para lograr el propósito y se sugiere que no sean más de cuatro; en el caso de grandes programas pueden ser hasta ocho, pero no es lo común. Su redacción es de un resultado logrado, al igual que el propósito, pero no es necesario que estén centrados en la población objetivo y pueden representar una situación alcanzada por esta o por otros actores involucrados (Fuente). Como se puede intuir, los componentes están más íntimamente relacionados con el diseño de la política pública o programa y son más específicos que el fin y el propósito.

⁸⁰ En sentido inverso.

⁸¹ Se explicita que el fin se debe redactar usando el verbo “contribuir” o un sinónimo.

Por último, dentro de las filas de la matriz marco lógico, las *actividades* son las acciones —ya no objetivos— necesarias para lograr los componentes (bienes, servicios, regulaciones) del programa. Se definen para cada componente —aunque pueden existir actividades transversales comunes a todos los componentes e indicarse de esa forma—, se deben ordenar cronológicamente y deben describir lo que le interesa medir al programa. Asimismo, pueden agruparse en macro actividades (que no suelen ser más de 7) y no es necesario describir todo lo que se debe hacer (las micro actividades listadas por macro actividad suelen ser menos de 4) (Fuente).

La lógica vertical está bien construida si al inspeccionar las columnas de abajo hacia arriba estas responden coherente y suficientemente a un *para qué* —las actividades para las componentes, estas para el propósito y este para el fin—; mientras de arriba hacia abajo la lectura debe decir *cómo* se logrará lo enunciado (Fuente).

La lógica horizontal depende principalmente de los indicadores (Fuente).

Los indicadores o indicadores de desempeño son útiles no solo en la metodología marco lógico, sino para las acciones públicas, sean estas de políticas, programas o proyectos; e independientemente de la forma en que fueron planificadas y diseñadas. Pero para ello, deben estar bien contruidos y requerir información que sea posible extraer (Fuente). A continuación, se presenta cómo construir bien distintos tipos de indicadores de desempeño.

Los indicadores son herramientas de medición de objetivos que relacionan la situación actual —en que se hace la medición— con la situación inicial y la situación deseada. Para precisar, los indicadores no son herramientas de evaluación, sino de medición —a partir de los que es posible emitir juicios—; pueden definirse muchos y distintos, pero se propone que se usen los menos posibles y más útiles (Fuente).

El autor plantea cuatro definiciones posibles para los indicadores, dos son relevantes para el contexto de indicadores de desempeño en políticas públicas⁸². Una de ellas es que los indicadores son “un cuantificador, entendido como un procedimiento que permite cuantificar alguna dimensión conceptual y que, cuando

⁸² Las otras dos son “un instrumento que sirve para mostrar o indicar algo” y “una cinta (metro) que sirve para medir en cualquier momento histórico sin importar si el resultado de la medición es bueno o malo para el proyecto o programa” (Fuente pág. 4)

se aplica, produce un número”, útil para comparar entre períodos o entornos geográficos o sociales; y la otra es “una herramienta que establece una relación entre dos variables o más, donde normalmente una se refiere al proyecto o programa y la otra sirve como referencia para comparar el desempeño del programa” (Fuente pág. 4). Además, los indicadores pueden usarse para medir fenómenos cuantitativos, de observación y medición directa⁸³ —a los que se denomina indicadores cuantitativos— y para fenómenos cualitativos⁸⁴, en los que una definición o concepto media lo que no es directamente observable —indicador cualitativo—.

Un buen indicador debería ser (Fuente):

- vii. Objetivo, en cuanto independiente a la ideología y sentires de quien lo elabora y/o usa.
- viii. Medible objetivamente, es decir, que no esté influido por los intereses de quien lo elabora y/o usa.
- ix. Relevante, que mida un aspecto importante del logro a alcanzar.
- x. Específico, es decir, que mida lo que se quiere medir.
- xi. Práctico y económico, en el sentido de poco trabajo y a bajo costo.
- xii. Asociado a un plazo de tiempo, del proyecto completo o parcial.

Para la construcción del indicador se debe responder las siguientes preguntas; es decir, el indicador debe contener información respecto a concretamente qué se mide, en qué unidades, sobre qué población objetivo, cuándo y dónde (Fuente):

- **¿Qué** objetivo quiero medir? En otras palabras, qué resultado busco.
- **¿Quiénes** deberían tener ese resultado?
- **¿Qué tipo de medida** se usará para verificar el resultado?
- **¿Cuándo** se espera el resultado?
- **¿Dónde** se espera el resultado?

Además, se sugieren cinco pasos para la construcción de un indicador a partir de un objetivo (como en la metodología marco lógico). Estos son (Fuente pág. 12):

6. “Revisar la redacción del objetivo e identificar los factores relevantes a medir”: el objetivo suele estar redactado indicando la población objetivo y el logro esperado, este último es el factor relevante. Si el objetivo no es claro —ya sea en definir a la población objetivo, el logro esperado o si hay más de un logro esperado— es necesario redefinirlo.

⁸³ Por ejemplo, conteos de atenciones, reclamos, reparaciones, etcétera; y diferencias numéricas.

⁸⁴ Por ejemplo, satisfacción de clientes o prevalencia de liderazgo.

7. “Proponer indicadores para cada factor relevante”: un indicador tiene dos componentes básicas: su nombre, que debe definir lo que se quiere medir, en qué población objetivo y respecto a qué universo se mide, ser autoexplicativo y estar contextualizado en tiempo y espacio; y su fórmula, que debe ser una relación matemática equivalente a lo indicado en el nombre.
8. “Construir las fórmulas para cada indicador”: es la relación matemática descrita en el punto anterior. Las fórmulas más utilizadas son porcentajes, promedios, tasas e índices. En el anexo K se encuentra una descripción de cada una de ellas.
9. “Establecer frecuencia de medición (seguimiento)”: esto es establecer cada cuánto tiempo se estimarán los indicadores. Se sugiere que las mediciones no sean muy frecuentes porque la información levantada probablemente será de mala calidad y el equipo a cargo de levantarla probablemente se distanciará de la intervención pública. Se sugiere que la frecuencia de medición se establezca teniendo en consideración: i) para qué se necesita la información generada; ii) el tiempo estimado que tomará producir resultados en la población; iii) la disponibilidad de la información que proviene de fuentes externas y; iv) los compromisos de cuenta pública o de reportes de gestión.
10. “Establecer meta y línea base”: la línea base representa la situación actual, es decir, el valor que toma el indicador al estimarlo en el escenario previo a la ejecución del proyecto. Por su parte, la meta expresa concretamente lo que se espera lograr en un período de tiempo según los objetivos definidos; también, pueden establecerse metas parciales acumulativas. Por otro lado, la meta es una decisión técnico-política, ya que es establecida por los administradores o gerentes públicos según los recursos, capacidades institucionales y el entorno disponible. Sobre lo que miden los indicadores, en relación con la meta y la línea base, se emite el juicio sobre el avance que lleva el proyecto. Por último, para emitir un juicio sobre impacto (fin) o resultados (propósito) es usual requerir estudios de la situación contrafactual —cuál sería el estado actual si el programa o política no se hubiera implementado—, para compararlo con la situación alcanzada dado que se implementó el programa; sin embargo, los estudios contrafactuales suelen tener complejidades técnicas y altos costos económicos, por lo que se recomiendan solo en situaciones que estrictamente lo requieran.

Por último, los indicadores deben definirse en base a los procesos (actividades) reales con que se implementa el programa, así no se pierden de vista los aspectos relevantes y se cuenta con las fuentes de información necesarias para calcularlos (Fuente).

Siguiendo la metodología de marco lógico, se distinguen dos usos para los indicadores, como medida de un ámbito de control y como estimación del desempeño de la gestión (Fuente).

Como ámbitos de control se definen (Fuente):

- Impacto, asociado a los objetivos de *fin* (efecto);
- Resultados, para los objetivos de *propósito* (resultados);
- Productos, para los *componentes* (productos);
- Procesos, para las *actividades*.

Por otro lado, para estimación de desempeño existen cuatro tipos de indicadores comúnmente usados: eficacia, eficiencia, economía y calidad; aplicables a todos los ámbitos de control (Fuente).

Los indicadores de eficacia buscan medir el grado de cumplimiento (cuánto) de los objetivos del programa; en otras palabras, contrastan lo obtenido con lo planificado (Fuente).

Los indicadores de eficiencia miden cuánto cuesta lograr lo logrado, es decir, relacionan lo logrado con los recursos (monetarios, humanos, temporales o insumos) usados para ello⁸⁵. Dos formas típicas de construir indicadores de eficiencia son usar la productividad media de los factores de producción y los costos de producción —unitarios o promedios, administrativos, presupuesto total del programa— (Fuente).

Los indicadores de economía miden cómo se están administrando, generando o moviendo los recursos financieros del programa y en ese sentido son explícitamente monetarios. Son un tipo de indicadores de eficiencia, contruidos con la intención de juzgar si se está administrando bien (Fuente).

Los indicadores de calidad miden qué tan bien se están cumpliendo los objetivos del programa, a través de la medición de las características, atributos y

⁸⁵ Casi siempre hay una dimensión explícitamente monetaria en estos indicadores.

capacidades de los bienes y servicios producidos, en relación con cuán oportunos, accesibles y precisos son y, con cómo son percibidos por los usuarios (Fuente).

Finalmente, la tabla 1 resume los indicadores más usados o relevantes para distintos tipos de objetivos y ámbitos de control.

Ámbito de control	Objetivos	Indicadores más relevantes
Impacto	Fin	Eficacia
Resultados	Propósito	Eficacia y Eficiencia
Productos	Componentes	Eficacia, Eficiencia y Calidad
Procesos	Actividades	Economía

Tabla 26 Indicadores más usados para distintos objetivos. Elaboración propia en base a (Fuente).

Anexo K: Fórmulas en indicadores

Porcentaje: relaciona una parte del universo poblacional donde se mide con la totalidad de este y se expresa en escala porcentual del 0 al 100. Es útil para medir la cobertura y focalización de un programa.

Tasa de variación: es la razón entre una misma variable en períodos distintos (generalmente la diferencia hasta uno más reciente comparado con uno anterior); también se expresa en escala porcentual. Suelen interpretarse como crecimientos (si es mayor a 0) o decrecimientos (si es menor a cero).

Promedio: o media aritmética, es la suma de una cantidad finita de números, dividida por la cantidad de números sumados; se expresa numéricamente en términos de lo que se esté sumando. También puede calcularse como una relación entre variables con distintas unidades de medida. Suele usarse para calcular tiempos y costos promedios.

Índice: o número índice, es una medida estadística que se toma como base para estudiar las variaciones de una o más magnitudes (sociales, económicas o tecnológicas, por ejemplo) en el tiempo o espacio. Para un índice, entonces, se define también un período inicial o base (con el que se contrasta) y un período de comparación (momento en que se hace la medición o estimación que se contrasta). También existen índices cualitativos que se miden sobre un concepto que se define

y no es directamente observable; de igual forma, siempre se expresan como un número o proporción.

Anexo L: Indicadores de salud pública

Ya que se han descrito los indicadores de programas sociales o política pública, es importante distinguirlos de los indicadores de salud pública. A continuación, se presentan sus características fundamentales, para que los indicadores de proceso y de política pública más adelante propuestos no sean confundidos con indicadores de salud pública.

Los indicadores de salud son importantes medidas de la salud de una población. La palabra indicador significa que algo se está midiendo y los buenos indicadores de salud pública deben tener cinco características fundamentales: disponibilidad, validez, tabulación, agregación y utilidad. Los indicadores de salud pública son de especial relevancia en la epidemiología descriptiva.

Un indicador de salud puede definirse como una variable, susceptible de medición directa, que refleja el estado de salud de las personas en una comunidad. En otras palabras, un indicador define una medida de salud (es decir, la ocurrencia de una enfermedad u otro evento relacionado con la salud) dentro de una población específica y; son medidas que intentan reflejar y monitorear el estado de salud de una población. (Althoff).

Además, los indicadores de salud reflejan un constructo de salud en lugar de solo la medición directa de una variable. Por ejemplo, la tasa de mortalidad infantil, calculada como el número de muertes infantiles dividido por el número de nacidos vivos en la población, estandarizada (multiplicada por mil); se considera un reflejo de la salud general de una población. Así, los indicadores de salud sirven para definir objetivos de los programas de salud —buscando aumentar o disminuir el indicador— (Althoff).

Por otro lado, no basta con seleccionar el indicador de salud, también hay que medirlo —lo que depende de la disponibilidad y validez de los datos— y analizarlo —lo que depende de la tabulación y agregación de los datos—.

Sobre la disponibilidad de los datos, la mayoría viene de sistemas de información de salud pública (sistemas de vigilancia, encuestas de resultados y determinantes de salud y registros de resultados de salud) y de los sistemas de información de salud rutinaria (sistemas de registro civil, registros médicos y bases de datos administrativas). Si los datos no están disponibles, no es posible calcular el indicador (Althoff).

La validez de los datos se juzga a través de la valoración de los sistemas de información. Un sistema de información produce datos válidos si estos son oportunos, precisos y completos. Algunas herramientas para evaluar los sistemas de información de salud rutinaria, los datos que producen y los indicadores son *PRISM – Performance of Routine Information System Management*, que aborda las debilidades del sistema de información; y *RHINO – Routine Health Information Network* que busca fortalecer los sistemas de información en entornos de bajos recursos (Althoff).

Algunos aspectos que amenazan la disponibilidad y validez de los datos son infraestructuras burocráticas, el ambiente político, la situación económica y la falta de mano de obra calificada para construir y trabajar los sistemas de información (Althoff).

Por otro lado, la tabulación se refiere a cómo se calcula el indicador a través del tiempo, en el sentido de que su definición no cambie. En la definición del indicador se distinguen tres niveles, cada uno más específico que el otro. El primer nivel es la descripción verbal o nombre del indicador que entendería la población general (por ejemplo, la tasa de mortalidad de cáncer es la tasa de muerte por cáncer). El segundo nivel es más específico respecto a de dónde vienen los datos que se consideran en el numerador y denominador del indicador (en el ejemplo, si es muerte por cáncer según el certificado de nacimiento; qué códigos de clasificación son considerados muertes por cáncer; si es la población estimada para el año calendario); esta información suele ser relevante para la comunidad de salud pública. Por último, el tercer nivel es el más técnico y suele de interés para la persona calculando la estimación del indicador; tiene que ver con cómo se seleccionaron los datos, especialmente para el numerador (por ejemplo, si se consideraron las causas subyacentes de muerte). En resumen, la tabulación se relaciona con el constructo, la definición y los datos técnicos al estimar el indicador (Althoff).

Muchos indicadores de salud tienen una definición estándar establecida por organismos internacionales como la Organización Mundial de la Salud (*WHO*), la

Organización Panamericana de la Salud (*PAHO*) y el Instituto de Medicina (*IOM*) de Estados Unidos; otros están definidos de forma estándar según al área que corresponden, por ejemplo, nutrición o envejecimiento. Esto es importante para que el indicador se refiera a lo mismo en poblaciones distintas. Asimismo, la tabulación de los indicadores debe ser consistente a lo largo del tiempo (para comparar a la población consigo misma) y entre poblaciones (Althoff).

Para continuar, la agregación de los datos se refiere a que los mismos criterios de agrupación —por ejemplo, por sexo, edad o etnia— sean aplicados a ambos numerador y denominador. Cuando los datos se encuentran disponibles a nivel individual —es decir, se dispone de una o más filas por persona en la base de datos— la agregación no es un gran desafío; sin embargo, cuando se usan datos que vienen agrupados y, especialmente, al combinar grupos de datos, es importante que los datos sean pedidos con la agregación especificada —esto quiere decir, por ejemplo, que corresponda al mismo grupo etario la información que se usará en numerador y en denominador—. Especialmente en los casos de enfermedades raras o estigmatizadas, puede haber regulaciones que restrinjan el acceso a información a nivel individual e incluso a nivel agregado si el grupo disponible es pequeño (Althoff).

Como ya fue mencionado, los indicadores de salud no reflejan solo lo que están midiendo, sino que son constructos del bienestar o salud de la población de una forma más general; incluso, buenos indicadores de salud se correlacionan con buen desempeño económico, mientras los indicadores con mal desempeño pueden dar luces de una situación de mayor vulnerabilidad e inseguridad para la población. De forma similar, los indicadores de salud no son neutrales, sino que tienen una componente —carga— política —por ejemplo, los indicadores de salud materna suelen ser interpretados como una lectura de cómo el gobierno cuida a la gente—; de forma similar, direccionan a dónde destinar fondos públicos y son también escudriñados por las organizaciones no gubernamentales, los donantes privados y el sector público para la obtención de financiamiento⁸⁶ (Althoff).

Por último, como fuente de epidemiología en salud pública, malos indicadores conducen a malos descubrimientos y, en consecuencia, malos resultados⁸⁷ que no resuelven el problema de salud pública. En este sentido, además de las cuatro características ya mencionadas de un buen indicador: disponibilidad y calidad (validez, tabulación y agregación), el indicador también debe ser útil. Un indicador de salud es útil si es fácil de usar e interpretar, si es comprensible para quienes van

⁸⁶ Es decir, de cierta forma hay una componente económica.

⁸⁷ “*garbage in, garbage out*”

a usar la información —tomadores de decisiones y administradores, por ejemplo— y si es relevante para la(s) política(s) pública(s) y quienes la(s) hacen (Althoff).

La epidemiología descriptiva (uno de los principales enfoques en el campo de la epidemiología) son las descripciones generales sobre la relación entre una enfermedad y características básicas, como la edad, el sexo, la etnia, la ocupación, la clase social y la ubicación geográfica; tales descripciones, aunque generales, pueden tener dimensiones analíticas. El objetivo es observar cómo los resultados de salud pueden ser distintos según los factores mencionados (u otros) (Althoff).

Las principales categorías de la epidemiología descriptiva son las personas, el lugar y el tiempo —las tendencias que se observan en él—. De forma resumida, la categoría tiempo se refiere a observar los cambios en el tiempo (por ejemplo, con un gráfico) en las estimaciones del indicador (lo que requiere que haya sido estimado en los intervalos que se quieren observar). Al observar cambios bruscos o inesperados, es importante revisar si se debe a un cambio en la definición del indicador o a una medición circunstancial, por ejemplo (Althoff).

La categoría tiempo puede cruzarse con la categoría personas, es decir, explorar subgrupos según características etarias, sexuales, étnicas, nivel socioeconómico, entre otras. Algunas características personales pueden ser útiles para ciertas enfermedades, por ejemplo, la orientación sexual en el VIH⁸⁸. El uso de una o más características puede ayudar a identificar el subgrupo que podría necesitar políticas focalizadas para enfrentar la enfermedad (Althoff).

Por último, la categoría lugar hace una división del territorio para observar los indicadores de forma diferenciada dentro de este. El criterio de división tradicional es geográfico, desde zonas pequeñas (como ciudades) hasta países. Sin embargo, también puede dividirse según ruralidad o urbanidad, diferencias culturales, históricas, étnicas, sociales, políticas o económicas; que pueden ser relevantes para el problema de salud de interés. Por supuesto, la categoría lugar puede cruzarse con personas para hacer una definición más precisa de los subgrupos (Althoff).

⁸⁸ Por supuesto, las características personales no deben ser usadas para estigmatizar una enfermedad ni generar grupos discriminados, sino para elaborar políticas de mejor forma; y esto puede ser un desafío en sí mismo. Además, es importante no otorgar ni interpretar como causalidad lo que probablemente es correlación.

La información presentada permite distinguir claramente a los indicadores de salud, de los indicadores de política pública y de los indicadores de procesos y resultados. Especialmente, los indicadores de salud tienen una complejidad singular por ser un constructo que represente la salud de la población en términos generales. Tal vez podrían elaborarse indicadores de aborto como indicadores de salud pública específicos a las mujeres; sin embargo, esto queda fuera del alcance de este trabajo y se hace una introducción teórica que pueda servir como punto de partida a Corporación Miles —o a quien le interese— elaborar indicadores de aborto con criterio de salud pública a partir de información también pública.

Anexo M: Centros de salud como organizaciones – Marco teórico

La relevancia de la gestión de las organizaciones públicas por sobre la realización efectiva de políticas públicas fue planteada por M. H. Moore en 1998. Una organización pública es un sistema complejo dentro del que coexisten mini-organizaciones que pueden ser entendidas como agentes con propósitos propios. Cada una de las organizaciones integrantes tiene tendencia a auto-organizarse y actuar de forma independiente, según sus reglas (Waissbluth, 2008). Una buena gestión organizacional permite la cohesión y coherencia de las mini-organizaciones integrantes, haciendo de la organización una macroestructura con una misión, visión, propuesta de valor, modelo de negocios, valores, estrategias, objetivos, recursos y personas que se articulan a través de la estructura organizacional, claramente definida.

Abordadas desde su origen, las organizaciones se diseñan en función de sus objetivos y estrategias, siendo el organigrama el resultado del proceso de diseño. Sin embargo, en la práctica, las organizaciones enfrentan nuevos desafíos sin reestructurarse cada vez que esto sucede.

Las organizaciones, como sistemas complejos, existen porque agregan valor a sus clientes y usuarios, a la vez que se desenvuelven en un marco regulatorio, institucional y/o de competencia. Por otro lado, se distinguen dentro de ellas dimensiones políticas, técnica-económicas, social-relacionales y de adaptación al entorno (Depolo, 2019)

La estructura de las organizaciones evoluciona continuamente, pasando de la concepción tradicional insular y jerarquizada, a la actual organización que interactúa en redes y moviéndose hacia un modelo nuclear que reúne muchas redes. Esto

significa que las organizaciones tienen una historia a la que no son ajenas (Waissbluth, 2008).

Los procesos básicos de una organización corresponden a: i) Su forma de producir valor agregado; ii) Su forma de tomar decisiones; iii) Mecanismos de aprendizaje y control; iv) La membresía⁸⁹ que se genera dentro de la organización y con la misma, en cuanto a sus valores, visiones, mensajes compartidos y contratos formales; y v) Los mecanismos de resolución de conflictos entre sus miembros (Waissbluth, 2008).

La gestión del comportamiento organizacional (*Organizational behaviour management, OBM*) se encarga de lo que las personas hacen, analiza por qué lo hacen y luego aplica estrategias de intervenciones basadas en evidencia para mejorar lo que las personas hacen. La aplicación al cuidado en salud ha sido estudiada en múltiples ocasiones, ya que los sistemas mal diseñados contribuyen a los errores médicos (*Organizational Behavior Management in Health Care: Applications for Large-Scale Improvements in Patient Safety, 2008*).

La *OBM* se suele aplicar usando un modelo de intervención A–B–C, donde A (*antecedent*) es un estímulo que antecede y propicia un comportamiento B (*behaviour*), cuyo evento consecuente C (*consequence*) aumenta la probabilidad de que B se repita. Como consecuencia para moldear el comportamiento suelen usarse la retroalimentación basada en comportamiento (comentar sobre la medición de objetivos definidos) y la mantención del comportamiento. Esta última se refiere a institucionalizar las circunstancias necesarias para la repetición del comportamiento, sin necesidad de la intervención (*Organizational Behavior Management in Health Care: Applications for Large-Scale Improvements in Patient Safety, 2008*).

Los factores críticos para la mantención del comportamiento son: a. educar y capacitar; b. involucrar al personal original en la personalización y realización del proceso de intervención; c. desarrollar una estructura organizacional para el monitoreo de los procesos y resultados de la intervención; d. proporcionar apoyo social y organizacional continuo y; e. generar reglas propias de los individuos que puedan usar para motivar su comportamiento relevante para la intervención.

⁸⁹ De parte de los trabajadores.

Por otro lado, los errores médicos pueden definirse como cualquier resultado no intencionado entregado al paciente⁹⁰ o como cualquier problema en el proceso de cuidado con el potencial de causar daño⁹¹. Esta última definición está más alineada con la OBM, ya que los comportamientos pueden ser considerados en sí mismos procesos.

Dentro de los errores médicos se definen cuatro dominios principales: i) Diagnóstico; ii) Tratamiento; iii) Preventivo y; iv) Otros. El paper exhibe los tipos de errores dentro de cada dominio, siendo los pertinentes a este trabajo los referidos a iv. Otros: a. Fallas en las comunicaciones; b. Fallas de equipamiento; c. Otras fallas del sistema.

La seguridad del paciente se diagrama como se muestra en la figura 13 a continuación. De los dominios mencionados, son de mayor relevancia la cultura del cuidado, el paciente, el comportamiento del cuidador, el contexto ambiental y la legislación de cuidado en salud.

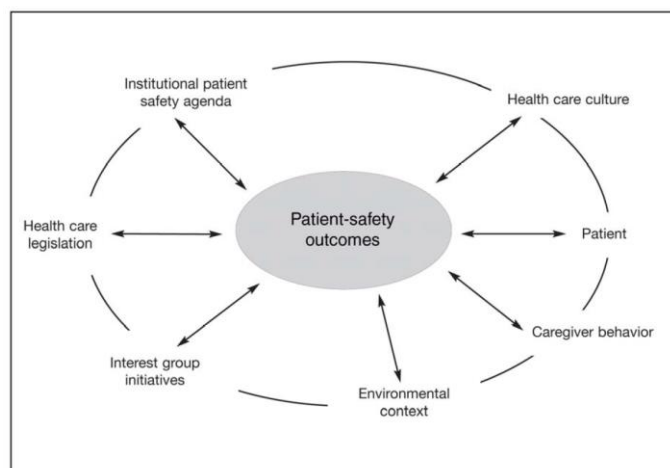


Figura 9 Diagrama del modelo de seguridad del paciente. Extraído de Cunningham & Geller, 2008. Página 4.

La OBM en el contexto de cuidado de salud y de seguridad del paciente, resulta integradora de aspectos de comportamiento y humanitarios. Geller (2001) elabora las siguientes directrices:

1. Elegir comportamientos observables
2. Centrarse en factores externos para explicar y mejorar el comportamiento
3. Dirigir con antecedentes y motivar con consecuencias
4. Centrarse en consecuencias positivas para motivar el comportamiento
5. Diseñar intervenciones considerando emociones internas y actitudes

⁹⁰ National Patient Safety Foundation. *Health care error*.

⁹¹ Institute of Medicine. *Health care error*.

6. Aplicar el método científico para mejorar las intervenciones
7. Usar la teoría para integrar información y no para limitar posibilidades

Cunningham y Geller (2008) indagan también en las jerarquías organizacionales de los centros de salud, la relación con los pacientes, las comunicaciones internas y el uso de incentivos colectivos e individuales. Finalmente, concluyen que un uso eficiente y orientado al cumplimiento de la OBM permite generar culturas positivas, empáticas e interdependientes, en un contexto de aprendizaje continuo y de beneficiosos cambios en el comportamiento.

Cultura organizacional es un concepto con múltiples definiciones. A continuación, se presentan algunas de ellas. Para Schein (1982) corresponde al “*patrón de asunciones básicas que un grupo dado ha inventado, descubierto o desarrollado durante su aprendizaje para manejar sus problemas de adaptación externa e integración interna*”.

Para Robbins (1999), es un sistema de valores y actitudes compartidas por gran parte de los miembros de una organización y que hacen posible distinguir a la organización de otras al margen de su misión y objetivos. Peters y Waterman (1982) la definen como un “*conjunto dominante y coherente de valores compartidos transmitidos por significados simbólicos como cuentos, mitos, leyendas, slogan y anécdotas*”. Por último, Robbins (1999) distingue la existencia de una cultura dominante de una organización del conjunto de sub-culturas que existen en su interior. En este caso, se entiende que la unidad de Gineco-obstetricia pueda poseer una cultura propia distinta a la que caracteriza al Hospital Santiago Oriente.

En consideración de lo anterior, *Competing values framework* es una herramienta desarrollada por Cameron y Quinn en 1999, que permite estudiar la cultura de una organización, diagnosticarla y facilitar el cambio de una a otra. Además, muestra el grado de flexibilidad que la organización tiene ante cambios o si, por el contrario, está más orientada al control y la estabilidad. Identifica cuatro tipos de culturas dominantes: i) Clan; ii) Ad-hoc (Adhocracia); iii) Jerarquizada y; d) Mercado. El *Organizational Culture Assessment Instrument (OCAI)* es un cuestionario de seis preguntas tipo, con las alternativas A, B, C y D; cada una de estas asociada a un tipo de cultura. Se aplica sobre los miembros de la organización y se hace un contraste entre la cultura actual (declarada) y la cultura preferida.

La versión en español a utilizar de *Competing values framework* se encuentra en el anexo AJ.

Anexo N: Estudio de caso propuesto e instrumentos diseñados para evaluar la implementación normativa

Los cuestionarios corresponden a instrumentos de evaluación tipo entrevistas e incluyen preguntas abiertas y cerradas, referidas a aspectos técnicos —u objetivos—, cualitativos —o subjetivos— y a la experiencia de los profesionales y mujeres. Los instrumentos se piensan de forma extensiva y complementaria. Todas las preguntas que se incluyen son en el mayor grado de profundidad en que se espera conocer los aspectos por los que consultan, aun así, no se aspira a que todas sean contestadas, sino a manifestar su relevancia y su contestación es complementaria.

Los seis cuestionarios elaborados se listan a continuación, luego se describen brevemente y se encuentran disponibles en el anexo entre paréntesis:

1. Versión hospital. Instrumento profesional referente IVE, jefa/e de ginecobstetricia, alto riesgo obstétrico o similar (anexo O).
2. Versión hospital. Instrumento profesionales IVE médicos y matronas/es (anexo P).
3. Versión hospital. Instrumentos profesionales IVE programa de acompañamiento psicosocial (anexo Q).
4. Versión hospital. Instrumento registro y sistemas de información y otros (anexo R).
5. Versión nivel primario de salud. Instrumento profesional referente, jefa/e de matronería, psicología o similar (anexo S).
6. Versión Mujeres +18 años (anexo T)

El desarrollo de los instrumentos fue acompañado del diseño preliminar de un formato de base de datos de monitoreo propuesta, similar al que luego estuvo disponible a través de Datos abiertos del DEIS. La base de datos sugerida puede consultarse en el anexo AI.

Instrumento para profesional referente IVE, jefa/e de ginecobstetricia, alto riesgo obstétrico o similar

Este instrumento abarca múltiples dimensiones, desde la mirada de quien es responsable de la implementación de la IVE en el centro de salud. Combina aspectos subjetivos (preguntas de juicio) y objetivos (preguntas de procedimiento).

Se busca indagar exhaustivamente en las disposiciones específicas incluidas en la NTN y en lo que la NTN propone pero no estructura. Se pregunta cómo se logran los aspectos técnicos y cómo se registran, cómo se gestiona en base a ellos. Se indaga en cómo se logran los aspectos cualitativos prometidos, considerando que son lo que más se enfatiza en la NTN, pero no así en la Ley.

El objetivo de este instrumento es hacer un escáner general de la implementación de la IVE en el centro de salud, a la vez que de la percepción que tiene el profesional referente o jefe sobre esta.

El instrumento registra algunos datos básicos de quien contesta, como su edad, sexo, profesión y cargo. Luego se hace entrega del consentimiento informado y se solicita la grabación. Se explicita que está pensado para desarrollarse en cuatro sesiones de 60 minutos (por cada sesión, un consentimiento).

La primera parte, Preguntas de respuesta abierta, relacionadas con la IVE, sitúa al profesional en su relación con los aspectos más generales de la IVE.

Luego, la segunda parte, Preguntas de respuesta abierta, sobre experiencia IVE, indaga en situaciones concretas que haya experimentado asociadas a la experiencia IVE.

La tercera parte, Preguntas generales, todas las causales, revisa todos los aspectos previos a la confirmación de una causal específica y a los procedimientos asociados a todas las causales.

La cuarta parte, Preguntas Primera causal; la quinta parte, Preguntas Segunda causal y la sexta parte, Preguntas Tercera causal; se refieren a los aspectos técnicos y cualitativos de cada causal, tanto en lo que corresponde a la experiencia propia del profesional y su equipo, como a lo que observa de las mujeres.

El instrumento completo se encuentra en el anexo O.

Instrumento para profesionales IVE médicos y matronas/es

Este instrumento es más reducido, en cuanto intenta incorporar aspectos técnicos y cualitativos asociados al quehacer profesional pero no administrativo de la IVE. Al igual que el instrumento de los directivos IVE, sus preguntas son multidimensionales, pero son menos y sin consultar estadísticas. Está pensado para desarrollarse en una sesión de 60 minutos y solo se preguntan las causales en que se ha visto involucrado/a. Estructuralmente es igual, tiene el inicio y las mismas 6 secciones:

1. Preguntas de respuesta abierta, relacionadas con la IVE
2. Preguntas de respuesta abierta, sobre experiencia IVE
3. Preguntas generales, todas las causales
4. Preguntas Primera causal
5. Preguntas Segunda causal
6. Preguntas Tercera causal

Se encuentra disponible completo en el anexo P.

Instrumento para profesionales IVE programa de acompañamiento psicosocial

Este instrumento abarca múltiples dimensiones, con énfasis en los aspectos cualitativos. No incorpora aspectos biomédicos. Está pensado para desarrollarse en dos sesiones de 90 minutos o cuatro de 45 minutos. Mantiene la estructura de los instrumentos anteriores, agregando una sección al medio (3), es decir, captura del perfil de quien contesta, presentación de consentimiento y luego las siete partes:

1. Preguntas de respuesta abierta, relacionadas con la IVE
2. Preguntas de respuesta abierta, sobre experiencia IVE
3. Preguntas sobre las mujeres, diferenciado para todas las causales
4. Preguntas generales, todas las causales
5. Preguntas Primera causal
6. Preguntas Segunda causal
7. Preguntas Tercera causal

Se encuentra disponible completo en el anexo Q.

Instrumento registro y sistemas de información y otros

Este instrumento se elabora sobre dimensiones relacionadas con la gestión y los sistemas de información y el aprendizaje continuo. Se refiere principalmente a aspectos técnicos, administrativos y procesos.

Solicita el acceso a una submuestra anonimizada de los datos CMBD -que a la vez son un subconjunto de la ficha clínica-, o en su defecto, que se respondan las preguntas que se plantean o la entrega de una base de datos sugerida. Se dirige también a la(s) persona(s) encargada de los sistemas de información, siendo la única profesional no IVE que se contempla entrevistar.

Su estructura distingue:

1. Preguntas y estadísticas CMBD
2. Preguntas análisis y producción de información
3. Base de datos alternativa

Se encuentra disponible en el anexo R.

Instrumento para profesional referente, jefa/e de matronería, psicología o similar

Se relaciona con todas las dimensiones de los instrumentos anteriores de forma muy general, incorporando aspectos subjetivos (juicios) y objetivos (datos y protocolos). Está dirigido al profesional a cargo de la IVE en el nivel de atención primario (APS), conocido como “Referente”. Se refiere a las tres causales, aunque pregunta más sobre la tercera, ya que el rol de APS es muy relevante en esa causal. Su estructura, además de la entrega de consentimiento es:

1. Preguntas de respuesta abierta, relacionadas con la IVE
2. Preguntas de respuesta abierta, sobre experiencia IVE
3. Preguntas sobre las mujeres, todas las causales

Se encuentra disponible en el anexo S.

Instrumento para las Mujeres +18 años

Las dimensiones de análisis y conceptuales de este instrumento son Interrupción Voluntaria del Embarazo como política pública, experiencia de las mujeres como beneficiarias, autonomía de las mujeres, derechos sexuales y reproductivos y conocimiento de las mujeres sobre derechos sexuales y reproductivos.

Se busca, principalmente, que las mujeres valoren su experiencia con la IVE, para lo que se hace un cruce entre las dimensiones identificadas como fundamentales para una implementación exitosa, los objetivos de la IVE y los objetivos de cada causal específica y, el estándar establecido por la NTN y las Orientaciones Psicosociales. Se inspecciona la autonomía ya que el objetivo que ampara a la IVE es el de “aumentar la autonomía de las mujeres”. Por razones legales, el instrumento está diseñado para ser aplicado con mujeres mayores de edad. Se desarrolló una versión digital para ser difundida.

Inicia con la entrega del consentimiento informado, la solicitud de grabación y el consenso sobre cómo llamar al producto de la gestación. Luego, consta de 3 partes. La primera parte, Caracterización, busca capturar el perfil sociodemográfico de la mujer.

La segunda parte, Experiencia IVE, contiene cuatro subsecciones, una general y una para cada causal. A la mujer se le pregunta por la general, más la causal que constituye (o intenta constituir). Las preguntas combinan ser abiertas, con una intención no invasiva, sobre las experiencias singulares de las mujeres; y cerradas y específicas, cuando se refiere a aspectos esenciales estipulados en la Ley 21.030 y la NTN.

La tercera y última parte es la Escala de Autonomía Reproductiva desarrollada por Ushma Upadhyay, investigadora del Bixby Center for Global Reproductive Health de la Universidad de California San Francisco. La escala tiene un total de 14 preguntas: 4 referidas a Libertad y coerción, 5 sobre toma de decisiones y 5 sobre comunicación (Upadhyay). Complementariamente, se pregunta por la elección, el acceso y el costo de métodos anticonceptivos previo al embarazo (UCSF Bixby Center for Global Reproductive Health). La interpretación de la escala se menciona según puntajes, pero no se entrega una graduación absoluta, por lo que podría depender y ajustarse al grupo que se aplica (es decir, estandarizarse o normalizarse). Debido a que este instrumento finalmente no se aplicó, no se profundizó en cómo sería interpretado; para conocer más sobre la escala se sugiere consultar el paper en que se explica su desarrollo (Development and Validation of a Reproductive Autonomy Scale, 2014).

Quedó fuera de este instrumento la despenalización social del aborto que, aunque se considera relevante, no es una dimensión fundamental para el estudio de caso. En el anexo T se encuentra el instrumento completo.

Anexo O: Instrumento profesional referente IVE, jefa/e de ginecobstetricia, alto riesgo obstétrico o similar

INSTRUMENTO PROFESIONAL REFERENTE IVE, JEFA/E DE GINECOBSTETRICIA, ALTO RIESGO OBSTÉTRICO O SIMILAR

Segundo nivel de atención – Todas las causales – Información de quien responde:

Sexo: Edad: Centro de salud:
Profesión: Cargo: Año ingreso:
Tipo de jornada: Objeto/a: Año ingreso IVE:

Se marcan con (*) las preguntas que consultan el juicio de quien responde y también las que, sin estar orientadas a ello, pudieran contenerlo. Las otras preguntas son sobre estadísticas, protocolos y procedimientos. Este cuestionario está pensado para responderse en 3 sesiones, cada una con una duración estimada de 60 minutos. Se solicita grabar la entrevista:

Primera sesión: Preguntas de respuesta abierta, relacionadas con la IVE; Preguntas de respuesta abierta, sobre experiencia IVE; preguntas generales, todas las causales.

Segunda sesión: Preguntas Primera Causal; Preguntas Segunda Causal

Tercera sesión: Preguntas Tercera Causal.

Las preguntas reflejan el mayor grado de conocimiento que se espera obtener y no es estrictamente necesario hacerlas todas.

o. CONSENTIMIENTO INFORMADO Y CONSENSOS

- a. Entrega de consentimientos informados adjuntos.
- b. Esta entrevista está diseñada para hacerse en cuatro sesiones de aproximadamente 60 minutos.
- c. ¿Usted autoriza que esta conversación sea grabada?

Preguntas de respuesta abierta, relacionadas con la IVE

- ¿Cuáles son sus funciones, labores y responsabilidades, relacionadas con la IVE, según su contrato laboral? ¿Y en la práctica?

- ¿Cómo describiría las dinámicas relacionales y comunicacionales con su equipo de trabajo IVE (pares horizontales, superiores y subordinados)?
- ¿Qué contestaría a una usuaria de pasillo que le solicite información sobre la *interrupción voluntaria del embarazo o aborto*?
- Si tuviera que derivarla, ¿a quién sería?
- Brevemente, ¿qué sabe sobre la interrupción voluntaria del embarazo? (*Solo si en las respuestas anteriores no aparecieron explícitamente las tres causales, sus plazos, que es una ley, que es un derecho de las mujeres, el programa de acompañamiento psicosocial, ...*)
- Desde la promulgación de la IVE, ¿ha sido capacitada/o? ¿Cuándo y cuántas veces? ¿En qué? ¿Quién fue el organismo capacitador? Comente brevemente su experiencia.
- ¿Cómo mejoraría las capacitaciones que se hacen?
- ¿Qué le parece que Chile haya optado por implementar la IVE en el nivel de atención de especialidad? *Preguntar por acceso vs. complejidad si no aparece en la respuesta (*)*
- Se establece la importancia de monitorear la IVE. Pero en concreto, ¿qué se hace? (*A nivel HSO y nacional*)
- A su juicio, ¿el sistema de información cumple con capturar los datos relevantes para caracterizar a la población objetivo y los hitos del proceso (textual)? (*)
- Se establece que el DEIS hará monitoreos a la política. ¿Usted ha recibido algún informe o resultado de este monitoreo?
- ¿Cuáles son los tiempos de producción de información? (*En NTN: "lo más cercano a tiempo real"*)
- ¿Cuántos médicos obstetras hay contratados? ¿Cuántos son objetores de conciencia?
- ¿Cuántos anestesistas hay contratados? ¿Cuántos son objetores de conciencia?
- ¿Cuántos profesionales no médicos que se desempeñan en pabellón hay contratados? ¿Cuántos son objetores de conciencia?
- ¿Cuántos técnicos paramédicos que se desempeñan en pabellón hay contratados? ¿Cuántos son objetores de conciencia?
- ¿Cómo es el proceso de objeción de conciencia en el HSO?

Preguntas de respuesta abierta, sobre experiencia IVE

- ¿Podría comentar su experiencia con cada una de las causales? ¿Recuerda algún caso que se haya desarrollado muy bien o muy mal? (*)
- ¿Cómo cree usted que aporta a la entrega de la IVE en el marco del **abordaje integral** en salud? (Distinguir aspectos biomédicos y psicosociales. Distinguir entre el aporte al equipo de trabajo y a las usuarias.) (*)
- ¿Qué percibe de las usuarias? (*)

- Si tuviera la oportunidad, ¿cómo ampliaría la contribución que puede hacer? (Tanto al equipo como a usuarias) (*)
- Sobre su rol, ¿qué valora de forma positiva? ¿Y qué mejoraría? (*)
- Observando todo el proceso, ¿qué valora de forma positiva? ¿Y qué mejoraría? (*)
- ¿Qué necesita para cumplir sus labores de mejor manera? (*)

Preguntas generales, todas las causales

- ¿Qué oferta de programas de acompañamiento hay en el HSO? ¿Hay un mapa de la oferta intersectorial? ¿En qué sentido son diversos y qué falta cubrir?
- ¿Quiénes son los profesionales que suelen hacer la primera entrega de información?
- La o el profesional que atiende a la mujer que constituye una causal, ¿de qué recursos dispone para entregar información sobre: [en primera y segunda causal debería ser médica/o, en tercera del área psicosocial]
 - La Ley y las prestaciones que ofrece
 - Instituciones que ofrecen el programa de acompañamiento
 - Instituciones sin fines de lucro que ofrecen apoyo adicional
 - Redes de apoyo, en caso de elegir continuar con el embarazo
- ¿Qué facilitadores y/o mecanismos auditivos y/o visuales hay disponibles en el centro de salud para las mujeres que tienen capacidades distintas o no dominan el español?
- El HSO, ¿cuenta con una estimación anual de las causales que se deberían constituir en este centro? Si sí, ¿por causal? ¿Por segmento etario? ¿Con qué otros criterios?
- ¿Hay un ciclo de aprendizaje sobre las causales que se constituyen? (*Los desafíos que presentan, los nuevos diagnósticos, complejidades, buenas y malas prácticas, etcétera*)
- ¿Se hace la orientación y consejería anticonceptiva? ¿Cómo se hace? ¿A qué % de las mujeres? (*¿Qué incluye? ¿Se incluye el método anticonceptivo? ¿Por cuánto tiempo? ¿A qué costo para la mujer? ¿Quién la realiza? ¿El método entregado depende de la disponibilidad del centro? Si no hay, ¿se entrega otro, se deriva o se espera a que haya stock?*)
- Si se decide interrumpir, ¿qué procedimientos son los más utilizados en cada causal?
- A su juicio, ¿cómo influye la necesidad de un representante legal para autorizar la interrupción en las niñas menores de 14 años? ¿Cómo se agudiza esto en los casos de violencia intrafamiliar? ¿Y qué tan frecuente es (%)? (*)
- A su juicio, ¿por qué se justifica que las niñas menores de 14 años requieran autorización de un representante legal para interrumpir un embarazo? O, en otras palabras, ¿por qué se justifica que baste su voluntad para continuar el embarazo pero no para interrumpirlo? (*)

- En el caso de las niñas menores de 14 años, ¿se ha recurrido a autorización judicial sustitutiva? (Cuando falta la autorización del representante legal o se sospecha de una vulneración de derechos por parte de este)
- Se señala que en caso de que el médico sospeche de una vulneración (riesgo físico y/o psíquico) para la adolescente por parte del representante legal, se puede acudir a autorización sustitutiva. ¿Por qué o qué sentido tiene que esta responsabilidad sea del médico y no de la psicóloga o profesional que realiza acompañamiento psicosocial y, en el caso específico de la tercera causal, escucha el relato? (*)
- ¿Cómo se han resuelto las solicitudes en que el Tribunal tuvo que otorgar autorización sustitutiva? ¿Fue en favor de la niña/adolescente o de su representante legal? ¿En qué plazo? ¿Hay registro de esto? Si el tribunal falló a favor de la niña/adolescente (pro interrupción), ¿ella cambió de opinión y decidió continuar el embarazo?
- ¿Hay un método de interrupción por defecto? ¿Cuáles son los métodos de interrupción más usados? ¿Solo farmacológico o mixto con instrumental? ¿Qué porcentaje de las interrupciones?
- ¿Cómo se gestiona el abastecimiento y disponibilidad de mifepristona y misoprostol?
- ¿A qué centros debe acudir la mujer si tiene efectos colaterales? (*En la NTN se mencionan como "centro asistencial competente". Si es al mismo HSO, ¿dónde se registra la información? ¿Qué tan frecuente es? ¿A los cuántos días, etc?*)
- ¿Cómo evalúa que las dosis de mifepristona y misoprostol deban consumirse siempre en el establecimiento y, específicamente, en el segundo nivel de atención? (*)
- ¿Las complicaciones que se generen se resuelven en el mismo HSO? ¿Qué tan frecuentes han sido?
- ¿Qué tan factible es hacer la interrupción por medicamentos completamente fuera del centro de salud? Pensando en las mujeres de zonas rurales a quienes les complica volver de 24 a 36 horas después a recibir otra dosis; lo mismo con las mujeres que tuvieron que ser derivadas por objeción de conciencia (*)
- ¿A quién debe contactar la mujer si desde que sale de la primera dosis hasta que nuevamente es citada experimenta dudas o complicaciones?
- ¿Segundo y tercer trimestre es a partir de las 14 semanas?
- ¿Cómo se observa a las mujeres en el control de los 7 a 10 días? (*)
- ¿Cuál es el material informativo sobre sintomatología que se entrega a las mujeres? ¿Es genérico o personalizado?
- ¿Se dispone de los antibióticos para acompañar la interrupción?
- ¿Se implementan las técnicas no farmacológicas para el manejo del dolor? (música, compañía de alguien más, actitud empática) ¿A elección de la mujer?

- ¿Cuántos profesionales hay capacitados en la técnica AMEU? ¿Cuántos se han capacitado o se capacitan anualmente post implementación IVE? ¿Cómo se relaciona con la disponibilidad de medicamentos?
- Profesionales de anestesia que pueden ser requeridas/os en AMEU, ¿pueden ser objetores? ¿Es usual el uso de anestesia en la interrupción con AMEU?
- ¿Cuál es la información estándar que recibe una mujer al ser dada de alta?
- ¿Cuál es el momento de alta de una mujer que decide interrumpir? ¿Se distingue entre alta médica y psicosocial? Si decidió continuar el embarazo, ¿qué momento define el acta?
- ¿A los cuántos días del alta es el control? ¿En el mismo centro? ¿Hay registro del % de asistencia?

Preguntas Primera causal

- ¿Cuántas y qué porcentaje de las primera causal constituidas corresponden a uno de los 15 diagnósticos definidos? ¿Cuántas a otros? De las que corresponden a otros, ¿se subclasifican internamente?
- ¿Cuántas y qué porcentaje de las primera causal constituidas corresponden a riesgo inminente?
- ¿Hay alguna forma de apuntar a que el porcentaje de mujeres que constituyen primera causal con riesgo inminente disminuya? (*)
- ¿Cómo es el proceso de definición de un diagnóstico que constituye causal en la categoría otros? (Quiénes, cuánto dura, con qué exámenes, quién costea, etc)
- Por ejemplo, en las categorías de riesgo por patología cardiovascular I y II, ¿cómo se pondera el riesgo de morbilidad y de mortalidad indetectable con la voluntad de asumir riesgo de la mujer? (*)
- Finalmente, ¿la voluntad de la mujer no prima por sobre el diagnóstico médico? ¿Qué significa esto en la práctica biomédica y para las mujeres? (*)
- ¿Cuál es su juicio sobre que el criterio médico prime por sobre la voluntad de la mujer? (Solo si corresponde) (*)
- ¿Están disponibles los expertos y especialistas que son necesarios para evaluar los riesgos a partir de la categoría II? Si en algún momento no lo han estado, ¿qué se hace? Si se deriva, ¿hay un protocolo? ¿Dónde sigue la atención? ¿Se vuelve a este centro? ¿Quién costea desplazamientos, exámenes, especialistas, etc.?
- ¿Se ha realizado un seguimiento de cómo se han constituido las causales? Por ejemplo, si la proporción de cáncer de mama o cérvico uterino es consistente con la incidencia en la población general
- ¿Qué sucede entre la sospecha de embarazo que constituye primera causal y la confirmación diagnóstica? ¿Cuánto dura esa etapa? ¿Qué apoyo y/o acompañamiento concreto recibe la mujer (fuera de esos dos momentos)? ¿Qué información se le da?

- ¿Qué ponderación tiene, en términos legales, el riesgo de morbilidad para la mujer? ¿Qué sentido tiene obligarla a continuar con un embarazo con riesgo de morbilidad ignorando su voluntad y autonomía? (*)
- Haciendo una lectura general y amplia, ¿qué sentido tiene dejar desatendidas a las mujeres y su voluntad no regulando su capacidad de decidir interrumpir un embarazo que arriesga su salud de forma no vital? (Buscar una perspectiva de salud pública) (*)
- ¿Cómo se vinculan los aspectos obstétricos con los psicosociales en el programa de acompañamiento? (*explícito en NTN*)
- ¿Cómo se cuentan los recién nacidos que sobreviven a la interrupción voluntaria del embarazo en primera causal? (Dado que se constituyó la causal y se interrumpió el embarazo) ¿Qué porcentaje sobrevive?

Preguntas Segunda causal

- ¿Las mujeres llegan producto de los exámenes de pesquisa realizados en las 11+0 a 13+6 semanas y 20+0 a 22+6 semanas? Si sí, ¿qué %?
- ¿En qué momento de la gestación se constituyó la causal?
- ¿Cuánto dura el proceso de constitución de causal?
- ¿Quiénes son los médicos que han constituido las causales? ¿Los que están fuera de pabellón tienen objeción de conciencia manifestada informalmente?
- Se definen 10 diagnósticos, ¿cuántas causales constituidas corresponden a alguno de esos diagnósticos?
- Se define el diagnóstico "otros", ¿cuántas causales constituidas caen en esta categoría y cómo se clasifican internamente?
- ¿Cómo es el proceso de definición de un diagnóstico que constituye causal en la categoría otros? (*Quiénes, cuánto dura, con qué exámenes, quién costea, etc*)
- ¿Se lleva un registro y comparación de la composición de diagnósticos en segunda causal con lo previsto?
- Se dice que la ley no exige que los médicos autoricen la causal, sino que confirmen el diagnóstico. ¿Cómo se trata esto con los "otros" diagnósticos? ¿Qué se hace? ¿Quiénes y qué factores confluyen? (*)
- ¿Cómo se define el comité que elabora los diagnósticos "Otros" que constituyen causal? ¿Cómo se fundamenta la decisión de que ese comité lo compongan, o no, profesionales objetores de conciencia? (*)
- ¿El programa de acompañamiento en segunda causal incorpora aspectos biomédicos? (*explícito en primera causal*) Si sí, ¿cuáles y cómo?
- ¿Cómo es el proceso de toma de decisión de la mujer? ¿Cuánto dura? ¿Cuánto tarda en decidir la interrupción o continuación? (*)
- ¿Los recién nacidos con período de sobrevida recibieron cuidados paliativos y el trato ético básico que define la NTN?

- ¿Cuántos recién nacidos han tenido sobrevida a la fecha? ¿Qué %? ¿Cómo es la experiencia?
- En el programa de acompañamiento, ¿qué reacción se observa de la mujer? (*La NTN tiene un discurso principalmente de embarazos deseados; cómo lo enfrentan las mujeres*). (*)
- ¿Cuánto dura el programa de acompañamiento? ¿Y cuánto dura todo el proceso? Entendiendo que el programa de acompañamiento inicia con la causal confirmada; qué etapas tiene y se distinguen más allá de lo oficialmente estipulado. Cuántas sesiones se agendan, en base a qué, a cuántas se asiste.

Preguntas Tercera causal

- La NTN dice para la tercera causal "todos aquellos actos que determinaron que una mujer quedara embarazada sin su consentimiento" y luego "acto sexual sin consentimiento", ¿qué trato se hace (si ha habido) o se haría de situaciones, por ejemplo, en que la mujer consintió el acto sexual protegido y el hombre se sacó el condón, provocando el embarazo? (*)
- ¿Qué entendimiento tienen los profesionales de una violación? (Opciones: asimetrías de poder, fuerza, intimidación, incapacidad para oponerse, enajenación o trastorno mental) (*)
- ¿Se dialoga en torno a las nuevas definiciones de violación? (*)
- La NTN enfatiza la experiencia de violación como una de vulneración, incluso permanente, ¿qué se ha hecho en los equipos para desarrollar esa comprensión? ¿y para entregar una atención adecuada a ese contexto?
- La NTN en la tercera causal introduce la figura de "víctima" más allá de mujer paciente, ¿se le da este reconocimiento en la práctica y en la atención? (*)
- ¿Las mujeres, adolescentes y niñas saben que no es requisito haber denunciado previamente para constituir causal y acceder a las prestaciones IVE?
- ¿Había alguna estimación de cuántas tercera causal se constituirían?
- La NTN distingue las violaciones que se producen como "delito violento" y las que se dan en "relaciones de pareja", ¿el hospital o equipo lleva, formal o informalmente, un registro de esta clasificación?
- A su juicio, ¿qué justificación existe para que la causal violación se desarrolle principalmente en el nivel secundario y no en atención primaria? ¿Qué ventajas y desventajas ofrece esto? ¿Qué obstáculo ve en su implementación en nivel primario? (*)
- En el primer nivel de atención, que tiene finalidad solo informativa y derivadora, ¿qué valor se agrega? (*)
- ¿Quiénes conforman el equipo de salud especialmente constituido para la tercera causal? ¿Es fijo? ¿Qué profesionales (especialidades) son? ¿Son objetores? ¿Son mujeres u hombres?

- ¿Se ha instruido al equipo de salud que "confirma la concurrencia de los hechos" (textual) para la causal violación? Si sí, ¿en qué contenidos y criterios?
- Si no ha habido instrucción, ¿quién decide qué criterios utiliza el equipo? Si se definen externamente, ¿son explicados? Si hay una definición interna, ¿es explícita? ¿O es caso a caso basado en consensos (y entonces derechamente a criterio individual)? (*)
- ¿Cuántos relatos (cantidad y %) han sido desestimados como constituyentes de causal?
- Cuántos (cantidad y %) han sido desestimados por relato; y cuántos (y %) por plazos; ¿Hay registro de ello? (cruce con edad)
- ¿Cuál es el manejo al decir a una mujer que no ha constituido causal por relato? Contradiendo su versión y cómo se maneja la autonomía; quién lo hace. (La Ley sugiere "trato digno y respetuoso") (*)
- ¿Cuál es el manejo al decir a una mujer que no ha constituido causal por plazos? cómo se maneja la autonomía; quién lo hace. (La Ley sugiere "trato digno y respetuoso") (*)
- ¿Ha habido casos al límite de las semanas? Por ejemplo, niñas que cumplen 15 años en el proceso de constituir causal y/o que, teniéndola constituida, requieren tiempo para decidir? ¿Qué se hace? (*)
- Teniendo en consideración que el segundo nivel de atención es más lejano a la comunidad que el primer nivel, ¿qué beneficio ofrece que la acogida y evaluación de causal sea en el segundo nivel? Teniendo en consideración que la derivación debe ser realizada por sospecha desde el primer nivel, ¿no es esto revictimizante? (*)
- ¿Qué define o caracteriza la plausibilidad del relato de violación? (*)
- ¿Qué define o caracteriza la idoneidad de los hechos para producir un embarazo? (*)
- ¿Qué haría o sugeriría usted para mejorar el proceso de constitución de causal? (*)
- ¿Qué pasa si no hay dos profesionales que concuerden en validar el relato? ¿Cuántas veces ha pasado? Mayoritariamente, ¿quiénes han sido los profesionales que firman? ¿Por qué se estima conveniente que profesionales no psicólogos ni psiquiatras puedan validar el relato? (*)
- ¿Se cumple que la profesional que realiza la acogida y entrega de información inicial sea del área psicosocial (sí/no) con competencias en intervención en crisis y desarrollo de entrevista clínica (sí/no)?
- ¿Qué oferta intersectorial está disponible para las usuarias del HSO?
- ¿Se articulan aspectos biomédicos y psicosociales en el programa de acompañamiento y acogida de esta causal? Si sí, ¿cómo y cuáles?
- Al final, el diagnóstico o confirmación médica siempre se pone por sobre la voluntad de la mujer. ¿Cuál es, a su juicio, la justificación de esto? Y especialmente, de que se requiera doble confirmación (*)

- ¿Cuántas veces ha sucedido que la mujer exceda el plazo establecido por ley para constituir causal? ¿Qué otras alternativas se ofrecen? Más allá del plazo, ¿no deberían de todas formas estar disponibles las opciones de acompañamiento? (*)
- A su juicio, en el caso de las mujeres mayores de edad, ¿es un obstáculo en el acceso a la IVE la obligatoriedad que tiene el establecimiento de informar al Ministerio Público? (*)
- A su juicio, en el caso de niñas y adolescentes, menores de edad, ¿es un obstáculo en su acceso a la IVE que el Ministerio Público esté obligado a iniciar una investigación? (*)
- La guía establece que se debe asegurar la protección de la víctima y el cese de las agresiones sexuales, ¿qué tan alcanzable le parece esto a través de la IVE? ¿Qué de lo que actualmente se hace va en esa dirección? ¿Qué agregaría a nivel de HSO y nacional? (*)
- ¿De qué elementos dispone el HSO para ofrecer un programa de acompañamiento "pertinente al momento del ciclo vital en que la mujer se encuentra"?
- En la NTN se dice que el equipo de salud debe "reflexionar" con la mujer sobre las consecuencias de interrumpir o continuar. ¿Qué se entiende por esto y qué se hace? ¿A qué atribuye que solo se hable de reflexionar en la tercera causal? (*)
- ¿Cómo es el diseño conjunto del Plan de acompañamiento con las mujeres? En el marco del programa de acompañamiento; ¿cuánto dura, en meses o semanas? ¿Cuántas sesiones? ¿Quiénes participan? ¿Deriva en una atención psicológica en APS u otros centros?
- ¿Cuántas de las no interrupciones son dadas en adopción? ¿Hay seguimiento?
- ¿Qué elementos tiene el plan de abordaje que se construye en articulación con la Unidad de Adopción del SENAME? ¿Se sabe algo sobre cómo funcionará con el nuevo servicio de menores?
- ¿Con qué redes de instituciones y programas de reparación a víctimas de violencia sexual cuenta el HSO actualmente?
- ¿Las mujeres acceden a estas? ¿Qué %?
- ¿Qué % de la tercera causal son niñas -14; adolescentes -18 y mujeres +18?
- ¿En qué situación de representante legal llegan las niñas y adolescentes? ¿Cómo han funcionado los consentimientos y asentimientos?
- En caso de que la mujer decida continuar el embarazo y dar en adopción, ¿la trabajadora psicosocial que la apoyará es del programa de acompañamiento o externa?
- ¿De qué depende que el proceso judicial se active? Tanto para mujeres, como adolescentes y niñas
- Si no se aborta y por ende no hay restos fetales, ¿se hace igualmente la denuncia y se inicia la investigación? ¿Con qué muestra de ADN?

- A su juicio, ¿es un abandono o vulneración hacia las mujeres la incertidumbre respecto a qué pasará con su proceso judicial? (*)
- ¿Qué tan frecuente es tener que redefinir o reorientar el programa de acompañamiento?
- ¿Cuántas (cantidad y %) de las mujeres que continúan con el embarazo acceden a Programa de Apoyo al Desarrollo Biopsicosocial PADB?
- Entendiendo que en el caso de las mujeres +18, el jefe del establecimiento debe notificar al Ministerio Público y la mujer debe ratificar la denuncia para que este prosiga, ¿se aconseja a las mujeres ratificar? ¿Esto es parte del programa de acompañamiento?
- ¿Cómo es todo el proceso de atención cuando se sospecha que el Representante Legal es el agresor sexual? ¿Qué tan frecuente (%) es esto en la tercera causal? (*)
- Entendiendo que la tercera causal no se justifica en términos médicos, ¿se realiza análisis y aprendizaje, de difusión interna o externa, sobre las circunstancias en que las mujeres están siendo violadas?

Anexo P: Instrumento profesionales IVE médicos y matronas/es

INSTRUMENTO PROFESIONALES IVE MÉDICOS Y MATRONAS/ES

Segundo nivel de atención – Todas las causales – Información de quien responde:

Sexo: Edad: Centro de salud:
 Profesión: Cargo: Año ingreso:
 Tipo de jornada: Objeto/a: Año ingreso IVE:

Se marcan con (*) las preguntas que consultan el juicio de quien responde y también las que, sin estar orientadas a ello, pudieran contenerlo. Las otras preguntas son sobre estadísticas, protocolos y procedimientos. Duración estimada de 60 minutos. Se solicita grabar la entrevista.

Las preguntas reflejan el mayor grado de conocimiento que se espera obtener y no es estrictamente necesario hacerlas todas.

o. CONSENTIMIENTO INFORMADO Y CONSENSOS

- a. Entrega de consentimientos informados adjuntos.
- b. Esta entrevista está diseñada para durar aproximadamente 60 minutos.
- c. ¿Usted autoriza que esta conversación sea grabada?

Preguntas de respuesta abierta, relacionadas con la IVE

- ¿Cuáles son sus funciones, labores y responsabilidades, relacionadas con la IVE, según su contrato laboral? ¿Y en la práctica?
- ¿Cómo describiría las dinámicas relacionales y comunicacionales con su equipo de trabajo (pares horizontales, superiores y subordinados)?
- ¿Qué contestaría a una usuaria de pasillo que le solicite información sobre la *interrupción voluntaria del embarazo o aborto*?
- Si tuviera que derivarla, ¿a quién sería?
- Brevemente, ¿qué sabe sobre la interrupción voluntaria del embarazo? (Solo si en las respuestas anteriores no aparecieron explícitamente las tres causales, sus plazos, que es una ley, que es un derecho de las mujeres, el programa de acompañamiento psicosocial, ...)
- Desde la promulgación de la IVE, ¿ha sido capacitada/o? ¿Cuándo y cuántas veces? ¿En qué? ¿Quién fue el organismo capacitador? Comente brevemente su experiencia.
- ¿Cómo mejoraría las capacitaciones que se hacen?
- ¿Qué le parece que Chile haya optado por implementar la IVE en el nivel de atención de especialidad? *Preguntar por acceso vs. complejidad si no aparece en la respuesta. (*)*

Preguntas de respuesta abierta, sobre experiencia IVE

- ¿Podría comentar su experiencia con cada una de las causales? ¿Recuerda algún caso que se ha desarrollado muy bien o muy mal? (*)
- ¿Cómo cree usted que aporta a la entrega de la IVE en el marco del **abordaje integral** en salud? *Distinguir aspectos biomédicos y psicosociales. Distinguir entre el aporte al equipo de trabajo y a las usuarias. (*)*
- ¿Qué percibe de las usuarias? (*)
- Si tuviera la oportunidad, ¿cómo ampliaría la contribución que puede hacer? *(Tanto al equipo como a usuarias) (*)*
- Sobre su rol, ¿qué valora de forma positiva? ¿Y qué mejoraría? (*)
- Observando todo el proceso, ¿qué valora de forma positiva? ¿Y qué mejoraría? (*)
- ¿Qué necesita para cumplir sus labores de mejor manera? (*)

Preguntas generales, todas las causales

- ¿Le ha tocado ser la/el profesional a cargo de entregar la primera información a las mujeres que constituyen causal? Si sí, ¿cómo lo hace y de qué recursos dispone? Deberían aparecer mencionados: (*)
 - La Ley y las prestaciones que ofrece
 - Instituciones que ofrecen el programa de acompañamiento
 - Instituciones sin fines de lucro que ofrecen apoyo adicional
 - Redes de apoyo, en caso de elegir continuar con el embarazo

Preguntas sobre las mujeres, todas las causales

- Antes de la sospecha de causal o ser derivadas, ¿las mujeres tienen conocimiento sobre la IVE? (*)
- ¿Cuáles son los métodos de interrupción más usados? ¿Solo farmacológico o mixto con instrumental? %
- Se señala que en caso de que el médico sospeche de una vulneración (riesgo físico y psíquico) para la adolescente por parte del representante legal, se puede acudir a autorización sustitutiva. ¿Por qué o qué sentido tiene que esta responsabilidad sea del médico y no de la psicóloga o profesional que escucha el relato? (*)
- ¿Cómo evalúa que las dosis de mifepristona y misoprostol deban consumirse siempre en el establecimiento y, específicamente, en el segundo nivel de atención? (*)
- ¿Las complicaciones que se generan una vez que la mujer ha abandonado el HSO se resuelven en el mismo HSO? ¿Qué tan frecuentes han sido?
- ¿Qué tan factible es hacer la interrupción por medicamentos completamente fuera del centro de salud? Pensando en las mujeres de zonas rurales a quienes les complica volver de 24 a 36 horas después a recibir otra dosis; similar a las mujeres que tuvieron que ser derivadas por objeción de conciencia (*)
- ¿A quién debe contactar la mujer si desde que sale de la primera dosis hasta que nuevamente es citada experimenta dudas o complicaciones?
- ¿Segundo y tercer trimestre es a partir de las 14 semanas?
- ¿Cómo se observa a las mujeres en el control de los 7 a 10 días? (*)
- ¿Cuál es el material informativo sobre sintomatología que se entrega a las mujeres? ¿Es genérico o personalizado? (Solo si es personalizado o no existe como tal)
- ¿Se implementan las técnicas no farmacológicas para el manejo del dolor? (música, compañía de alguien más, actitud empática) ¿A elección de la mujer?
- ¿Está usted capacitada/o en el uso de la técnica AMEU? ¿Desde cuándo? ¿Ha tenido nuevas instancias de capacitación?
- ¿Cuál es la información estándar que recibe una mujer al ser dada de alta?
- ¿Cuál es el momento de alta de una mujer que ha constituido causal? Si decidió interrumpir, ¿se distingue entre alta médica y psicosocial? Si decidió continuar el embarazo, ¿qué momento define el acta?

- ¿A los cuántos días del alta es el control? ¿En el mismo centro? ¿Hay registro del % de asistencia?

Preguntas Primera causal

- Otros diagnósticos y bajo riesgo de morbilidad y mortalidad. Por ejemplo, en las categorías de riesgo por patología cardiovascular I y II, ¿cómo se pondera el riesgo de morbilidad y de mortalidad indetectable con la voluntad de asumir riesgo de la mujer? (*)
- ¿Cuál es su juicio sobre que el criterio médico prime por sobre la voluntad de la mujer? (*)
- ¿La mujer entiende en qué situación de salud se encuentra?
- ¿Cómo se vinculan los aspectos obstétricos con los psicosociales en el programa de acompañamiento? (explícito en NTN)

Preguntas Segunda causal

- Se dice que la ley no exige que los médicos autoricen la causal, sino que confirmen el diagnóstico. ¿Cómo se trata esto con los "otros" diagnósticos? ¿Qué se hace? ¿Quiénes y qué factores confluyen? (*)
- ¿Cómo se define el comité que elabora los diagnósticos "Otros" que constituyen causal? ¿Cómo se fundamenta la decisión de que ese comité lo compongan, o no, profesionales objetores de conciencia? (*)
- ¿Cuánto dura el proceso de constitución de causal?

Preguntas Tercera causal

- La NTN dice para la tercera causal "todos aquellos actos que determinaron que una mujer quedara embarazada sin su consentimiento" y luego "acto sexual sin consentimiento", ¿qué trato se hace (si ha habido) o se haría de situaciones, por ejemplo, en que la mujer consintió el acto sexual protegido y el hombre se sacó el condón, provocando el embarazo? (*)
- ¿Qué entendimiento tienen los profesionales de una violación? *Opciones: asimetrías de poder, fuerza, intimidación, incapacidad para oponerse, enajenación o trastorno mental* (*)
- ¿Se dialoga en torno a las nuevas definiciones de violación? (*)
- La NTN enfatiza la experiencia de violación como una de vulneración, incluso permanente, ¿qué se ha hecho en los equipos para desarrollar esa comprensión? ¿Y para entregar una atención adecuada a ese contexto?
- La NTN en la tercera causal introduce la figura de "víctima" más allá de mujer (paciente), ¿se le da este reconocimiento en la práctica y en la atención? (*)

- A su juicio, ¿qué justificación existe para que la causal violación se desarrolle principalmente en el nivel secundario y no en atención primaria? ¿Qué ventajas y desventajas ofrece esto? ¿Qué obstáculo ve en su implementación en nivel primario? (*)
- En el primer nivel de atención, que tiene finalidad solo informativa y derivadora, ¿qué valor se agrega? ¿Qué obstáculos observa para la constitución y el desarrollo de esta causal en este nivel? (*)
- ¿Quiénes conforman el equipo de salud especialmente constituido para la tercera causal? ¿Es fijo? ¿Qué profesionales (especialidades) son? ¿Son objetores? ¿Son mujeres u hombres?
- ¿Se ha instruido al equipo de salud que "confirma la concurrencia de los hechos" (textual) para la causal violación? Si sí, ¿en qué contenidos y criterios?
- Si no ha habido instrucción, ¿quién decide qué criterios utiliza el equipo? Si se definen externamente, ¿son explicados? Si hay una definición interna, ¿es explícita? ¿O es caso a caso basado en consensos (y entonces derechamente a criterio individual)? (*)
- ¿Cuál es el manejo al decir a una mujer que no ha constituido causal por relato? Contradiendo su versión y cómo se maneja la autonomía; quién lo hace. La Ley sugiere "trato digno y respetuoso". (*)
- ¿Cuál es el manejo al decir a una mujer que no ha constituido causal por plazos? cómo se maneja la autonomía; quién lo hace. La Ley sugiere "trato digno y respetuoso". (*)
- ¿Ha habido casos al límite de las semanas? Por ejemplo, niñas que cumplen 15 años en el proceso de constituir causal y/o que, teniéndola constituida, requieren tiempo para decidir? ¿Qué se hace? (*)
- ¿Qué define o caracteriza la plausibilidad del relato de violación? (*)
- ¿Qué define o caracteriza la idoneidad de los hechos para producir un embarazo? (*)
- ¿Qué haría o sugeriría usted para mejorar el proceso de constitución de causal? (*)
- ¿Qué pasa si no hay dos profesionales que concuerden en validar el relato? ¿Cuántas veces ha pasado? Mayoritariamente, ¿quiénes han sido los profesionales que firman? ¿Por qué se estima conveniente que profesionales no psicólogos ni psiquiatras puedan validar el relato? (*)
- Al final, el diagnóstico o confirmación médica siempre se pone por sobre la voluntad de la mujer. ¿Cuál es a su juicio la justificación de esto? Y especialmente, de que se requiera doble confirmación (*)
- A su juicio, en el caso de las mujeres mayores de edad, ¿es un obstáculo en el acceso a la IVE la obligatoriedad que tiene el establecimiento de informar al Ministerio Público? (*)

- A su juicio, en el caso de niñas y adolescentes, menores de edad, ¿es un obstáculo en su acceso a la IVE que el Ministerio Público esté obligado a iniciar una investigación? (*)
- Las mujeres y niñas, ¿saben y entienden que no es requisito haber denunciado previamente para constituir causal y acceder a las prestaciones IVE?
- La guía establece que se debe asegurar la protección de la víctima y el cese de las agresiones sexuales, ¿qué tan alcanzable le parece esto a través de la IVE? ¿Qué de lo que actualmente se hace va en esa dirección? ¿Qué agregaría a nivel de HSO y nacional? (*)
- En la NTN se dice que el equipo de salud debe "reflexionar" con la mujer sobre las consecuencias de interrumpir o continuar. ¿Qué se entiende por esto y qué se hace? ¿A qué atribuye que solo se hable de reflexionar en la tercera causal? (*)
- ¿En qué situación de representante legal llegan las niñas y adolescentes? ¿Cómo han funcionado los consentimientos y asentimientos?

Anexo Q: Instrumentos profesionales IVE programa de acompañamiento psicosocial

INSTRUMENTOS PROFESIONALES IVE PROGRAMA DE ACOMPAÑAMIENTO PSICOSOCIAL

Segundo nivel de atención – Todas las causales – Información de quien responde:

Sexo: Edad: Centro de salud:
 Profesión: Cargo: Año ingreso:
 Tipo de jornada: Objeto/a: Año ingreso IVE:

Se marcan con (*) las preguntas que consultan el juicio de quien responde y también las que, sin estar orientadas a ello, pudieran contenerlo. Las otras preguntas son sobre estadísticas, protocolos y procedimientos. Este cuestionario está pensado para responderse en 2 sesiones, cada una con una duración estimada de 90 minutos o en 4 sesiones de 45 minutos (a convenir con quien responde). Se solicita grabar la entrevista:

Primera sesión: Preguntas de respuesta abierta, relacionadas con la IVE; Preguntas de respuesta abierta, sobre experiencia IVE; preguntas generales, todas las causales; Preguntas Primera Causal; Preguntas Segunda Causal.

Segunda sesión: Preguntas Tercera Causal.

Las preguntas reflejan el mayor grado de conocimiento que se espera obtener y no es estrictamente necesario hacerlas todas.

Preguntas de respuesta abierta, relacionadas con la IVE

- ¿Cuáles son sus funciones, labores y responsabilidades, relacionadas con la IVE, según su contrato laboral? ¿Y en la práctica?
- ¿Cómo describiría las dinámicas relacionales y comunicacionales con su equipo de trabajo (pares horizontales, superiores y subordinados)?
- ¿Qué contestaría a una usuaria de pasillo que le solicite información sobre la *interrupción voluntaria del embarazo o aborto*?
- Si tuviera que derivarla, ¿a quién sería?
- Brevemente, ¿qué sabe sobre la interrupción voluntaria del embarazo? (Solo si en las respuestas anteriores no aparecieron explícitamente las tres causales, sus plazos, que es una ley, que es un derecho de las mujeres, el programa de acompañamiento psicosocial, ...)
- Desde la promulgación de la IVE, ¿ha sido capacitada/o? ¿Cuándo y cuántas veces? ¿En qué? ¿Quién fue el organismo capacitador? Comente brevemente su experiencia.
- ¿Cómo mejoraría las capacitaciones que se hacen?
- ¿Qué le parece que Chile haya optado por implementar la IVE en el nivel de atención de especialidad? *Preguntar por acceso vs. complejidad si no aparece en la respuesta (*)*

Preguntas de respuesta abierta, sobre experiencia IVE

- ¿Podría comentar su experiencia con cada una de las causales? ¿Recuerda algún caso que se ha desarrollado muy bien o muy mal? (*)
- ¿Cómo cree usted que aporta a la entrega de la IVE en el marco del **abordaje integral** en salud? Énfasis en aspectos psicosociales. Distinguir entre el aporte al equipo de trabajo y a las usuarias. (*)
- ¿Qué percibe de las usuarias? (*)
- Si tuviera la oportunidad, ¿cómo ampliaría la contribución que puede hacer? (*Tanto al equipo como a usuarias*) (*)
- Sobre su rol, ¿qué valora de forma positiva? ¿Y qué mejoraría? (*)
- Observando todo el proceso, ¿qué valora de forma positiva? ¿Y qué mejoraría? (*)
- ¿Qué necesita para cumplir sus labores de mejor manera? (*)

Preguntas sobre las mujeres, diferenciado para todas las causales

- Antes de la sospecha de causal o ser derivadas, ¿las mujeres tienen conocimiento sobre la IVE?
- ¿Cuánto demoran las mujeres en tomar la decisión de interrumpir o continuar?
- ¿Cuánto suele durar el programa de acompañamiento? Entendiendo que inicia con la confirmación de la constitución de causal:
 - En semanas:
 - En cantidad de sesiones:
 - Qué etapas se distinguen:
 - ¿Qué hito o quién define su término? (planificado)
 - ¿Cuándo suele terminar? (Estado de la mujer, cantidad de sesiones, semanas, etc; cualquier rasgo que pareciera un patrón)
 - ¿Cuántas (%) suelen llevar a cabo el programa como fue diseñado?

Preguntas generales, todas las causales

- ¿Quiénes accedieron, además de la mujer, a las prestaciones psicosociales?
- ¿Le ha tocado ser la/el profesional a cargo de entregar la primera información a las mujeres que constituyen causal? Si sí, ¿cómo lo hace y de qué recursos dispone? Deberían aparecer mencionados: (*)
 - La Ley y las prestaciones que ofrece
 - Instituciones que ofrecen el programa de acompañamiento
 - Instituciones sin fines de lucro que ofrecen apoyo adicional
 - Redes de apoyo, en caso de elegir continuar con el embarazo
- En programa de acompañamiento, ¿qué evolución se ve en las mujeres? ¿Hay elementos comunes? ¿El aprendizaje de estas experiencias, cómo se comparte a nivel de Obstetricia y Ginecología? (*)
- ¿Cómo es el diseño conjunto del Plan de acompañamiento con las mujeres? En el marco del programa de acompañamiento: ¿cuánto dura, en meses o semanas? ¿Cuántas sesiones? ¿Quiénes participan? ¿Deriva en una atención psicológica en APS u otros centros? (*)
- En la NTN se presenta en la constitución de primera (y segunda) causal como un quiebre en las expectativas de la mujer, ¿qué tan traumante resulta esta experiencia? ¿Cómo lidian las mujeres con el riesgo a su vida propia y la continuidad del feto ("vida fetal")? (*)
- A su juicio, ¿cómo influye la necesidad de un representante legal para autorizar la interrupción en las niñas menores de 14 años? ¿Cómo se agudiza esto en los casos de violencia intrafamiliar? ¿Y qué tan frecuente es (%)? (*)
- A su juicio, ¿por qué se justifica que las niñas menores de 14 años requieran autorización de un representante legal para interrumpir un embarazo? O en otras palabras, ¿por qué se justifica que baste su voluntad para continuar el embarazo pero no para interrumpirlo? (*)

- En el caso de las niñas menores de 14 años, ¿se ha recurrido a autorización judicial sustitutiva? (Cuando falta la autorización del representante legal o se sospecha de una vulneración de derechos por parte de este) ¿Cuánta complejidad añade esto? (*)
- Se señala que en caso de que el médico sospeche de una vulneración (riesgo físico y psíquico) para la adolescente por parte del representante legal, se puede acudir a autorización sustitutiva. ¿Por qué o qué sentido tiene que esta responsabilidad sea del médico y no de la psicóloga o profesional que escucha el relato? (*)
- ¿Cómo se han resuelto las solicitudes en que el Tribunal tuvo que resolver la autorización sustitutiva? ¿Fue en favor de la niña/adolescente o de su representante legal? ¿En qué plazo? ¿Hay registro de esto? Si el tribunal falló a favor de la niña/adolescente (pro interrupción), ¿ella cambió de opinión y decidió continuar?
- ¿A quién debe contactar la mujer si desde que sale de la primera dosis hasta que nuevamente es citada experimenta dudas o complicaciones?
- ¿Cómo se observa a las mujeres en el control de los 7 a 10 días? (*)
- ¿Cuál es el material informativo sobre sintomatología que se entrega a las mujeres? ¿Es genérico o personalizado? (Solo si es personalizado o no existe como tal)
- ¿Se implementan las técnicas no farmacológicas para el manejo del dolor? (música, compañía de alguien más, actitud empática) ¿A elección de la mujer?
- ¿Cuál es la información estándar que recibe una mujer al ser dada de alta?
- A su juicio, ¿qué información es relevante para hacer seguimiento y monitoreo a la IVE? (*)

Preguntas Primera causal

- ¿Cómo viven las mujeres el proceso entre la sospecha de constitución de causal y la confirmación diagnóstica? ¿Cómo cambia esta situación cuando el diagnóstico cae en la categoría otros y no está prelistado? (*)
- ¿Qué ponderación tiene, en términos legales, el riesgo de morbilidad para la mujer? ¿Qué sentido tiene obligarla a continuar con un embarazo con riesgo de morbilidad ignorando su voluntad y autonomía? (*)
- Haciendo una lectura general y amplia, ¿qué sentido tiene dejar desatendidas a las mujeres y su voluntad no regulando su capacidad de decidir interrumpir un embarazo que arriesga su salud de forma no vital? (Buscar una perspectiva de salud mental y violencia de género) (*)
- Finalmente, ¿la voluntad de la mujer no prima por sobre el diagnóstico médico? ¿Qué significa esto en la práctica biomédica y para las mujeres? (*)
- ¿La mujer entiende en qué situación de salud se encuentra? (*)
- ¿Cómo se vinculan los aspectos obstétricos con los psicosociales en el programa de acompañamiento? (explícito en NTN)

- En concreto, ¿cuál es el apoyo psicológico y social que se ofrece a las mujeres? ¿Y cuáles reciben?

Preguntas Segunda causal

- ¿El programa de acompañamiento en segunda causal incorpora aspectos biomédicos? (explícito en primera causal) Si sí, ¿cuáles y cómo?
- ¿Cómo es el proceso de toma de decisión de la mujer? ¿Cuánto dura? ¿Cuánto tarda en decidir la interrupción o continuación? (*)
- A su juicio, ¿Los recién nacidos con período de sobrevida recibieron cuidados paliativos y el trato ético básico que define la NTN? (*)
- En el programa de acompañamiento, ¿qué reacción se observa de la mujer? *(La NTN tiene un discurso principalmente de embarazos deseados; cómo lo enfrentan las mujeres)* (*)
- El programa de acompañamiento, ¿en qué etapas emocionales acompaña a la mujer?
- ¿Cuánto dura el programa de acompañamiento? ¿Y cuánto dura todo el proceso? *Entendiendo que el programa de acompañamiento inicia con la causal confirmada; qué etapas tiene y se distinguen más allá de lo oficialmente estipulado. Cuántas sesiones se agendan, en base a qué, a cuántas se asiste.* (*)
- ¿Cuántos recién nacidos han tenido sobrevida a la fecha? ¿Qué %? ¿Cómo es la experiencia?

Preguntas Tercera causal

- La NTN dice para la tercera causal "todos aquellos actos que determinaron que una mujer quedara embarazada sin su consentimiento" y luego "acto sexual sin consentimiento", ¿qué trato se hace (si ha habido) o se haría de situaciones, por ejemplo, en que la mujer consintió el acto sexual protegido y el hombre se sacó el condón, provocando el embarazo? (*)
- ¿Qué entendimiento tienen los profesionales de una violación? *Opciones: asimetrías de poder, fuerza, intimidación, incapacidad para oponerse, enajenación o trastorno mental* (*)
- ¿Se dialoga en torno a las nuevas definiciones de violación? (*)
- ¿Las mujeres, adolescentes y niñas saben que no es necesario haber denunciado para acceder a las prestaciones?
- La NTN enfatiza la experiencia de violación como una de vulneración, incluso permanente, ¿qué se ha hecho en los equipos para desarrollar esa comprensión? ¿y para entregar una atención adecuada a ese contexto?
- La NTN en la tercera causal introduce la figura de "víctima" más allá de mujer (paciente), ¿se le da este reconocimiento en la práctica y en la atención? (*)
- La NTN distingue las violaciones que se producen como "delito violento" y las que se dan en "relaciones de pareja", ¿el hospital o equipo lleva, formal o informalmente, un registro de esta clasificación?

- A su juicio, ¿qué justificación existe para que la causal violación se desarrolle principalmente en el nivel secundario y no en atención primaria? ¿Qué ventajas y desventajas ofrece esto? ¿Qué obstáculo ve en su implementación en nivel primario? (*)
- En el primer nivel de atención, que tiene finalidad solo informativa y derivadora, ¿qué valor se agrega? ¿Qué obstáculos observa para la constitución y el desarrollo de esta causal en este nivel? (*)
- ¿Quiénes conforman el equipo de salud especialmente constituido para la tercera causal? ¿Es fijo? ¿Qué profesionales (especialidades) son? ¿Son objetores? ¿Son mujeres u hombres?
- ¿Se ha instruido al equipo de salud que "confirma la concurrencia de los hechos" (textual) para la causal violación? Si sí, ¿en qué contenidos y criterios?
- Si no ha habido instrucción, ¿quién decide qué criterios utiliza el equipo? Si se definen externamente, ¿son explicados? Si hay una definición interna, ¿es explícita? ¿O es caso a caso basado en consensos (y entonces derechamente a criterio individual)? (*)
- ¿Cuál es el manejo al decir a una mujer que no ha constituido causal por relato? Contradiendo su versión y cómo se maneja la autonomía; quién lo hace. La Ley sugiere "trato digno y respetuoso". (*)
- ¿Cuál es el manejo al decir a una mujer que no ha constituido causal por plazos? cómo se maneja la autonomía; quién lo hace. La Ley sugiere "trato digno y respetuoso". (*)
- ¿Ha habido casos al límite de las semanas? Por ejemplo, niñas que cumplen 15 años en el proceso de constituir causal y/o que, teniéndola constituida, requieren tiempo para decidir? ¿Qué se hace? (*)
- Teniendo en consideración que el segundo nivel de atención es más lejano a la comunidad que el primer nivel, ¿qué beneficio ofrece que la acogida y evaluación de causal sea en el segundo nivel? Teniendo en consideración que la derivación debe ser realizada por sospecha desde el primer nivel, ¿no es esto revictimizante? (*)
- ¿Qué define o caracteriza la plausibilidad del relato de violación? (*)
- ¿Qué define o caracteriza la idoneidad de los hechos para producir un embarazo? (*)
- ¿Qué haría o sugeriría usted para mejorar el proceso de constitución de causal? (*)
- ¿Qué pasa si no hay dos profesionales que concuerden en validar el relato? ¿Cuántas veces ha pasado? Mayoritariamente, ¿quiénes han sido los profesionales que firman? ¿Por qué se estima conveniente que profesionales no psicólogos ni psiquiatras puedan validar el relato? (*)
- ¿Se cumple que la profesional que realiza la acogida y entrega de información inicial sea del área psicosocial (sí/no) con competencias en intervención en crisis y desarrollo de entrevista clínica (sí/no)?

- Solicitar actual mapeo de las iniciativas intersectoriales del territorio y de la información que se entrega a las mujeres
- ¿Cuáles de las ofertas intersectoriales están disponibles para las usuarias del HSO?
- ¿Se articulan aspectos biomédicos y psicosociales en el programa de acompañamiento y acogida de esta causal? Si sí, ¿cómo y cuáles?
- Al final, el diagnóstico o confirmación médica siempre se pone por sobre la voluntad de la mujer. ¿Cuál es a su juicio la justificación de esto? Y especialmente, de que se requiera doble confirmación (*)
- ¿Cuántas veces ha sucedido que la mujer exceda el plazo establecido por ley para constituir causal? ¿Qué otras alternativas se ofrecen? A su juicio, más allá del plazo, ¿no deberían de todas formas estar disponibles las opciones de acompañamiento? (*)
- A su juicio, en el caso de las mujeres mayores de edad, ¿es un obstáculo en el acceso a la IVE la obligatoriedad que tiene el establecimiento de informar al Ministerio Público? (*)
- A su juicio, en el caso de niñas y adolescentes, menores de edad, ¿es un obstáculo en su acceso a la IVE que el Ministerio Público esté obligado a iniciar una investigación? (*)
- Las mujeres y niñas, ¿saben y entienden que no es requisito haber denunciado previamente para constituir causal y acceder a las prestaciones IVE?
- La guía establece que se debe asegurar la protección de la víctima y el cese de las agresiones sexuales, ¿qué tan alcanzable le parece esto a través de la IVE? ¿Qué de lo que actualmente se hace va en esa dirección? ¿Qué agregaría a nivel de HSO y nacional? (*)
- ¿De qué elementos dispone el HSO para ofrecer un programa de acompañamiento "pertinente al momento del ciclo vital en que la mujer se encuentra"?
- En la NTN se dice que el equipo de salud debe "reflexionar" con la mujer sobre las consecuencias de interrumpir o continuar. ¿Qué se entiende por esto y qué se hace? ¿A qué atribuye que solo se hable de reflexionar en la tercera causal? (*)
- ¿Cómo es el diseño conjunto del Plan de acompañamiento con las mujeres? En el marco del programa de acompañamiento: ¿cuánto dura, en meses o semanas? ¿Cuántas sesiones? ¿Quiénes participan? ¿Deriva en una atención psicológica en APS u otros centros?
- ¿Qué elementos tiene el plan de abordaje que se construye en articulación con la Unidad de Adopción del SENAME? ¿Se sabe algo sobre cómo funcionará con el nuevo servicio de menores?
- ¿Con qué redes de instituciones y programas de reparación a víctimas de violencia sexual cuenta el HSO actualmente?
- ¿En qué situación de representante legal llegan las niñas y adolescentes? ¿Cómo han funcionado los consentimientos y asentimientos?

- En caso de que la mujer decida continuar el embarazo y dar en adopción, ¿la trabajadora psicosocial que la apoyará es del programa de acompañamiento o externa?
- ¿De qué depende que el proceso judicial se active? Tanto para mujeres, como adolescentes y niñas.
- A su juicio, ¿es un abandono o vulneración hacia las mujeres la incertidumbre respecto a qué pasará con su proceso judicial? (*)
- ¿Qué tan frecuente es tener que redefinir o reorientar el programa de acompañamiento?
- ¿Cuántas (%) de las mujeres que continúan con el embarazo acceden a Programa de Apoyo al Desarrollo Biopsicosocial PADB?
- Entendiendo que en el caso de las mujeres +18, el jefe del establecimiento debe notificar al Ministerio Público y la mujer debe ratificar la denuncia para que este prosiga, ¿se aconseja a las mujeres ratificar? ¿Esto es parte del programa de acompañamiento?
- ¿Cómo es todo el proceso de atención cuando se sospecha que el Representante Legal es el agresor sexual? ¿Qué tan frecuente (%) es esto en la tercera causal? (*)
- Entendiendo que la tercera causal no se justifica en términos médicos, ¿se realiza análisis y aprendizaje, de difusión interna o externa, sobre las circunstancias en que las mujeres están siendo violadas?

Anexo R: Instrumento registro y sistemas de información y otros

INSTRUMENTO REGISTRO Y SISTEMAS DE INFORMACIÓN Y OTROS

Segundo nivel de atención – Todas las causales – Información de quien responde:

Sexo: Edad: Centro de salud:
Profesión: Cargo:

Se solicita, para cada causal constituida, una copia digital anonimizada del CMBD (Conjunto Mínimo Básico de Datos) que se establece en la Norma Técnica Nacional (NTN), capítulo VIII. Sistemas de información. Si no es posible la entrega de la copia digital anonimizada, se pide acceso directo o a través de un tercero a la misma en el centro de salud, con el fin de responder las preguntas que más abajo se plantean. Por último, si esto tampoco es posible, se solicita una base de datos donde cada fila es una causal constituida, con las columnas que abajo se detallan.

A continuación, se presentan en azul los títulos que el CMBD contiene en la NTN y en los casos que corresponden, se comenta a la derecha, en negro, las correcciones

a la información que se solicita, por conflictos de confidencialidad que pudiera haber y/o porque la información excede el interés de esta tesis.

El formato ideal es base de datos (Excel, R, Stata o similar); consolidado donde cada fila es una causal constituida y las columnas son los campos de información que el CMBD detalla. Sin embargo, si no es posible entregar en este formato, se acepta el original para ser sistematizado y formateado por mí.

El CMBD establece las siguientes categorías de datos:

A. Proceso de atención

1. **Puerta de entrada al sistema de salud.** Además de cuál fue, se solicita la fecha si está disponible, para calcular la duración del proceso.
2. **Cumplimiento de concurrencia de criterios de concurrencia de la causal**
 - a. **Diagnóstico de la mujer para la primera causal.** No interesa el diagnóstico de forma exhaustiva, sino saber si corresponde a unos de los 15 diagnósticos listados en la NTN o si corresponde a “Otros” diagnósticos. Si es “Otros” diagnósticos, interesa saber si hay una subclasificación (si no la hay, “Otros” es suficiente).
 - b. **Diagnóstico del producto de la gestación para la segunda causal.** No interesa el diagnóstico de forma exhaustiva, sino saber si corresponde a unos de los 10 diagnósticos listados en la NTN o si corresponde a “Otros” diagnósticos. Si es “Otros” diagnósticos, interesa saber si hay una subclasificación (si no la hay, “Otros” es suficiente).
 - c. **Relato causal de concurrencia causal 3 y semanas de gestación para la tercera causal.** No interesa el relato, solo saber si este clasifica como “delito violento” o “relaciones de pareja” / “intrafamiliar” (distinciones presentadas en la NTN). Y las semanas de gestación.
3. **Causal de interrupción del embarazo**
4. **Cartera de servicios.**
 - a. **Biomédicas:** No interesa el detalle, sino la cantidad de procedimientos y exámenes, con fecha si está disponible, para calcular la duración del proceso.
 - b. **Psicosociales:** No interesa el detalle, sino la cantidad de atenciones con psicóloga y trabajadora social, con fecha si está disponible, para calcular la duración del proceso.
5. **Decisión de la mujer**
6. **Punto de flujo y lugar del sistema de salud en que se toma la decisión.**
7. **Seguimiento administrativo-clínico de la mujer.** Solo interesa saber si se hizo.
8. **Seguimiento administrativo-clínico del feto.** Solo interesa saber si se hizo.

B. Prestaciones realizadas

1. **Prestaciones control prenatal.** Solo interesa saber a cuántas asistió.

2. **Atenciones recibidas en Centro de especialidad obstétrica.** Solo interesa saber a cuántas asistió y de qué tipo o especialidad fueron.
3. **Prestaciones específicas asociadas a los protocolos de atención en cada causal:**
 - a. **Atención integral a la mujer y su entorno más cercano:**
 - i. **Procedimientos diagnósticos para la 1° y 2° causal.** Solo interesa saber cuántos y cuándo fueron, para calcular la duración del proceso.
 - ii. **Consejería genética.** Solo interesa saber si aquí se incluye la consejería anticonceptiva, si se realizó, qué método anticonceptivo se entregó.
 - iii. **Cuidados paliativos en 2° causal.** Solo interesa saber si realizaron.
 - iv. **Atención salud mental:**
 1. **Atención por duplas.** Solo interesa saber cuántas y cuándo fueron, para calcular la duración del proceso.
 2. **Atención por psicólogo/a.** Solo interesa saber cuántas y cuándo fueron, para calcular la duración del proceso.
 3. **Atención psiquiátrica.** Solo interesa saber cuántos y cuándo fueron, para calcular la duración del proceso.
 - v. **Prestaciones sociales:**
 1. **Atención por trabajador/a social.** Solo interesa saber cuántas y cuándo fueron, para calcular la duración del proceso.
 - b. **Procedimiento de interrupción del embarazo.** Interesa principalmente el o los métodos empleados.
 - c. **Atenciones biomédicas asociadas a la causal específica:**
 - i. **Atención de la mujer en riesgo vital.** Solo interesa saber si hubo y en qué centro fueron.

C. Resultados del proceso de atención

1. **Resultados en torno a la mujer.** Se solicita lo que la NTN detalla más la fecha, si estuviera registrada, para calcular la duración del proceso.
2. **Resultados en torno al producto de la gestación**

La información anterior tiene por fin contestar las siguientes preguntas. Las que no pudieran ser contestadas a partir de esos datos, solicito poder preguntarlas a la persona encargada de análisis de datos en el centro de salud.

PREGUNTAS ESTADÍSTICAS CMBD

- Primera causal, ¿Cuántas y qué porcentaje de las primera causal constituidas corresponden a uno de los 15 diagnósticos definidos? ¿Cuántas a otros?
- Primera causal, ¿Cuántas y qué porcentaje de las primera causal constituidas corresponden a riesgo inminente?
- Primera causal, ¿Se ha realizado un seguimiento de cómo se han constituido las causales? Por ejemplo, si la proporción de cáncer de mama o cérvico uterino es consistente con la incidencia en la población general
- Primera causal, ¿Cómo se cuentan los recién nacidos que sobreviven a la interrupción voluntaria del embarazo en primera causal? Dado que se constituyó la causal y se interrumpió el embarazo. ¿Qué porcentaje sobrevive?
- ¿Se hace la orientación y consejería anticonceptiva? ¿En qué %? ¿Qué incluye? ¿Se incluye el método anticonceptivo? ¿Por cuánto tiempo? ¿A qué costo para la mujer? ¿Quién la realiza?
- Segunda causal, Se definen 10 diagnósticos, ¿cuántas causales constituidas corresponden a alguno de esos diagnósticos?
- Segunda causal, Se define el diagnóstico "otros", ¿cuántas causales constituidas caen en esta categoría y cómo se clasifica internamente?
- Segunda causal, ¿Se lleva un registro y comparación de la composición de diagnósticos en segunda causal con lo previsto?
- Segunda causal, ¿Las mujeres llegan producto de los exámenes de pesquisa realizados en las 11+0 a 13+6 semanas y 20+0 a 22+6 semanas? Si sí, ¿qué %?
- Segunda causal, ¿En qué momento de la gestación se constituyó la causal?
- Segunda causal, ¿Cuánto dura el proceso de constitución de causal?
- Segunda causal, ¿Cuántos recién nacidos han tenido sobrevida a la fecha? ¿Qué %? ¿Cómo es la experiencia?
- Tercera causal, La NTN distingue las violaciones que se producen como "delito violento" y las que se dan en "relaciones de pareja", ¿el hospital o equipo lleva, formal o informalmente, un registro de esta clasificación?
- Tercera causal, ¿Cuántas de las no interrupciones son dadas en adopción? ¿O cuántas mujeres aceptan esta oferta intersectorial? ¿Hay seguimiento?
- Tercera causal, ¿Con qué redes con instituciones y programas de reparación a víctimas de violencia sexual cuenta el centro de salud actualmente?
- ¿Las mujeres acceden a estas? ¿Qué %?
- ¿Qué % de las tercera causal son niñas -14; adolescentes -18 y mujeres +18?
- Tercera causal, ¿Cuántas (%) de las mujeres que continúan con el embarazo acceden a Programa de Apoyo al Desarrollo Biopsicosocial PADB?
- Todas las causales, ¿Cuáles son los métodos de interrupción más usados? ¿Solo farmacológico o mixto con instrumental? %
- ¿A los cuántos días del alta es el control? ¿En el mismo centro? ¿Hay registro del % de asistencia?

PREGUNTAS ANÁLISIS Y PRODUCCIÓN DE INFORMACIÓN

- El HSO, ¿cuenta con una estimación anual, trimestral o en otro período, de las causales que se deberían constituir en este centro? Si sí, ¿por causal? ¿Por segmento etario? ¿Con qué otros criterios?
- ¿Hay un ciclo de aprendizaje sobre las causales que se constituyen? Los nuevos diagnósticos, los tiempos de las sesiones, los métodos utilizados, la asistencia a las sesiones de acompañamiento psicosocial, etcétera.
- Tercera causal, ¿había alguna estimación de cuántas tercera causal se constituirían anualmente?
- Tercera causal, ¿Cuántos relatos (%) han sido desestimados como constituyentes de causal? ¿De nuevo, en base a qué?
- Tercera causal, Cuántos (y %) han sido desestimados por relato; y cuántos (y %) por plazos; ¿Hay registro de ello? (cruce con edad)
- Tercera causal, ¿Cuántas veces ha pasado que no haya dos profesionales que concuerden en validar el relato? Mayoritariamente, ¿quiénes han sido los profesionales que firman? % por especialidad
- Tercera causal, ¿Cuántas veces ha sucedido que la mujer exceda el plazo establecido por ley para constituir causal?
- Tercera causal, ¿qué tan frecuente (# y %) es que se sospeche que el representante legal sea el agresor sexual?
- Todas las causales, En el caso de las niñas menores de 14 años, ¿se ha recurrido a autorización judicial sustitutiva? (Cuando falta la autorización del representante legal o se sospecha de una vulneración de derechos por parte de este)
- Todas las causales, ¿Cómo se han resuelto las solicitudes en que el Tribunal tuvo que resolver la autorización sustitutiva? ¿Fue en favor de la niña/adolescente o de su representante legal? ¿En qué plazo? ¿Hay registro de esto? Si el tribunal falló a favor de la niña/adolescente (pro interrupción), ¿ella de cambió de opinión y decidió continuar?
- Todas las causales, ¿A qué centros debe acudir la mujer si tiene efectos colaterales? En la NTN se mencionan como "centro asistencial competente". Si es al mismo HSO, ¿dónde se registra la información? ¿Qué tan frecuente es? ¿A los cuántos días, etc?
- Se establece la importancia de monitorear la IVE. Pero en concreto, ¿en qué están?
- ¿El sistema de información cumple con capturar los datos relevantes para caracterizar a la población objetivo y los hitos del proceso (textual)?
- Datos consolidados de fuentes complementarias. ¿En qué están? ¿Cómo se involucra en HSO?
- Se establece que el DEIS hará monitoreos a la política. ¿Usted ha recibido algún informe o resultado de este monitoreo?

- ¿Cuáles son los tiempos de producción de información? En guía: "lo más cercano a tiempo real"
- ¿El HSO/Hospital/centro de salud cuenta con Registro clínico electrónico RCE? ¿Es eso suficiente para gestionar los datos y la información que produce la Ley?
- Si el HSO/Hospital/centro de salud no cuenta con RCE, ¿cuál es el formulario que se usa para tributar el CMBD? ¿Qué otra información se registra de forma complementaria?
- ¿Cómo se gestiona el abastecimiento y disponibilidad de mifepristona y misoprostol?
- ¿Se dispone de los antibióticos para acompañar la interrupción?
- Gestión de calidad de las jeringas
- ¿Cuántos médicos obstetras hay contratados? ¿Cuántos son objetores de conciencia?
- ¿Cuántos anestesistas hay contratados? ¿Cuántos son objetores de conciencia?
- ¿Cuántos profesionales no médicos que se desempeñan en pabellón hay contratados? ¿Cuántos son objetores de conciencia?
- ¿Cuántos técnicos paramédicos que se desempeñan en pabellón hay contratados? ¿Cuántos son objetores de conciencia?
- ¿Cómo es el proceso de objeción de conciencia en el HSO?

BASE DE DATOS ALTERNATIVA

En caso de que no sea posible acceder a una copia anonimizada del CMBD, directa ni indirectamente, se solicita una base de datos en Excel con las siguientes características:

Filas: Cada fila es una causal constituida, se asigna un ID único. Puede ser tan simple como partir de 1.

Columnas:

1. ID (identificador de causal constituida/fila)
2. Año (en que se constituyó la causal)
3. Mes (en que se constituyó la causal)
4. Causal constituida (1, 2 o 3)
5. Edad de la mujer (en años al constituir la causal)
6. Nacionalidad (de la mujer)
7. Región (de residencia de la mujer al constituir la causal)
8. Comuna (de residencia de la mujer al constituir la causal)
9. Pueblo originario (con que se identifica la mujer; o si no hay información)

10. Edad gestacional (al constituir la causal)
11. Interrumpe (si la mujer decide interrumpir 1/sí, si continúa 0/no)
12. Acompañamiento (Si acepta programa de acompañamiento 1/sí, si rechaza 0/no)
13. InstAcom (nombre de la Institución que realiza el programa de acompañamiento; HSO si es el Hospital Santiago Oriente)
14. cantAcom (cantidad de sesiones del programa de acompañamiento asistidas)
15. FechaIAcom (fecha de la primera sesión de acompañamiento)
16. FechaUAcom (fecha última sesión de acompañamiento)
17. InstApoyo (nombre de la institución en que la mujer recibió apoyo adicional; 0 si no)
18. IntFarm (método de interrupción farmacéutico: mifepristona, misoprostol, ambos; 1 si no está el detalle; 0 si no se usaron medicamentos)
19. IntInstr (método de interrupción instrumental: nombre del método; 0 si no se usó)
20. Parto (1 si este fue el método de interrupción o si la mujer decidió continuar con el embarazo y este terminó en parto)
21. Cesárea (1 si este fue el método de interrupción o si la mujer decidió continuar con el embarazo y este terminó en cesárea)
22. NacVivo (1 si luego de realizada la interrupción o continuado el embarazo el producto de la concepción nació vivo; 0 si no)
23. Adopción (1 si la mujer eligió esta opción; 0 si no)
24. ConsAntic (1 si la mujer recibió consejería anticonceptiva; 0 si no)
25. MetAntic (nombre del método anticonceptivo entregado a la mujer; 0 si no se entregó)
26. RiesgoInm (1 si la mujer fue intervenida por riesgo inminente; 0 si no)
27. Derivada (1/sí si la mujer provino de otro centro donde también podría haberse practicado la intervención; 0/no)
28. CentroDeriva (nombre de la institución que derivó a la mujer al actual centro de salud; "no" si no corresponde)
29. DelitoViolento (1 si el relato de violación no corresponde a violación en una relación de pareja o intrafamiliar; 0 si es una de estas últimas dos situaciones) (Distinciones introducidas en la Norma Técnica Nacional)
30. ReprLegal (1 si fue el representante legal quien firmó el consentimiento y la mujer asentimiento; 0 si no)
31. PuertaEntr (Puerta de entrada al sistema, según CMBD: Salud Responde, Urgencia, Prenatal APS, Morbilidad, Policlínico especialidad obstétrica)
32. A.Duplas (cantidad de atenciones con duplas)
33. A.Psic (cantidad de atenciones con psicólogo)
34. A.Psiq (cantidad de atenciones con psiquiatra)
35. A.TrabSoc (cantidad de atenciones con trabajador social)

36. Mujer Viva (1 si la mujer sobrevive a la interrupción del embarazo o al término de este por parto o cesárea, si decidió continuar)

Anexo S: Instrumento profesional referente, jefa/e de matronería, psicología o similar

INSTRUMENTO PROFESIONAL REFERENTE, JEFA/E DE MATRONERÍA, PSICOLOGÍA O SIMILAR

Primer nivel de atención – Todas las causales – Información de quien responde:

Sexo: Edad: Centro de salud:
Profesión: Cargo: Año ingreso:
Tipo de jornada: Objeto/a: Año ingreso IVE:

Se marcan con (*) las preguntas que consultan el juicio de quien responde y también las que, sin estar orientadas a ello, pudieran contenerlo. Las otras preguntas son sobre estadísticas, protocolos y procedimientos. Duración estimada: 60 minutos. Se solicita grabar la entrevista.

Las preguntas reflejan el mayor grado de conocimiento que se espera obtener y no es estrictamente necesario hacerlas todas.

o. CONSENTIMIENTO INFORMADO Y CONSENSOS

- a. Entrega de consentimientos informados adjuntos.
- b. Esta entrevista está diseñada para durar aproximadamente 60 minutos.
- c. ¿Usted autoriza que esta conversación sea grabada?

Preguntas de respuesta abierta, relacionadas con la IVE

- ¿Cuáles son sus funciones, labores y responsabilidades, relacionadas con la IVE, según su contrato laboral? ¿Y en la práctica?
- ¿Qué contestaría a una usuaria de pasillo que le solicite información sobre la *interrupción voluntaria del embarazo o aborto*?
- Si tuviera que derivarla, ¿a quién sería? (*solo si corresponde*)
- Brevemente, ¿qué sabe sobre la interrupción voluntaria del embarazo? (*Solo si en las respuestas anteriores no aparecieron explícitamente las tres causales, sus plazos, que es una ley, que es un derecho de las mujeres, el programa de acompañamiento psicosocial, ...*)

- Desde la promulgación de la IVE, ¿ha sido capacitada/o? ¿Cuándo y cuántas veces? ¿En qué? ¿Quién fue el organismo capacitador? Comente brevemente su experiencia.
- ¿Cómo mejoraría las capacitaciones que se hacen? *(solo si corresponde)*
- ¿Qué le parece que Chile haya optado por implementar la IVE en el nivel de atención de especialidad? *(Preguntar por acceso vs. complejidad si no aparece en la respuesta) (*)*

Preguntas de respuesta abierta, sobre experiencia IVE

- ¿Podría comentar su experiencia con cada una de las causales? ¿Recuerda algún caso que se haya desarrollado muy bien o muy mal? (*)
- ¿Qué percibe de las usuarias? (*)
- ¿Cómo cree usted que aporta a la entrega de la IVE en el marco del **abordaje integral** en salud? *Distinguir aspectos biomédicos y psicosociales. Distinguir entre el aporte al equipo de trabajo y a las usuarias. (*)*
- Si tuviera la oportunidad, ¿cómo ampliaría la contribución que puede hacer? *(Tanto al equipo como a usuarias) (*)*
- ¿Cómo se ha diseñado e implementado en el establecimiento el protocolo de derivación que deben seguir? *(Si no está establecido, indagar en lo que se hace y de qué depende)*
- Sobre su rol, ¿qué valora de forma positiva? ¿Y qué mejoraría? (*)
- Observando todo el proceso, ¿qué valora de forma positiva? ¿Y qué mejoraría? (*)
- ¿Qué necesita para cumplir sus labores de mejor manera?

Preguntas sobre las mujeres, todas las causales

- Antes de la sospecha de causal o ser derivadas, ¿las mujeres tienen conocimiento sobre la IVE?
- Todas las causales. En caso de que el programa de acompañamiento derive a atención psicológica en otros centros, ¿esto queda registrado en alguna parte? Si sí, ¿qué cantidad y %? ¿Las mujeres que de aquí son derivadas vuelven a este centro de salud?
- ¿Cómo evalúa que las dosis de mifepristona y misoprostol deban consumirse siempre en el establecimiento y, específicamente, en el segundo nivel de atención? (*)
- ¿Qué tan factible es hacer la interrupción por medicamentos completamente fuera del centro de salud? Pensando en las mujeres de zonas rurales a quienes les complica volver de 24 a 36 horas después a recibir otra dosis; lo mismo con las mujeres que tuvieron que ser derivadas por objeción de conciencia (*)
- ¿A quién debe contactar la mujer si desde que sale de la primera dosis hasta que nuevamente es citada experimenta dudas o complicaciones?
- Tercera causal. En el primer nivel de atención, que tiene solo finalidad informativa y derivadora, ¿qué valor se agrega? ¿Qué obstáculos observa para la constitución y el desarrollo de esta causal en este nivel? (*)

- Tercera causal. Teniendo en consideración que el segundo nivel de atención es más lejano a la comunidad que el primer nivel, ¿qué beneficio ofrece que la acogida y evaluación de causal sea en el segundo nivel? Teniendo en consideración que la derivación debe ser realizada por sospecha desde el primer nivel, ¿no es esto revictimizante? (*)
- Tercera causal. Dado que APS debe derivar, ¿qué conocimiento hay de: La Ley 21.030; las prestaciones de la Ley 21.030; la tercera causal; y sobre su propio rol?
- Tercera causal. ¿Con quién debe consultar la mujer para ser derivada?
- Tercera causal. ¿Se han realizado referencias coordinadas (derivación) por sospecha? (O sea, sin efectivamente haber solicitado el relato a la mujer o derechamente por sospecha del personal médico)
- Tercera causal. ¿Cómo se puede o qué hacen para detectar el riesgo de entorno familiar si no piden el relato y no hay registro de información?
- Tercera causal. ¿Ustedes llevan registro de las causales que aquí se inician? ¿Se hace seguimiento? ¿Cuántas finalmente se constituyen?
- Tercera causal. ¿Qué haría o sugeriría usted para mejorar el proceso de constitución de causal? (*)
- Tercera causal. Solicitar actual mapeo de las iniciativas intersectoriales del territorio y de la información que se entrega a las mujeres
- Tercera causal. A su juicio, en el caso de las mujeres mayores de edad, ¿es un obstáculo en el acceso a la IVE la obligatoriedad que tiene el establecimiento de informar al Ministerio Público? (*)
- Tercera causal. A su juicio, en el caso de niñas y adolescentes, menores de edad, ¿es un obstáculo en su acceso a la IVE que el Ministerio Público esté obligado a iniciar una investigación? (*)
- Tercera causal. Las mujeres y niñas, ¿saben y entienden que no es requisito haber denunciado previamente para constituir causal y acceder a las prestaciones IVE?
- Tercera causal. La guía establece que se debe asegurar la protección de la víctima y el cese de las agresiones sexuales, ¿qué tan alcanzable le parece esto a través de la IVE? ¿Qué de lo que actualmente se hace va en esa dirección? ¿Qué agregaría en los distintos niveles de atención? (*)
- Tercera causal. ¿Con qué redes de instituciones y programas de reparación a víctimas de violencia sexual cuenta el centro de salud actualmente?
- Tercera causal ¿Las mujeres acceden a estas? ¿Qué %?
- Tercera causal ¿Qué % son niñas -14; adolescentes -18 y mujeres +18?
- ¿En qué situación de representante legal llegan las niñas y adolescentes? ¿Cómo han funcionado los consentimientos y asentimientos?
- Tercera causal En APS, ¿qué se hace si una adolescente que sobrepasa las 12 semanas intenta constituir causal?

Anexo T: Instrumento mujeres +18 años

INSTRUMENTO MUJERES +18

Segundo nivel de atención – Todas las causales

El presente instrumento contiene todas las preguntas que reflejan la mayor profundidad que esta entrevista pretende conocer. No es estrictamente necesario hacerlas todas ni que queden todas respondidas. La mujer puede contestar solo las que sean de su preferencia. Duración estimada: 60 minutos. Se solicita grabar la entrevista.

1. CONSENTIMIENTO INFORMADO Y CONSENSOS

- a. Entrega de consentimientos informados adjuntos.
- b. Esta entrevista está diseñada para durar aproximadamente 60 minutos.
- c. ¿Usted autoriza que esta conversación sea grabada?
- d. ¿Qué término prefiere que sea usado en esta entrevista para referirse al producto de la concepción? Embrión, Feto, Hija/o, Bebé, Otro.

2. CARACTERIZACIÓN

El objetivo de esta sección es capturar su perfil sociodemográfico.

Género:	Estado civil:
Edad:	Causal:
País de origen:	Etapas:
Región de residencia:	Interrumpe:
Comuna de residencia:	Programa de acompañamiento:
Ocupación principal:	Institución de acompañamiento:
Máximo nivel de escolaridad:	Acompañamiento adicional:
Sistema de salud:	Semanas de gestación:
Tiene hijos, cuántos, de qué edades:	Método de interrupción:
Ha abortado anteriormente:	Da en adopción:
Tiene una relación estable:	Otras observaciones:

3. EXPERIENCIA IVE

Las siguientes preguntas buscan conocer su experiencia con la IVE, se refieren a aspectos generales del proceso y a la causal que usted constituye. Se desea que las respuestas sean tan íntimas y profundas como usted quiera y que incorporen su

propia visión y emociones. No hay respuestas buenas ni malas. Puede responder solo las preguntas que quiera.

α. PREGUNTAS GENERALES SOBRE LA IVE

- Antes de la sospecha de causal o ser derivada, ¿qué sabía sobre la IVE? ¿Dónde lo había aprendido?
- ¿Qué información sobre la Interrupción voluntaria del embarazo le fue entregada al llegar al hospital?
- ¿Cuáles de las siguientes acciones ha recibido o le han sido ofrecidas:
 - Acogida y contención profesional
 - Orientación para identificar redes de apoyo
 - Orientación para decidir cómo abordar su situación
 - Consultas con una trabajadora social
 - Atención psicológica
 - Consulta psiquiátrica
 - Intervenciones grupales y/o visitas domiciliarias
- En caso de requerir apoyo por tener capacidades distintas o no dominar el idioma español, ¿contó con facilitadores y/o mecanismos auditivos y/o visuales que le permitieran comprender la información?
- Antes de firmar el consentimiento informado, ¿tuvo la oportunidad de hacer todas sus preguntas y estas fueron aclaradas?
- ¿Usted participó en la elaboración de su programa de acompañamiento psicosocial? ¿Cómo fue la experiencia? ¿Cuáles eran sus intereses? ¿Cuántas sesiones se planificaron y a cuántas ha asistido? ¿Quiénes participaron (redes de apoyo) en este programa? ¿Fue derivada a atención psicológica en APS u otros centros?
- Si para el programa de acompañamiento eligió una institución externa, ¿en qué basó su decisión? ¿Qué institución? ¿Cómo ha sido la experiencia?
- ¿Qué le parece que la interrupción del embarazo se haga en los hospitales y no en los centros de salud familiar o de su comunidad? (*Preguntar por acceso vs. complejidad si no aparece en la respuesta*)
- ¿Cómo fue el proceso de decidir interrumpir o continuar con el embarazo? ¿Sabía que podía cambiar de opinión, mientras se cumplieran los requisitos? ¿Cuánto se demoró en tomar su decisión final sobre interrumpir o continuar con su embarazo? Si todavía no interrumpe:
 - Primera y segunda causal: ¿Descarta la posibilidad de interrumpir durante las siguientes semanas?
 - Tercera causal: ¿sabe que tiene la opción de dar en adopción?
- ¿Usted tuvo la oportunidad de elegir con qué método(s) interrumpir su embarazo? ¿Qué alternativas se le presentaron?
- Su interrupción, ¿incluyó la realización del procedimiento AMEU (aspiración manual endouterina)? Si así fue, ¿requirió el uso de anestesia?

- ¿Se implementaron técnicas no farmacológicas para el manejo de su dolor? (música, compañía de alguien más, actitud empática) ¿A su elección?
- ¿Fue citada a control 7 a 10 días después de la interrupción? Si sí, ¿cuándo se acordó la cita?
- ¿Recibió material informativo sobre su sintomatología? ¿Era claro y completo? Si tuvo dudas adicionales, ¿con quién las consultó?
- ¿Qué información recibió al ser dada de alta?
- ¿Recibió consejería anticonceptiva? ¿Tuvo la oportunidad de elegir un método anticonceptivo y que este le fuera entregado? Si no había, ¿qué se hizo?

b. PRIMERA CAUSAL

- ¿Qué sucedió entre la sospecha de embarazo que constituye primera causal y la confirmación diagnóstica? ¿Cuánto duró esa etapa? ¿Qué apoyo y/o acompañamiento concreto recibió? ¿Y qué información?
- ¿Qué piensa de que la Ley 21.030 contemple el riesgo vital pero no el riesgo de morbilidad (enfermedades) como causal de interrupción? (*Preguntar por voluntad y autonomía si no aparecen en la respuesta*)
- ¿Usted sintió que entendía su situación de salud antes de decidir continuar o interrumpir su embarazo?
- ¿Sintió el respaldo, apoyo y respeto a la decisión que tomó y en el proceso de toma de esta?
- En concreto, ¿qué apoyo psicológico y social le fue ofrecido? ¿Y cuál recibido?
- ¿Cómo evalúa usted su experiencia? ¿Con qué se encuentra satisfecha y qué mejoraría?
- ¿Quisiera agregar algo más?
- ¿Siente que haber accedido a la interrupción voluntaria del embarazo aumentó su autonomía? ¿Por qué?

c. SEGUNDA CAUSAL

- ¿Cómo fue su experiencia entre que confirmó la causal y decidió interrumpir o hasta que nació si decidió continuar?
- Si su recién nacido tuvo tiempo de sobrevivida, ¿recibió cuidados paliativos y un trato ético básico? ¿Cómo fue la experiencia?
- ¿Sintió el respaldo, apoyo y respeto a la decisión que tomó y en el proceso de toma de esta?
- En concreto, ¿qué apoyo psicológico y social le fue ofrecido? ¿Y cuál recibido?
- ¿Cómo evalúa usted su experiencia? ¿Con qué se encuentra satisfecha y qué mejoraría?
- ¿Quisiera agregar algo más?

- ¿Siente que haber accedido a la interrupción voluntaria del embarazo aumenta su autonomía? ¿Por qué?

d. TERCERA CAUSAL

- ¿Usted sabía que no es necesario haber denunciado previamente el delito de violación para constituir causal y acceder a las prestaciones de la ley?
- Antes de llegar al hospital, ¿ya había decidido continuar o interrumpir el embarazo?
- ¿Quién la derivó al HSO? (*APS/SaludResponde/otros*)
- ¿Qué aspectos destaca del organismo que la derivó? ¿Qué mejoraría?
- La o el profesional que la acogió en primer momento, ¿atendió a sus necesidades emocionales?
- ¿Sintió un trato empático coherente con la vulneración sufrida? ¿Sintió que fue atendida más allá de su condición de embarazo, también en su salud emocional?
- ¿Se sintió protegida al acceder a la IVE?
- ¿Siente que el programa de acompañamiento entregado es pertinente a sus necesidades?
- ¿Ha sentido la necesidad de volver a definir o reorientar su programa de acompañamiento? Si sí, ¿pudo hacerlo?
- ¿Sintió el respaldo, apoyo y respeto a la decisión que tomó y en el proceso de toma de esta?
- ¿El equipo de salud reflexionó con usted sobre las consecuencias de interrumpir o continuar el embarazo? ¿Qué le pareció esta instancia? ¿Está de acuerdo con ella? ¿El equipo se mostró neutro y respetuoso de su decisión?
- Además de la interrupción o continuación como tal, ¿qué le entregó el Hospital para enfrentar y acompañarla en su situación? ¿Qué más le hubiese gustado que hiciera?
- ¿En qué nivel de atención se siente más segura y acogida: primario (CESFAM, etc) o secundario (hospital)? ¿Se imagina recibiendo esta atención en su CESFAM o el centro de salud de su comunidad?
- ¿Recibió información sobre la oferta intersectorial? ¿Sobre qué? ¿Verbal o escrita?
- Si usted decidió dar en adopción, ¿recibió información sobre la oferta intersectorial?
- Si usted decidió dar en adopción, ¿ha recibido apoyo de una trabajadora social? ¿Del Hospital o externa? ¿Cómo ha sido la experiencia?
- Que el establecimiento tuviera la obligatoriedad de informar al Ministerio Público sobre el delito de violación, ¿influyó en su decisión de acceder a las prestaciones de la Ley?

- ¿Considera usted una vulneración o abandono la incerteza sobre si se iniciará un proceso judicial en torno a su causa? Si no, ¿qué la hace sentir eso?
- ¿Recibió orientaciones sobre si debía denunciar o confirmar la denuncia al Ministerio Público?
- En concreto, ¿qué apoyo psicológico y social le fue ofrecido? ¿Y cuál recibido?
- ¿Cómo evalúa usted su experiencia? ¿Con qué se encuentra satisfecha y qué mejoraría?
- ¿Quisiera agregar algo más?
- ¿Siente que haber accedido a la interrupción voluntaria del embarazo aumenta su autonomía? ¿Por qué?

4. ESCALA DE AUTONOMÍA REPRODUCTIVA

El objetivo de esta sección es medir el grado de autonomía de las mujeres usando la Escala de Autonomía Reproductiva desarrollada por Ushma Upadhyay, investigadora del Bixby Center for Global Reproductive Health de la Universidad de California San Francisco. La escala tiene un total de 14 preguntas: 4 referidas a Libertad y coerción, 5 sobre toma de decisiones y 5 sobre comunicación. Adicionalmente, se pregunta por la elección, el acceso y el costo de métodos anticonceptivos.

Índice de Empoderamiento Reproductivo

Las siguientes preguntas se refieren a usted y a su pareja principal, o bien, con una pareja sexual reciente. Las preguntas tienen que ver con quién tiene más influencia en la toma de determinadas decisiones. Aquella persona que tenga la última palabra cuando hay desacuerdos es quien tiene "MÁS INFLUENCIA". Si usted tiene más de una pareja, refiérase a sólo su pareja principal. Si actualmente no tiene una pareja, refiérase a una antigua pareja. Si usted no ha tenido que tomar alguna de las siguientes decisiones, piense en quién tendría MÁS INFLUENCIA. Por favor, escoja una de las siguientes opciones:

- Mi pareja (o alguna otra persona)
- Mi pareja (o alguna otra persona) y yo por igual
- Yo

Índice de toma de decisiones	Mi pareja	Mi pareja y yo	Yo
1. ¿Quién tiene MÁS INFLUENCIA sobre el uso de métodos anticonceptivos?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
2. ¿Quién tiene MÁS INFLUENCIA sobre cuál método usar para evitar el embarazo?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
3. ¿Quién tiene MÁS INFLUENCIA sobre cuándo tener un bebé?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

4. Si usted llegará a quedar embarazada sin planearlo, ¿quién tendría MÁS INFLUENCIA en la decisión, ya sea de tener y criarlo, buscar padres adoptivos o tener un aborto?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
--	--------------------------	--------------------------	--------------------------

Las siguientes preguntas también tienen que ver con usted y su pareja. Por favor indique su nivel de acuerdo o desacuerdo, seleccionando una de las siguientes opciones:

- Muy en desacuerdo
- En desacuerdo
- De acuerdo
- Muy de acuerdo

Subescala de coerción	Muy en desacuerdo	En desacuerdo	De acuerdo	Muy de acuerdo
5. Mi pareja me ha impedido usar algún método para evitar el embarazo cuando yo quería.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
6. Mi pareja ha manipulado mis métodos anticonceptivos o ha tratado de impedirme cuando los he querido utilizar.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
7. Mi pareja me ha obligado a utilizar un método anticonceptivo cuando yo no quería.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
8. Si yo quisiera utilizar un método anticonceptivo, mi pareja no me dejaría.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
9. Mi pareja me ha presionado para que yo quede embarazada.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Subescala de comunicación	Muy en desacuerdo	En desacuerdo	De acuerdo	Muy de acuerdo
10. Mi pareja me apoyaría si yo quisiera usar algún método para evitar el embarazo.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
11. Es fácil hablar del sexo con mi pareja.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
12. Si yo no quisiera tener relaciones, podría decírselo a mi pareja.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
13. Si yo estuviera preocupada sobre si estaba embarazada o no, podría hablar con mi pareja.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
14. Si yo realmente no quisiera quedar embarazada, podría convencer a mi pareja.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

α. Preguntas complementarias

- En los últimos 6 meses (o antes de decidir quedar embarazada), ¿ha usado regularmente métodos anticonceptivos?

- ¿Estaba usando el método anticonceptivo de su preferencia?
- ¿Quién paga el método anticonceptivo? (*La mujer, su pareja, compartido*)

Anexo U: Pauta entrevista semiestructurada a Pamela Eguiguren

- ¿Podría comentar brevemente el estudio "Seguimiento de la implementación de la Ley 21.030 de interrupción del embarazo en tres causales en tres hospitales públicos de la RM"?
- Para la implementación de la IVE, ¿qué es importante dentro del pabellón, dentro del centro de salud y en la sociedad? La distinción de espacios físicos se refiere a las mujeres que han constituido causal, a las que podrían hacerlo por estar embarazadas y a las mujeres en general.
- Desde una perspectiva de salud pública, ¿qué es lo importante o el objetivo de una ley IVE?
- Desde una perspectiva de salud pública y en términos generales, ¿cómo ve la IVE en tres causales? ¿Cómo observa su implementación?
- Si tuviera que mencionar las principales dificultades (hasta 3) en la implementación de la IVE, ¿cuáles serían? ¿A quiénes involucran y en quién recae la responsabilidad de superarlas?
- En su condición de académica, ¿qué rol les corresponde a las instituciones de educación superior en la formación de profesionales?
- ¿Cuál es la importancia de que el seguimiento y la evaluación que se hace de la implementación de la política pública sea de conocimiento público?
- Conocidos los resultados de implementación, ¿hacia dónde deberíamos dirigirnos?

Anexo V: Entrevista a Pamela Eguiguren

Pamela Eguiguren es matrona y Doctora en Salud Pública de la Universidad de Chile, donde trabaja como profesora asistente. Es investigadora principal de la investigación en acción 2017-2019 "Seguimiento de la implementación de la Ley 21.030 de interrupción del embarazo en tres causales en tres hospitales públicos de la RM" financiada por Gynuity y NAF; que aún no se encuentra publicada, pero que ha sido comentada en Palabra Pública⁹² y en la conferencia Abortar libres y cuidadas. Debates en torno al aborto libre en medio del proceso constituyente en Chile⁹³.

⁹² Aborto en tres causales: obstáculos y deficiencias

<https://palabrapublica.uchile.cl/2019/07/31/aborto-en-tres-causales-obstaculos-y-deficiencias/>

⁹³ Debate Abortar Libres y Cuidadas <http://www.saludpublica.uchile.cl/agenda/168998/debate-abortar-libres-y-cuidadas>

La entrevista semiestructurada se realizó vía Zoom el 13 de octubre de 2020, con una duración aproximada de una hora. Se discutió la Ley 21.030, su pertinencia y su implementación, distinguiendo los espacios físicos y organizacionales que habitan las mujeres en su acceso a los servicios de gineco-obstetricia, especialmente cuando intentan acceder a la Ley 21.030. Las preguntas guía se encuentran disponibles en el anexo U.

A continuación, se presenta una síntesis de las respuestas entregadas por la Doctora Eguiguren.

Sobre su trabajo de investigación "Seguimiento de la implementación de la Ley 21.030 de interrupción del embarazo en tres causales en tres hospitales públicos de la RM"

La Ley de Interrupción Voluntaria del Embarazo, que en principio debería ser libre, en Chile está limitada por causales. Esto es porque la Ley por causales responde a fuerzas políticas antes que a un estudio exhaustivo y serio de las necesidades de interrupción de embarazo de las mujeres en Chile.

La Ley surge con contradicciones entre ser un avance en el ejercicio de autonomía de las mujeres y responder estrictamente a causas médicas. Las tres causales surgen de esa tensión y es en la tercera causal (violación) donde la autonomía de las mujeres prima, aunque quedan las tres vistas como causales médicas. Esto hace que la implementación de las tres quede limitada al nivel hospitalario (segundo y tercer nivel de atención).

La implementación en nivel hospitalario no es una obviedad, dado que Chile cuenta con una amplia red de atención primaria y, especialmente, la tercera causal, que contempla interrupciones precoces, es perfectamente realizable en el nivel primario, porque la interrupción precoz por medicamentos suele ser segura. Entonces esta determinación de llevar las tres causales al nivel hospitalario las inserta en un contexto más limitado, con menos acceso para la población y menos especialistas. A su juicio, esto es una insistencia por restringir el acceso de las mujeres al aborto.

Al contexto hospitalario, se suman la objeción de conciencia individual e institucional, que surgen como una gran barrera de acceso.

La objeción de conciencia institucional carece de base porque las instituciones no tienen conciencia; además, esta objeción se ha adoptado en el sector privado, donde supuestamente se concentran los mejores servicios de salud disponibles. Esto se traduce en que las instituciones eligen restringir las prestaciones de salud que entregan a sus beneficiarias; lo que las deja en un lugar de ambigüedad, ya que no encuentran los servicios en su red de salud privada y desde el sistema público son rechazadas y redirigidas al sistema privado. Esto además evidencia que el sistema privado es incapaz de sustituir al público desde un punto de vista sanitario (salud pública). A su juicio, el acceso de las mujeres a la IVE en el sistema privado es algo que no está resuelto.

Pasada la barrera de la objeción de conciencia institucional, se encuentra la objeción de conciencia individual que, en base a un estudio de la Escuela de Salud Pública, no tiene un proceso de definición individual claro y robusto. En el sector privado se observa que los profesionales recibieron poca información y hubo pocas instancias de diálogo colectivas y reflexivas, quedando la decisión sobre objetar o no sugerida en términos de conveniencia y el comportamiento de los otros miembros del grupo (“aquí todos están declarándose objetores. Le recomiendo que usted también”). En el sistema público sí hubo capacitaciones y diálogos al término de la administración de la ex Presidenta Bachelet, aun así, faltó profundidad y existe el relato de que algunos profesionales objetan no por valores, sino por preferencias personales y comodidad (“les da flojera”, “para que no me digan abortero”). Además, la definición en Chile es muy distinta a la de otros países. Con ese panorama, la objeción en Chile alcanza niveles muy altos, especialmente en la tercera causal. El equipo IVE, que suele ser reducido, termina haciéndose cargo de todo el proceso.

Tener una Ley por causales se planteó en un versus estratégico; a favor se pensó que generaría un cambio cultural, ya que los médicos estarían en contacto con las mujeres en situación de aborto. Sin embargo, por cómo se ha implementado la Ley, este acercamiento no se ha producido, ya que es el equipo IVE y solo los ginecobstetras quienes concentran las atenciones. El resto de los profesionales médicos al interior de una institución no se involucran y no discuten, por lo que no se desarrolla el cambio de cultura.

En otros aspectos, se menciona también que la implementación tiene lugar entre cambios de mando presidenciales con posturas diferentes frente a la política;

que es esperable que en la tercera causal las mujeres busquen la interrupción en el nivel primario; que la interrupción precoz (hasta las 14 o 15 semanas) por medicamentos es segura y; que la interrupción por aspiración manual endouterina (AMEU) es adecuada para todas las interrupciones precoces y combinada con misoprostol es una de las mejores técnicas.

Los procedimientos de constitución de causal también actúan como una barrera, ya que no están claramente definidos. Hay heterogeneidad sobre quiénes toman la decisión de si un caso constituye causal o no. En algunos centros de salud se generan comités (lo que no está establecido por Ley), los que pueden retrasar el procedimiento para las mujeres, ya que se desconoce con qué regularidad sesionan estos comités y no están siendo evaluados. Permanece en desconocimiento cuánto dura el procedimiento de constitución de causal para las mujeres y mientras más largo es el proceso, más expuestas están a riesgos para su salud física y mental, especialmente en la primera causal. Falta una medición de los procesos en términos generales.

Sobre la constitución de la tercera causal en el nivel secundario y no primario...

Por ser interrupciones practicadas hasta las 14 semanas, siempre son precoces. En Uruguay, como parte de iniciativas sanitarias, liberaron información sobre interrupción precoz con medicamentos para todas las mujeres y realizaron acompañamientos, con una tasa de complicación del 6% (baja). No hay razones médicas para realizar estas interrupciones en el nivel secundario; ya que solo las complicaciones requieren llegar al nivel secundario (o terciario), lo que puede ser derivado. Existe, además, el factor de que es el nivel primario el que genera vínculo con las mujeres, por estar en el territorio, ser quienes regularmente realizan la atención, lo que facilita que la mujer sienta confianza con ese equipo; realizar el relato de violación en el nivel secundario, generalmente con un equipo desconocido para las mujeres, es una dificultad adicional. Además, no hay un procedimiento médico para el ingreso de esta causal al nivel hospitalario. A diferencia de las causales 1 y 2 donde hay procedimientos médicos, la tercera causal llega al nivel secundario a realizar el relato de violación a las duplas psicosociales, que además debe ser confirmado por médicos. En general, esta confirmación consiste en que las fechas del relato coincidan con las semanas de gestación. Cualquier otra investigación corresponde al proceso legal. Además, hay un punto ciego en cuánto porcentaje de las solicitudes de constitución de causal por violación son aceptadas, pues no se registran las mujeres que lo solicitan, sino solo las que lo logran y esa es otra brecha de información.

Espacios diferenciados... La información sobre la ley y el ejercicio de los derechos de la mujer es fundamental, tanto para todas las mujeres como para los médicos; y en este ámbito hay mucho que hacer.

En la primera causal (riesgo vital) los especialistas que no son ginecoobstetras tienen menos información sobre la ley y son quienes determinan la constitución de causal o no. Hay un desplazamiento de la voluntad del riesgo que quiere asumir la mujer, lo que no depende de ella, sino del especialista que determina si su condición justifica una interrupción voluntaria del embarazo. Ha habido casos de mujeres que se sienten en riesgo de vida que les permitiría constituir causal, pero ha sido denegado porque se considera bajo riesgo.

La despenalización social es otro factor relevante. Hay mujeres que hasta antes de acceder a la Ley se han sentido ajena a ella. Lograr apertura de las mujeres respecto a la interrupción del embarazo antes de necesitar acceder es fundamental. Para esto son importantes también las organizaciones de la sociedad civil.

En resumen, las mujeres que desean acceder a la IVE se encuentran en espacios de incertidumbre en el proceso de constitución de causal, ya que gran parte del poder de decisión lo concentran los médicos y, por otro lado, son ellas quienes deben hacerse cargo de los costos del proceso, en términos económicos y también de salud y riesgo.

Respecto a la duración de los procesos, es difícil saber cuánto deberían durar de forma estándar, ya que son heterogéneos. En esto confluyen las distintas situaciones de salud de las mujeres, la disponibilidad de los equipos al ingresar las mujeres y la indefinición misma de los procedimientos. Además, cree que los procedimientos de la ley fueron hechos para adaptarse a las necesidades de los médicos (su comodidad respecto a la objeción de conciencia) y no de las mujeres (su salud, voluntad y urgencia).

Respecto a los diagnósticos que constituyen causal por la categoría “Otros”, es necesario tener una sistematización y retroalimentación constante del sistema. Para también evaluar qué sucedió con las mujeres a quienes se negó la constitución de causal (si resultaron en parto prematuro, si sobrevivieron, etcétera). Finalmente, las consecuencias del proceso las asume y vive la mujer.

El uso del término “interrupción voluntaria del embarazo” en lugar de aborto tiene sentido desde el punto de vista clínico, ya que se considera aborto hasta las 22 semanas y alrededor de los 800 gramos de peso del feto; posterior a eso se considera interrupción de embarazo. Cree también que hay un uso político del término en lugar de aborto.

Respecto al aborto (o interrupción del embarazo) como problema sanitario, que ha sido presentado no como tal, considera que esto corresponde a que en Chile los abortos inseguros (que no se realizan en condiciones adecuadas o por personal capacitado) logran realizarse de manera segura, porque las mujeres asumen el costo de financiar abortos clandestinos que en general son seguros y tienen bajas tasas de complicación. Nuevamente, las consecuencias las asumen las mujeres, de salud y económicas y, algunas experimentan complicaciones de las que nadie se entera. A medida que el acceso a los abortos clandestinos por métodos seguros se ve limitado y las mujeres reinciden en métodos anteriores como el palito de apio, el aborto resurge como problema de salud pública.

Respecto al involucramiento del Ministerio de la Mujer y Equidad de Género comenta que el aborto es un problema integral que debe ser abordado desde distintas aristas, lo que incluye a este ministerio; especialmente, porque muchas de las violaciones se producen en situaciones abusivas que difícilmente terminan en denuncias.

Como académica, cree que las instituciones de educación superior son responsables de entregar una formación con enfoque de género y derechos humanos y no solo biomédico. Un estudio realizado en su escuela mostró que la docencia enseña a los estudiantes a naturalizar prácticas que vulneran derechos.

La relevancia de conocer la implementación y sus resultados es vital porque permite mejorar continuamente. Desde una perspectiva de salud pública, la ciudadanía tiene derecho a saber cómo se implementan las leyes. Esto también es parte del proyecto de transparencia del gobierno, por lo que la información pública varía entre ejecutivos.

Por casi último, a nivel hospitalario, evalúa que los equipos IVE que participaron en su estudio tienen la voluntad y proactividad de impulsar una buena implementación, pero que esto, sin embargo, se ve limitado por la definición general de la Ley y su implementación; además de las limitaciones de recursos e

infraestructura de cada institución. Enfatiza que son siempre las personas - profesionales IVE- quienes logran una implementación exitosa y respetuosa de las leyes.

Por último, en el escenario actual reconoce una situación compleja para redefinir la Ley a corto plazo. Sugiere la realización de estudios participativos en los niveles de base para generar conocimientos que empujen el cambio hacia arriba. En el contexto actual, la IVE podría instalarse en el debate constitucional. Con un horizonte amplio, la Ley debería ser libre. Si pensáramos la implementación del aborto libre, probablemente se presentarían los mismos obstáculos, pero a mayor escala y de forma más notoria, lo que obligaría a que todo el equipo médico se involucrara y no podría existir el equipo IVE por separado.

Anexo W: Solicitud a Hospitales vía Transparencia

“Solicito información sobre las causales de Interrupción Voluntaria del Embarazo constituidas en su centro de salud. Fecha: desde 23-sept-2017 hasta 30-sept-2020. Para cada mujer que constituyó una causal solicito entregar:

- Año (en que se constituyó la causal)*
- Mes (en que se constituyó la causal)*
- Causal constituida (1, 2 o 3)*
- Decisión de interrupción (Interrumpe: sí/no o 1/0)*
- Edad de la mujer (en años al constituir la causal)*
- Semanas de gestación (al constituir la causal)*
- Decisión de programa de acompañamiento (Acompañamiento: sí/no o 1/0)*
- Comuna de residencia (de la mujer al constituir la causal) (* optativo)*
- Institución de acompañamiento (nombre) (* optativo)*
- Derivada (si la mujer provino de otro centro donde también podría haberse practicado la intervención: sí/no o 1/0) (* optativo)*
- Centro derivador (nombre de la institución que derivó a la mujer al actual centro de salud; no si no corresponde) (* optativo).*

Adjunto planilla Excel ejemplificadora del formato solicitado.”

Anexo X: Solicitud de métodos utilizados a la Subsecretaría de Salud Pública vía Transparencia

“Solicito el método de interrupción con que se han realizado las interrupciones de embarazo desde la entrada en vigencia de la Ley 21.030 -o en su defecto desde cuando estén disponibles-. El formato de preferencia es base de datos, tal como la publicada en datos abiertos, siendo cada fila una causal constituida, para la que se reporta mediante columnas al menos: -id -año -mes -causal -edad gestacional -decisión de interrupción -región -comuna de residencia de la mujer -hospital o centro de salud donde se practica la interrupción -método de la interrupción -si hubo complicaciones post-ive. Si la información se encontrase como columna adicional a la base publicada en datos abiertos, obtenerla tal cual sería ideal.”

Anexo Y: Variables con *missing data* y tratamiento

Respecto a lo que pueden considerarse datos faltantes o *missing data* se nota:

- Hay 8 causales constituidas con *mes de concurrencia* con valor *null* el año 2018 con decisión de interrumpir el embarazo; en principio no se corrige.
 - 2 en primera causal
 - 5 en segunda causal
 - 1 en tercera causal
- Hay 40 causales constituidas con *nacionalidad* con valor *desconocido*; en principio no se corrige.
 - 21 en primera causal
 - 18 en segunda causal
 - 1 en tercera causal
- Hay 34 causales constituidas con *país de origen* con valor *desconocido*; todas coinciden con tener también *nacionalidad* con valor *desconocido*; en principio no se corrige.
 - 17 en primera causal
 - 16 en segunda causal
 - 1 en tercera causal
- Hay 30 causales constituidas con *edad de la mujer* con valor *null*
 - 13 en primera causal
 - 12 que interrumpen el embarazo
 - 1 que continúa el embarazo
 - 17 en segunda causal
 - 11 que interrumpen el embarazo

- 6 que continúan el embarazo

Las edades *null* se completan según los datos promedio redondeados a la unidad de los subgrupos cruzados de causal y decisión de interrupción. La tabla 10 a continuación muestra los promedios; se incluyen las cifras decimales para evidenciar que la decisión continuar el embarazo en la tercera causal es el único subgrupo concentrado en adolescentes —es decir, mujeres menores de edad—⁹⁴:

EDAD PROMEDIO DE LAS MUJERES POR CAUSAL Y DECISIÓN DE INTERRUPCIÓN			
Causal	Continuar embarazo	Interrumpir embarazo	Total
Primera causal	31,92	29,99	30,30
Segunda causal	30,48	31,22	31,07
Tercera causal	17,93	23,78	23,35
Todas las causales	29,88	29,28	29,38

Tabla 27 Edad promedio por causal y decisión de interrupción. 2018-2020. Elaboración propia en base a (Ministerio de Salud)

Continuando con la exploración,

- Hay 30 causales constituidas con *previsión de salud* con valor *sin información*; en principio no se corrige.
- Hay 649 causales constituidas con valor *sin información* sobre *pueblo originario*; esto no se considera de gran relevancia para el análisis exploratorio por lo que no se detalla y no se corrige. Cabe destacar que solo 54 filas especifican un pueblo originario⁹⁵.
- Hay 3 causales constituidas con valor *sin información* sobre el *establecimiento*, todas en el sistema privado reportadas por la SEREMI de Antofagasta.
- Hay 11 causales constituidas con *región de residencia de la mujer* con valor *sin información*; en principio no se corrige.
- Hay 16 causales constituidas con *comuna de referencia* con valor *sin información*.
- Hay 15 causales constituidas sin información (en blanco) respecto al *nivel de atención del primer contacto con sistema de salud*.
- Hay 8 causales constituidas sin información (en blanco) sobre la *fecha de concurrencia*, todas del año 2018.

⁹⁴ No hay datos de edad faltantes en tercera causal, por lo que tampoco hay reemplazos.

⁹⁵ 11 Aymara (3, 6, 2); 2 Diaguita (0, 2, 0); 38 mapuche (14, 20, 4); 3 Quechua (1, 1, 1). Entre paréntesis la cantidad de primera, segunda y tercera causal, en ese orden.

- Hay 671 causales constituidas sin información en *complicaciones post-IVE* expresado con los valores *sin información, NULL* y *N/A*; las otras filas tienen valores *SI, NO* y *o*
 - 129 en primera causal
 - 496 en segunda causal
 - 46 en tercera causal
- Hay 47 causales constituidas *sin información* sobre la *decisión sobre acompañamiento psicosocial*
 - 32 en primera causal
 - 28 interrumpen el embarazo
 - 4 continúan el embarazo
 - 10 en segunda causal
 - 9 interrumpen el embarazo
 - 1 continúa el embarazo
 - 5 en tercera causal
 - 5 interrumpen el embarazo
- Hay 41 causales constituidas con *edad gestacional concurrencia en null*
 - 32 en primera causal
 - 27 interrumpen el embarazo
 - 5 continúan el embarazo
 - 9 en segunda causal
 - 7 interrumpen el embarazo
 - 2 continúan el embarazo
- La *edad gestacional concurrencia* promedio es
 - 17,43 semanas para todas las causales constituidas
 - 19,05 semanas para la primera causal
 - 19,20 en las primera causal que interrumpen el embarazo
 - 18, 24 en las primera causal que continúan el embarazo
 - 20,06 semanas en la segunda causal
 - 18,97 en las segunda causal que interrumpen el embarazo
 - 24,27 en las segunda causal que continúan el embarazo
 - 7,71 semanas para la tercera causal
 - 7,60 en las que interrumpen el embarazo
 - 9,15 en las que continúan el embarazo

En razón de lo anterior, todas las edades gestacionales *null* serán reemplazadas numéricamente con el promedio de su causal y decisión de interrumpir o continuar; y para efectos de terminología, todas las causales constituidas con edad gestacional *null* y decisión de interrumpir el embarazo serán consideradas abortos (es decir, como si hubiesen ocurrido hasta la semana 22

incluida). Desde luego, no hay datos faltantes en la edad gestacional de la tercera causal ya que es requisito para constituir la.

La tabla 11 resume los datos anteriores:

EDAD GESTACIONAL PROMEDIO			
Causal	Continuar el embarazo	Interrumpir el embarazo	Total
Primera	18,24	19,20	19,05
Segunda	24,27	18,97	20,06
Tercera	9,15	7,60	7,71
Todas	21,24	16,67	17,43

Tabla 28 Edad gestacional promedio por causal y decisión de interrupción, 2018- 2020. Elaboración propia en base a DEIS.

Entre otras modificaciones, se agregan las siguientes columnas:

- *missingdata*: señala si la fila fue modificada al completar sus datos faltantes. Se completó con una sigla (EG para edad gestacional; E para edad de la mujer) o 1 para indicar que fue modificada; o 0 sin completar para las que no.
- *Int*: vale 1 si la decisión fue interrumpir el embarazo, o si continuar el embarazo. Recodificación de información original.
- *Ab22*: vale 1 si la edad gestacional es hasta 22 semanas y la decisión fue interrumpir el embarazo, las interrupciones que serán consideradas aborto; o si no.
- *Adol*: vale 1 si la mujer es adolescente, es decir, tiene hasta 19 años.
- *2k1819*: vale 1 si la causal fue constituida el año 2018 o 2019. Recodificación para el cálculo de promedios de lo más parecido a un año representativo (justificación en la siguiente sección).
- *Region*: recodificación en números romanos, RM o S/I de la región de residencia de la mujer.

Anexo Z: Making abortions safe: a matter of good public health policy and practice

Este artículo de Marge Berer (2000) indaga, a través de una revisión de la literatura, en los cambios requeridos en las políticas y servicios de salud para lograr que los abortos sean seguros. Encuentra que para que esto suceda, es necesario tener en cuenta por qué las mujeres abortan, el tipo de servicios de aborto que requieren

y, en qué edad gestacional; los profesionales proveedores de aborto que se necesitan, sus capacitaciones y; asuntos relacionados con costos y consejería. Además, señala que para pasar de abortos inseguros a abortos seguros es necesario que haya cambios en las políticas nacionales, capacitación a los proveedores de servicios de aborto, servicios de aborto en el nivel primario de atención y, asegurar que las mujeres accedan a estos servicios en lugar de a los de proveedores no capacitados; para esto, es fundamental que las mujeres —especialmente las solteras y adolescentes— sepan que los servicios de aborto están disponibles (Making abortions safe: a matter of good public health policy and practice, 2000). Tanto lo que es necesario tener en cuenta como lo que se necesita para pasar de abortos seguros a inseguros constituyen potenciales dimensiones para efectos de este trabajo.

El trabajo está estructurado en una introducción sobre el aborto y luego una revisión de este en las siguientes secciones: i) Disminución de la fertilidad y necesidad de aborto; ii) Transición de aborto inseguro a aborto seguro; iii) Necesidad de legalizar el aborto; iv) Cambios en las leyes y políticas; iv) Quién decide y cuándo; v) Encontrar un balance —en relación a la objeción de conciencia—; vi) Pagar por abortos seguros; vii) Requisitos para el aborto seguro; viii) Calidad de la atención; ix) Sensibilización del (conocimiento) público; y por último, conclusiones.

Berer comienza planteando que, según las estimaciones de la *WHO*, un 25% de los embarazos terminan en abortos inducidos, aproximadamente 50 millones cada año, de los que 20 millones se realizan en condiciones inseguras (profesionales no capacitados o métodos inseguros) y; suele suceder que el aborto es inseguro en los países donde las leyes de aborto son restrictivas, los proveedores de servicios de aborto no están capacitados y la morbilidad y mortalidad asociadas al aborto son altas (Making abortions safe: a matter of good public health policy and practice, 2000). Es decir, dimensiones controlables se desprenden las leyes y la capacitación de los proveedores de los servicios de aborto.

Berer plantea que los embarazos no planificados y no deseados son una responsabilidad de la salud pública y el aborto es relevante porque es una opción a la que las mujeres recurren en estas situaciones (Making abortions safe: a matter of good public health policy and practice, 2000).

Si bien la fertilidad ha disminuido, en gran parte por el aumento en el uso de anticonceptivos, el aborto también contribuye en buena medida y no puede ser desestimado, por los distintos factores que influyen en el buen uso y consecuente eficacia de los métodos anticonceptivos. Por ejemplo, en Italia, Turquía y el Reino

Unido, el uso incorrecto del método de coito interrumpido, fallas en los condones y la ingesta inconsistente de las pastillas anticonceptivas fueron las principales razones para acceder a abortos. En cambio, el aborto apareció como una opción preferida —tasas de aborto más altas— por sobre los métodos anticonceptivos en los países donde el acceso a estos últimos es limitado. Por otro lado, en Chile —entre otros países— las mujeres con embarazos no deseados lo atribuyeron a mala comunicación sexual con sus parejas, bajo conocimiento sobre fertilidad y anticoncepción, y a bajas tasas de uso o un uso irregular o ineficiente de métodos anticonceptivos. Otras razones por las que las mujeres abortan son que no desean ser madres, desean ser buenas madres para los hijos que ya tienen o no están listas o capacitadas para ser madres (Making abortions safe: a matter of good public health policy and practice, 2000).

Así, sin importar cuán extendido esté el uso de anticonceptivos, los embarazos no deseados y los abortos siguen existiendo; la diferencia que se puede hacer es tener bajas tasas de aborto a través de programas de educación sexual, acceso a anticonceptivos y anticoncepción de emergencia. En cualquier caso, el aborto sigue siendo parte de los planes de control de fertilidad (Making abortions safe: a matter of good public health policy and practice, 2000). Entonces, el acceso al aborto no puede desvincularse —o descontextualizarse— de la disponibilidad, acceso y uso de métodos anticonceptivos, así como de la educación sexual de la población.

Hasta ahora, la perspectiva planteada dista de la chilena en dos sentidos:

- i) Reconocer el aborto como un método de control de la fertilidad y de salud pública lo posiciona cerca de una perspectiva de derechos sexuales y reproductivos de las mujeres, en lugar de como una excepción en tres causales;
- ii) Contrario a como se ha desacreditado el aborto en el debate chileno por parte de algunos sectores, el aborto no se usa como el método “anticonceptivo” primario —denominación incorrecta porque la concepción ya habría ocurrido—, sino complementario para el control de la fertilidad cuando el método primario falla.

Sobre la transición de abortos inseguros a abortos seguros destaca tres aspectos. Primero, los avances en despenalizar el aborto que han hecho muchos países. Segundo, que incluso sin modificaciones legales, para las mujeres se ha vuelto, en la práctica, más fácil acceder al tratamiento de complicaciones de aborto, especialmente en los grandes hospitales de las zonas urbanas. Y tercero, que en algunos países —toma como ejemplo Brasil, explicitando la sospecha de que también

sea así en el resto de la región—, las mujeres disponen de métodos más seguros para autoinducirse un aborto —es decir, de forma clandestina—, lo que se debe principalmente al uso de misoprostol, que resulta en menos complicaciones y en, consecuencia, menos morbilidad y mortalidad, comparado con la introducción de palos, raíces e instrumentos afilados al útero. No obstante lo anterior, el verdadero progreso requiere cambios en las leyes, políticas y prácticas nacionales (Making abortions safe: a matter of good public health policy and practice, 2000).

Finalmente, Berer concluye que la ley es necesaria, que hay cambios que pueden hacerse a corto plazo y que monitorear accesibilidad, asequibilidad y calidad de atención es fundamental.

Anexo AA: Identifying indicators for quality abortion care: a systematic literature review

Este trabajo de Amanda Dennis, Kelly Blanchard y Tshego Bessenaar (2016) consiste en una revisión sistemática de la literatura en busca de los indicadores usados en la atención de aborto de calidad (términos de búsqueda: *quality, abortion, indicators*). Encuentra 75 indicadores —varios similares entre sí— que miden aspectos relacionados con la política, los sistemas de salud, la disponibilidad de personal capacitado, la toma de decisión de las mujeres y la morbilidad y mortalidad (Identifying indicators for quality abortion care: a systematic literature review, 2017). En términos de este trabajo, todos los aspectos recién mencionados son potenciales dimensiones de análisis y evaluación. Las autoras concluyen que hay poca coincidencia en el uso de indicadores y que se requieren esfuerzos para que la evaluación de calidad sea informada y coordinada.

El trabajo se estructura con una presentación de antecedentes, donde se introduce la calidad en atención de salud y en el aborto; el método de recopilación de indicadores; los resultados agrupados en Indicadores de estructura, Indicadores de proceso, Indicadores de producto e Indicadores de resultado. Luego, hace una discusión de estos, se refiere a las fortalezas y limitaciones del trabajo y, finalmente, concluye.

Para comenzar, tanto en los sistemas de salud que cuentan con altos como con bajos recursos, entregar atención médica de calidad⁹⁶ es un desafío; en parte porque no hay una definición única e inequívoca de “atención médica de calidad”. La

⁹⁶ Es decir, en la terminología de esta tesis, servicios de salud de calidad.

atención médica de calidad históricamente se ha concebido en términos de estándares clínicos; sin embargo, últimamente se ha definido de forma amplia y multifacética, en concordancia con la naturaleza integrada de la atención médica (Identifying indicators for quality abortion care: a systematic literature review, 2017).

Las autoras citan tres definiciones relacionadas (Identifying indicators for quality abortion care: a systematic literature review, 2017 pág. 7):

1. Atención médica de calidad⁹⁷: “hacer lo correcto por el paciente correcto, en el momento correcto, de la forma correcta para conseguir los mejores resultados posibles” según la *Agency for Healthcare Research and Quality*⁹⁸ (AHRQ).
2. Calidad de la atención médica⁹⁹ (calidad asistencial): “la medida en que los servicios de atención médica mejoran los resultados de salud de una manera consistente con el conocimiento profesional actual” según el *Institute of Medicine*¹⁰⁰.
3. Calidad de la atención médica (calidad asistencial): “atención médica que es ‘aceptable’, ‘accesible’, ‘efectiva’, ‘eficiente’, ‘equitativa’ y ‘segura’” según la WHO.

Se podría interpretar que la definición de AHRQ está centrada en lo que ocurre en el momento y, en ese sentido, podría pensarse como menos programable o predecible; mientras la del IOM parece centrada en la medicina o técnica y; la de la WHO evoca una perspectiva de sistemas. En ese sentido, la definición de la WHO es más pertinente a este trabajo, por lo que será la definición por defecto, a menos que se indique lo contrario.

Además de la definición de calidad de atención médica genérica, presentan los seis elementos propuestos por Bruce-Jain para caracterizar la atención de salud reproductiva de calidad, centrada en la planificación familiar de calidad. Estos se proponen como áreas en las que centrarse al entregar el servicio, en lugar de asociarles estándares mínimos u óptimos. Los seis elementos son (Identifying indicators for quality abortion care: a systematic literature review, 2017):

1. Elección de métodos anticonceptivos
2. Información entregada a las pacientes

⁹⁷ *Quality health care.*

⁹⁸ De Estados Unidos.

⁹⁹ *Health care quality.*

¹⁰⁰ También de Estados Unidos

3. Competencias técnicas
4. Relaciones interpersonales
5. Continuidad y seguimiento
6. Distribución adecuada de los servicios

Con el tiempo, a esos seis elementos se han sumado nuevos servicios de salud reproductiva, así como aspectos de acceso al servicio e infraestructura del sistema de salud (Identifying indicators for quality abortion care: a systematic literature review, 2017).

El trabajo se centra en la calidad de la atención aborto, ya que no hay consenso sobre qué significa esta y porque se cree que aumentar la calidad de la atención de aborto podría disminuir su estigma en la comunidad y también la mortalidad y morbilidad asociadas. También podría aumentar el conocimiento y la aceptación de métodos anticonceptivos post aborto (Identifying indicators for quality abortion care: a systematic literature review, 2017).

El mejoramiento de la calidad depende de los *insights* que se obtengan de la medición y el seguimiento de indicadores estandarizados. Estos *insights* deberían desvelar quiénes tienen necesidades sin ser satisfechas, qué mejoras se pueden hacer en la entrega de la atención y en el sistema de salud, y también cuáles son los cambios legales y políticos necesarios. En esto los indicadores pueden ayudar a dirigir las mejoras de calidad e influir en el apoyo recibido de los hacedores de políticas, investigadores, planificadores de programas, organizaciones filantrópicas, defensores y profesionales de la salud (Identifying indicators for quality abortion care: a systematic literature review, 2017).

El mejoramiento integral de la calidad requiere seguir indicadores en los distintos niveles de estructura, procesos y resultados. Los indicadores de estructura se centran en el entorno en que se entrega la atención. Los indicadores de proceso se centran en lo que se hace en el terreno base para entregar y recibir la atención. El producto¹⁰¹ es el resultado del proceso. Los indicadores de resultados se centran en lo que sucede después de la atención y cómo afecta el estado de salud (Identifying indicators for quality abortion care: a systematic literature review, 2017).

Las definiciones planteadas no son estrictas en el sentido teórico, como indicadores de políticas públicas (programas sociales) ni de salud pública; sin

¹⁰¹ *Output*

embargo, sí son una buena forma de organizar y analizar la implementación de una forma, de hecho, muy combinable y coherente con el enfoque de programas sociales. Puede notarse que los indicadores de procesos se relacionan con los niveles verticales de *componente y actividad* en la metodología marco lógico; los indicadores de producto —no definidos formalmente en el *paper*, pero sí usados como categoría— con el *propósito*; mientras los indicadores de resultados distan y se relacionan con el *impacto*. Cabe destacar que los resultados no se refieren a la consecuencia inmediata de la acción, a esto último se denomina producto. En otras palabras, los indicadores de resultados buscarían medir la influencia de los abortos practicados en la mortalidad materna, por ejemplo, mientras el indicador de producto mide los abortos practicados.

La búsqueda de indicadores relevantes para atención de aborto de calidad produjo variados hallazgos. Por un lado, respecto al origen de los indicadores, se encontró que un 48% de ellos surgieron en el proceso de desarrollar marcos de referencia, planes de monitoreo, o tratados de salud pública sobre aborto; un 33% fueron resultado de entrevistar o encuestar a expertos o a usuarias de servicios de aborto; y un 10% provino de la creación de mejores prácticas para entregar servicios de aborto. Por otro lado, la literatura se refiere principalmente a indicadores de calidad globales, con pocos trabajos para países o regiones específicas. Por último, la mayoría de los indicadores era usados en solo uno o pocos *papers*, por lo que se definieron grados de acuerdo: bajo (56% de los indicadores), medio¹⁰² (27%) y alto (17%). Además, la lista inicial de 207 indicadores se redujo a 75 tras la eliminación de duplicados y la combinación de los muy similares (Identifying indicators for quality abortion care: a systematic literature review, 2017).

A continuación, se presenta una síntesis de las cuatro categorías de indicadores —estructura, proceso, producto, resultados—. En el anexo AK se reproduce la tabla que contiene los 75 indicadores analizados organizados en categorías.

Los indicadores de estructura se enfocan en medir las estructuras necesarias para proveer atención de aborto de alta calidad, lo que contempla, entre otros, la existencia de “sistemas integrales de comunicaciones, salud, derivación y transporte junto con instalaciones, tecnologías, equipos, suministros y personal de salud adecuados para brindar atención de aborto de alta calidad”. De los 23 indicadores de estructura que se encontraron, 21 se refieren a infraestructura y 2 a leyes y políticas; y de esas mismas categorías, 3 y 1 indicador tuvieron altos niveles de acuerdo

¹⁰² *Some.*

(Identifying indicators for quality abortion care: a systematic literature review, 2017 pág. 9).

Los indicadores de proceso se centran en los procesos que deben existir para proveer atención de aborto de alta calidad; entre los que se encuentran la evaluación de pacientes para el aborto, la realización del aborto, los cuidados de atención post aborto, el tratamiento digno (o con las características especificadas) que se debe dar a las mujeres, la atención confidencial, la consejería anticonceptiva, entrega de información, entre otros. Los 34 indicadores de procesos se clasificaron en las categorías competencias técnicas (12), interacciones cliente-proveedor (8), toma de decisiones (5), entrega de información (4), servicios auxiliares (3) y soporte (2). De esas categorías, 0, 2, 1, 2, 2 y 0 tuvieron altos niveles de acuerdo, respectivamente (Identifying indicators for quality abortion care: a systematic literature review, 2017).

Los indicadores de producto se centran en los productos que indican que se proveyó atención de aborto de alta calidad; por ejemplo, qué cantidad de los abortos practicados fueron seguros y los métodos utilizados. Solo se distinguió una categoría, procedimientos provistos, en la que están contenidos los 4 indicadores de producto encontrados; ninguno de ellos tuvo un alto nivel de acuerdo.

Finalmente, los indicadores de resultados se centran en los resultados que ocurren cuando se entrega atención de aborto de calidad; parte de esto se considera el conocimiento que las mujeres y la comunidad tienen sobre la regulación vigente, los servicios de aborto y su disponibilidad, las barreras de acceso percibidas, la satisfacción de las mujeres con la atención recibida, la cantidad de abortos practicados y a qué edad gestacional, así como la morbilidad y mortalidad asociada al aborto. Los 14 indicadores de resultados se clasificaron en tres categorías: conocimiento de la mujer¹⁰³ y la comunidad (5), actitudes de la mujer y la comunidad (5), tendencias demográficas de aborto (2) y morbilidad y mortalidad de las mujeres (2). Solo los dos indicadores de esta última categoría tuvieron alto nivel de acuerdo (Identifying indicators for quality abortion care: a systematic literature review, 2017).

A continuación, la tabla 15 presenta los indicadores con alto grado de acuerdo (cuatro referencias o más):

¹⁰³ *Client.*

INDICADORES DE CALIDAD EN LA ATENCIÓN DE ABORTO			
Categoría	Subtema	Nº	Indicador
<i>Estructura</i>	Infraestructura	1	Hay una cantidad adecuada de personal capacitado y con conocimientos disponibles para brindar atención de aborto.
<i>Estructura</i>	Infraestructura	2	Servicios oportunos están disponibles
<i>Estructura</i>	Infraestructura	3	Instalaciones geográficamente accesibles
<i>Estructura</i>	Leyes y políticas	22	La atención de aborto debe ser accesible y no estar limitada por barreras administrativas o políticas
<i>Proceso</i>	Interacciones cliente-proveedor	36	El personal ofrece un cuidado respetuoso
<i>Proceso</i>	Interacciones cliente-proveedor	37	El personal trabaja para garantizar la privacidad durante la visita
<i>Proceso</i>	Toma de decisiones	44	Las pacientes reciben consejería de apoyo de alta calidad.
<i>Proceso</i>	Entrega de información	49	El personal explica todos los aspectos de la atención del aborto a las pacientes (condición actual, plan de tratamiento, necesidades de seguimiento y posibles complicaciones post aborto y cómo obtener la atención post aborto adecuada).
<i>Proceso</i>	Entrega de información	50	El personal brinda a las pacientes la oportunidad de expresar inquietudes, hacer preguntas y recibir respuestas precisas y comprensibles.
<i>Proceso</i>	Servicios auxiliares	53	El personal proporciona u ofrece directamente referencias para una variedad de servicios de salud sexual y reproductiva, que incluyen anticoncepción y detección y tratamiento para el VIH y las ITS.
<i>Proceso</i>	Servicios auxiliares	54	El personal brinda información sobre una variedad de necesidades de salud sexual y reproductiva, que incluyen: anticoncepción, fertilidad, violencia de género, atención prenatal, detección del cáncer y detección y tratamiento del VIH y las ITS.
<i>Resultados</i>	Morbilidad y mortalidad de las mujeres	74	El número de ingresos para el tratamiento de complicaciones del aborto es bajo

<i>Resultados</i>	Morbilidad y mortalidad de las mujeres	75	El porcentaje de muertes maternas como consecuencia del aborto es bajo.
-------------------	--	-----------	---

Tabla 29 Indicadores con alto nivel de acuerdo. Elaboración propia en base a (Identifying indicators for quality abortion care: a systematic literature review, 2017)

A partir del trabajo citado se desprende que ellas identifican cinco dimensiones que son importantes de medir, estas son (Identifying indicators for quality abortion care: a systematic literature review, 2017):

1. Política
2. Los sistemas de salud
3. La disponibilidad de personal capacitado
4. La toma de decisión de las mujeres
5. La morbilidad y mortalidad

Anexo AB: Definitions, measurement and indicator selection for quality of care in abortion

Este trabajo de Darney, Kapp, Andersen, Baum, Blanchard, Gerdtts, Montagu, Chakraborty y Powell (2019) parte de la premisa de que existe poco consenso sobre cómo medir la calidad de atención en aborto. Así, se proponen plantear un lenguaje común para las definiciones, marcos de referencia y mediciones de calidad de la atención de salud; sintetizar la literatura existente sobre la medición de calidad en el aborto y; presentar criterios para el desarrollo de métricas de calidad.

Para comenzar, las autoras plantean que el aborto es seguro, pero que la calidad de la atención es más que seguridad. Para hablar de la calidad de la atención citan las definiciones del *Institute of Medicine (IOM)* y la *WHO* de las siguientes cinco componentes de la calidad (Definitions, measurement and indicator selection for quality of care in abortion, 2019):

1. Seguridad del paciente
2. Efectividad
3. Centrado en el paciente
4. Oportunidad
5. Eficiencia
6. Equidad

Por otro lado, plantean también el marco de referencia de Donabedian, que se usa para clasificar información relacionada con la medición de calidad en tres categorías (Definitions, measurement and indicator selection for quality of care in abortion, 2019):

- Estructura: atributos del entorno en que la atención es entregada.
- Procesos: lo que realmente se hace al entregar y recibir la atención.
- Resultados: efectos de la atención en el estado de salud del paciente y la población.

Además, presentan los 5 indicadores de calidad usados por la *British Society of Abortion Care Providers*, relacionados con el porcentaje de los abortos realizados antes de la décima semana de gestación, entendido como una medida de eficiencia del sistema; el acceso a elección de métodos de interrupción adecuados; los tiempos de espera según el estándar de menos de una semana para la evaluación y para el tratamiento; medidas de calidad de la atención reportadas por la paciente, por ejemplo, a través de encuestas; y el compromiso con los procedimientos de aseguración de calidad, como la revisión de investigación e indicadores claves del sistema, como las tasas de reingreso (Definitions, measurement and indicator selection for quality of care in abortion, 2019).

El último de los indicadores mencionados es relevante porque hace énfasis en la evaluación de la política de atención de aborto de forma global y en su mejoramiento, aspecto que no es frecuente en la literatura, pero que desde el punto de vista de ingeniería industrial es muy relevante y que será ahondado más adelante.

Por último, plantean los 3 criterios que usa la *AHRQ* para seleccionar indicadores de calidad (Definitions, measurement and indicator selection for quality of care in abortion, 2019):

- Importancia, relacionada con la importancia que tiene medir y reportar el tópico en cuestión.
- Robustez científica, en cuanto al nivel de evidencia para la medición y si esta produce resultados consistentes (confiables) y creíbles (válidos) sobre la calidad del cuidado.
- Factibilidad, sobre la posibilidad de hacer la medición sin una sobrecarga indebida.

Las autoras concluyen que las mediciones de calidad se pueden separar en métricas relacionadas con estructura, procesos y resultados; a la vez que la mayoría

se concentran en las dos primeras categorías debido a la dificultad de medir resultados (entendidos como impacto) y no todos están directamente relacionados con la atención recibida; no obstante, las métricas de procesos y estructura deben tener una relación plausible con resultados importantes en salud y la experiencia y los derechos de las pacientes, en orden de ser indicadores útiles. Además, deben ser importantes, científicamente robustas y factibles (Definitions, measurement and indicator selection for quality of care in abortion, 2019).

Anexo AC: Counting abortions so that abortion counts: Indicators for monitoring the availability and use of abortion care services

Este trabajo de Healy, Otsea y Benson intenta medir si las necesidades de aborto se encuentran cubiertas en los servicios de atención obstétrica de emergencia (*EmOC*¹⁰⁴). Para ello, proponen un conjunto de indicadores para monitorear la disponibilidad, la calidad y el uso de los servicios de emergencia obstétrica relacionados con los elementos críticos (*signal functions*) de la atención de aborto seguro: tratamiento de complicaciones de aborto, aborto inducido legal y métodos anticonceptivos en la atención post aborto (Counting abortions so that abortion counts: Indicators for monitoring the availability and use of abortion care services, 2006).

Las autoras exhiben las distintas restricciones legales al aborto existentes en el mundo y la cantidad de países y el porcentaje de mujeres en estas categorías. También describen los elementos críticos (*signal functions*) para los servicios básicos e integrales de atención de aborto seguro. Los elementos básicos para la atención de aborto en el horario regular de atención ambulatoria incluyen los procedimientos de aborto inducidos hasta la doceava semana de gestación permitidos por ley, mientras deben estar disponibles en todo momento la administración de antibióticos esenciales, de líquidos de reemplazo intravenosos y oxitócicos; así como los procedimientos de remoción de productos retenidos (también hasta la doceava semana de gestación) y la entrega de métodos anticonceptivos como parte de la atención post aborto (Counting abortions so that abortion counts: Indicators for monitoring the availability and use of abortion care services, 2006).

Los servicios integrales de atención de aborto, además de los elementos críticos básicos, deben incluir durante el horario ambulatorio regular la realización de procedimientos de aborto inducido para edades gestacionales por sobre las 12

¹⁰⁴ *Emergency obstetric care.*

semanas y; de forma permanente (24 horas los 7 días de la semana) la remoción de productos retenidos para tamaños uterinos de más de 12 semanas, transfusiones sanguíneas y realización de laparotomía (Counting abortions so that abortion counts: Indicators for monitoring the availability and use of abortion care services, 2006).

Como se desprende de las definiciones anteriores, se consideran fundamentales en la atención de aborto seguro para contribuir a disminuir la mortalidad materna (Counting abortions so that abortion counts: Indicators for monitoring the availability and use of abortion care services, 2006):

1. Los procedimientos seguros de aborto inducido para todos los casos permitidos por la ley.
2. El tratamiento de las complicaciones de aborto.
3. La entrega de métodos anticonceptivos en la atención post aborto.

Por otro lado, se plantean los indicadores en relación con la disponibilidad, el uso y la calidad de la atención de aborto seguro. A continuación, la tabla 16 presenta los 7 indicadores propuestos para el monitoreo y la evaluación de la atención de aborto seguro (Counting abortions so that abortion counts: Indicators for monitoring the availability and use of abortion care services, 2006):

INDICADORES PARA MEDIR LA ATENCIÓN DE ABORTO SEGURO				
Pregunta a la que responde	Nº	Indicador de aborto propuesto	Definición	Recomendación
¿Hay suficientes instalaciones que entreguen atención de aborto seguro?	1	Cantidad de servicios de atención de aborto seguro disponible	Número de instalaciones que entregan atención de aborto seguro básica e integral	Por cada 500.000 habitantes: 5 instalaciones de atención de aborto seguro, de las que al menos 1 ofrece atención de aborto seguro integral.
¿Los servicios de atención de aborto seguro están bien distribuidos?	2	Distribución de las instalaciones de atención de aborto seguro	Número de instalaciones que entregan atención de aborto seguro básica e integral en las sub-áreas nacionales	Mínimo: 100% de las sub-áreas nacionales tienen niveles adecuados de atención de aborto según lo recomendando en el indicador 1.
¿Qué proporción de los servicios para mujeres con	3	Proporción de mujeres tratadas por	Numerador: número de mujeres con complicaciones	Con el tiempo, un porcentaje decreciente de

complicaciones obstétricas está destinado a complicaciones de aborto?		complicaciones obstétricas relacionadas con el aborto	de aborto tratadas en una instalación en un período de tiempo. Denominador: número de mujeres con complicaciones obstétricas tratadas en una instalación en el mismo período de tiempo.	mujeres con complicaciones de aborto
¿Cuán comunes son las complicaciones graves de aborto?	4	Proporción de mujeres tratadas por complicaciones graves de aborto	Numerador: número de mujeres con complicaciones graves de aborto tratadas en una instalación en un período de tiempo. Denominador: número de mujeres con cualquier complicación de aborto tratadas en una instalación en el mismo período de tiempo.	Con el tiempo, un porcentaje decreciente de mujeres con complicaciones graves de aborto
¿En qué medida se proveen abortos inducidos?	5	Proporción de mujeres recibiendo servicios de aborto* que reciben procedimientos inducidos. *Servicios de aborto incluye el tratamiento de complicaciones de aborto (tanto de abortos espontáneos como inducidos) y la práctica de abortos inducidos.	Numerador: número de mujeres que reciben procedimientos de aborto inducido en una instalación en un período de tiempo. Denominador: número de todas las mujeres que reciben servicios de aborto en la instalación en el mismo período.	Con el tiempo, un cambio hacia una mayor proporción de mujeres que reciben abortos inducidos como parte de todos los servicios de aborto en la instalación. Nivel recomendado: aproximándose al 100%
¿Se están usando tecnologías apropiadas?	6	Proporción de evacuaciones uterinas realizadas con tecnologías adecuadas	Numerador: Número de procedimientos de evacuación uterina realizados con tecnología apropiada en una instalación en un período de tiempo. Denominador:	Con el tiempo, un cambio hacia una mayor proporción de procedimientos realizados con la tecnología adecuada según las recomendaciones de la WHO. Nivel

			número de todos los procedimientos de evacuación uterina realizados en la instalación en el mismo período.	recomendado: 100%
¿Se proporciona métodos anticonceptivos a las mujeres que han recibido servicios de aborto antes de ser dadas de alta de la instalación?	7	Proporción de mujeres recibiendo servicios de aborto que reciben métodos anticonceptivos	Numerador: Número de mujeres recibiendo servicios de aborto que reciben un método anticonceptivo moderno antes de abandonar la instalación en un período de tiempo. Denominador: número de mujeres recibiendo servicios de aborto en la instalación en el mismo período de tiempo.	Al menos el 60% de las mujeres que reciben servicios de aborto

Tabla 30 Indicadores para monitorear la disponibilidad y el uso de los servicios de atención de aborto. Elaboración propia en base a (Counting abortions so that abortion counts: Indicators for monitoring the availability and use of abortion care services, 2006)

En general, se observa en estos indicadores la misma falta de rigurosidad en las definiciones que ha sido señalada en los indicadores anteriores. Por ejemplo, la descripción detallada del indicador 2 *Distribución de las instalaciones de atención de aborto seguro* involucra el tiempo que le toma a las mujeres acceder a las instalaciones de aborto y no se especifica si esto debe evaluarse según el promedio ponderado o la distribución de los tiempos de acceso; desde luego, también, conocer esta información requiere otros estudios que se distancian un poco del aborto y que pueden ser costosos de realizar. Así, si bien se considera muy relevante que los servicios de aborto sean accesibles para la comunidad, una buena estimación del indicador no es tan directa ni relacionada con el servicio mismo de aborto como pareciera.

Las autoras destacan también la influencia que tienen los factores políticos y sociales en la práctica de aborto, por lo que sugieren también monitorearlos, aunque con menor frecuencia que el monitoreo de lo que ocurre dentro de las instalaciones, debido a los tiempos más largos de cambio. Dentro de los aspectos sociales y políticos sugieren considerar las leyes de aborto, las políticas del sistema de salud, el apoyo o la oposición política a mejorar la atención de aborto, las actitudes frente al aborto y la accesibilidad de los servicios de anticoncepción (Counting abortions so that

abortion counts: Indicators for monitoring the availability and use of abortion care services, 2006).

Posteriormente, las autoras testean los indicadores en países. A continuación, se sintetizan los resultados más relevantes. Respecto a los indicadores 1 y 2, relacionados con la distribución geográfica de las instalaciones, encuentra que es improbable que la entrega de servicios de aborto seguro requiera de nuevas instalaciones y es suficiente con mejorar la infraestructura existente, capacitar a los profesionales y actualizar las políticas y orientaciones de salud —comparación hecha entre países con diferentes leyes de aborto, geografía y tamaño poblacional—; por otro lado, si los servicios de aborto se concentran solo en una instalación con servicio integral, la carga de trabajo por estos se quintuplica, versus distribuirlos en instalaciones con servicios básicos e integrales. En cuanto a la recepción de métodos anticonceptivos en la atención post aborto, estos en general son ampliamente aceptados —entre 50% y 87%— y en un caso —Zimbabue— se encontró, en un año, que previno los embarazos no planificados y abortos repetidos en las mujeres que los aceptaron versus las que no.

Para continuar, las autoras enfatizan la diferencia conceptual entre los servicios de emergencia obstétrica —centrado en las mujeres ya embarazadas— y los servicios de aborto —destinado a las mujeres que buscan prevención y tratamiento del embarazo—. Además, reconocen la debilidad de los indicadores propuestos para integrar los abortos desarrollados con métodos médicos. Por último, concluyen la importancia de monitorear los servicios de aborto seguro para medir su impacto, especialmente en relación con disminuir la mortalidad materna, pero también entendidos como necesidades de salud reproductiva (Counting abortions so that abortion counts: Indicators for monitoring the availability and use of abortion care services, 2006).

Anexo AD: Evaluating Abortion-care Programs: Old Challenges, New Directions

Este trabajo, publicado el 2005 por Janie Benson en *Studies in family planning*, se centra en la evaluación de los programas de aborto, la que —dice— tanto los gobiernos nacionales como las organizaciones internacionales han descuidado. En este sentido, provee un marco conceptual para evaluar resultados intermedios: leyes y políticas, el comportamiento de búsqueda de atención de las mujeres y, la calidad, el acceso y el uso de los servicios; todos para los que entrega indicadores. Luego ejemplifica con algunos países que han tenido un acercamiento exitoso a la evaluación y termina con recomendaciones para el mejoramiento de infraestructura,

disponibilidad de recursos y compromiso político con la evaluación de los programas de aborto seguro.

Las estimaciones de la Organización Mundial de la Salud (*WHO*) al año 2004 eran que alrededor de 46 millones de mujeres experimentaban un aborto inducido, de los que 36 millones se producían en países no desarrollados, es decir, un 78,3%. Del total, 19 millones (es decir, un 41,3%) eran considerados inseguros, en el sentido de que eran practicados por personal sin entrenamiento y en condiciones antihigiénicas. Según Ahman & Shah (2002), la mayor parte de los abortos inseguros se practican en los países no desarrollados. Si bien los abortos practicados en condiciones seguras tienen una baja tasa de complicaciones, los abortos inseguros pueden provocar hemorragias, septicemia, morbilidades crónicas (como dolor pélvico e infertilidad) y la muerte de la mujer. Así, a nivel mundial, los abortos inseguros representaban alrededor del 13% de la mortalidad materna, siendo esta proporción aún más alta en algunos países y regiones. Las mujeres pobres, jóvenes o que sufren otro tipo de marginalización, son todavía más afectadas (OMS 2003) (*Evaluating Abortion-Care Programs: Old Challenges, New Directions*, 2005).

Benson define el cuidado post aborto como el tratamiento de emergencia a complicaciones de abortos inseguros inducidos y de abortos espontáneos; y menciona también los servicios de anticoncepción post aborto. A la vez que ambos han aumentado, en distinta proporción en los distintos países del mundo y dependiendo de la regulación vigente, poco seguimiento se ha hecho a tales programas. Disponer de datos sobre la evaluación de los programas ayudaría a aumentar el número y el tipo de personas comprometidas con el mejoramiento de los programas de cuidado de aborto y a disminuir la estigmatización del aborto (*Evaluating Abortion-Care Programs: Old Challenges, New Directions*, 2005).

Benson plantea que el monitoreo y la evaluación de las políticas y programas de aborto debieran incluir indicadores como acceso al servicio, calidad del servicio, cantidad de casos de aborto y post aborto, cambios en la morbilidad y mortalidad asociadas al aborto. Sin embargo, reconoce que esta información es casi inexistente, especialmente en los países en desarrollo, debido a estadísticas de salud débiles, la dificultad de evaluar calidad de servicio y su impacto sobre morbilidad y mortalidad; que el aborto sea una práctica estigmatizada no facilita la recolección de datos (*Evaluating Abortion-Care Programs: Old Challenges, New Directions*, 2005).

Propone, entonces, un marco conceptual basado en resultados intermedios con la premisa de que si las mujeres que buscan interrumpir un embarazo cuentan

con servicios de aborto y atención post aborto seguros, será menos probable que experimenten complicaciones y en consecuencia mueran; y también, que la entrega de métodos anticonceptivos como parte de la atención post aborto, reduce los embarazos no deseados y la recurrencia a servicios de aborto inseguro (Evaluating Abortion-Care Programs: Old Challenges, New Directions, 2005).

La propuesta de resultados intermedios se basa también en que las mujeres conocen las opciones disponibles, tienen un comportamiento positivo frente a la búsqueda de servicios de aborto seguro y se sienten con el derecho de acceder a estos. Asimismo, las instalaciones clínicas deben contar con el equipamiento, los insumos y los profesionales capacitados —tanto en procedimientos técnicos como en consejería— necesarios para entregar los servicios (Evaluating Abortion-Care Programs: Old Challenges, New Directions, 2005).

Los resultados intermedios propuestos se consideran un paso previo y necesario para la consecución de los resultados de largo plazo (Evaluating Abortion-Care Programs: Old Challenges, New Directions, 2005).

Cabe destacar que Benson se basa en las legislaciones y programas de países que permiten el aborto sin restringir sus causales, admitiendo sistemas de plazos o, con causales más flexibles, como por razones socioeconómicas o para preservar la salud mental de la mujer. Así, en este contexto, los resultados finales que se esperan de las políticas y servicios de aborto seguro son (Evaluating Abortion-Care Programs: Old Challenges, New Directions, 2005):

1. Reducir la morbilidad y mortalidad por abortos inseguros.
2. Asegurar la elección reproductiva de las mujeres que enfrentan un embarazo no deseado.
3. Reducir la incidencia de embarazos no deseados repetidos y abortos inseguros.

En el caso de Chile, donde el aborto está despenalizado en solo tres causales extremas desde el 2017, corresponde entender que los objetivos de la ley chilena apuntan a prevenir a las mujeres de la mortalidad materna sin suponer necesariamente —en las causales 1 y 2— que se someterán a un aborto inseguro, lo que es similar al resultado final 1. La tercera causal, violación, se aproxima al resultado final 2 y se puede entender que también contribuye al resultado final 1. Sin embargo, dado que fuera de las tres causales el aborto es completamente ilegal, sería incorrecto interpretar la Ley 21.030 como una que busca disminuir los abortos inseguros o respetar los deseos reproductivos de las mujeres.

Benson plantea el siguiente diagrama, figura 10 donde se muestran las relaciones entre los elementos ya mencionados y los que son propuestos como indicadores de evaluación.

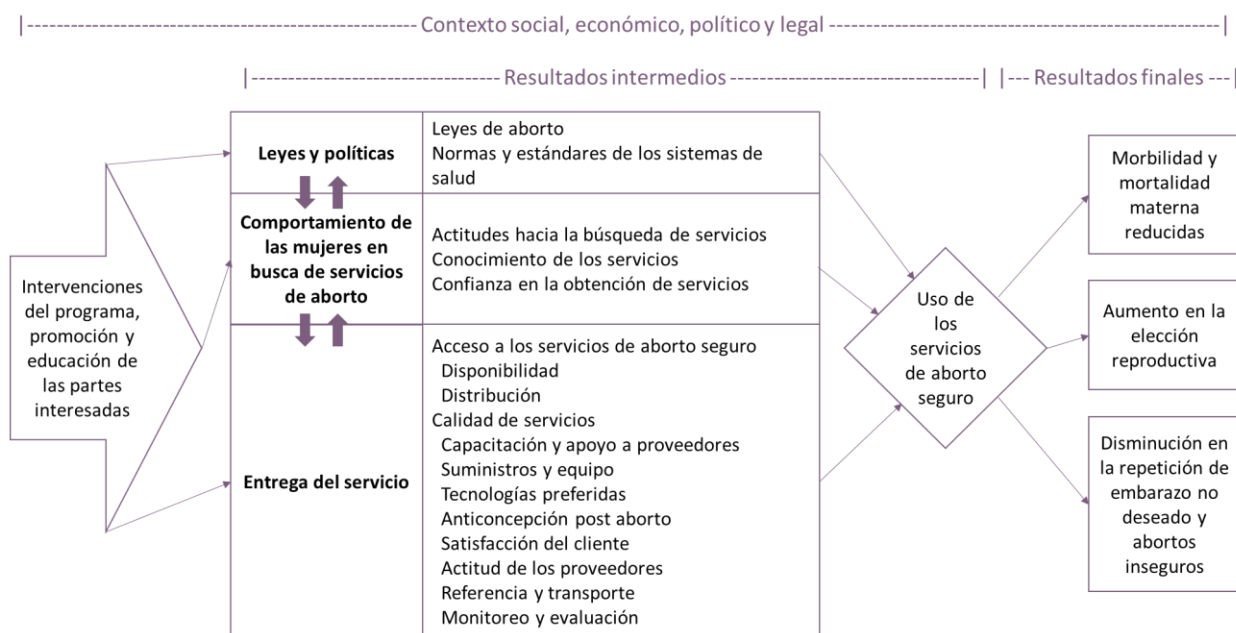


Figura 10 Evaluación de aborto basada en resultados intermedios. Elaboración y traducción propia en base a (Evaluating Abortion-Care Programs: Old Challenges, New Directions, 2005)

La medición de resultados finales es difícil de lograr. En los casos de morbilidad y mortalidad materna, medirlas con precisión es un desafío en sí mismo, ya que confluyen diversos factores y se requieren largos períodos de tiempo; pese a que la relación entre el aborto seguro y la disminución en la mortalidad materna es clara, porque el aborto inseguro es una de sus cinco principales causas. La elección reproductiva representa dificultades por la definición de elección que se tome y por cómo esta se ve influida por la subjetividad de la mujer y el entorno legal y cultural en que esté inmersa. Por último, dado que los abortos inseguros son clandestinos, disponer de datos confiables es aún más difícil (Evaluating Abortion-Care Programs: Old Challenges, New Directions, 2005).

Entonces se sugieren dos enfoques evaluativos. Por un lado, la noción de *indicadores de proceso* en el sentido de disponibilidad, uso y calidad de los servicios de urgencia obstétrica. Y, por otro lado, indicadores que reflejen el conocimiento, las actitudes y uso de las mujeres en relación con los servicios de aborto (Evaluating Abortion-Care Programs: Old Challenges, New Directions, 2005).

En función de lo anterior, Benson propone evaluar los siguientes resultados intermedios (Evaluating Abortion-Care Programs: Old Challenges, New Directions, 2005):

- Leyes y políticas
- Comportamiento de las mujeres en busca de servicios de aborto
- Entrega del servicio
 - Acceso a servicios de aborto seguro
 - Calidad del servicio
 - Uso de los servicios de aborto seguro

Los resultados de *Leyes y políticas* tienen que ver con el contexto legal y político en que se desarrolla el programa a evaluar, no solo en aspectos legislativos, sino también en la voluntad política de sus representantes y en todas las modificaciones presupuestarias y administrativas que sean necesarias para una completa incorporación e implementación del nuevo programa. Se mencionan como aspectos relevantes de medir el grado de restrictividad de la ley, la restrictividad de la política en cuanto a los requisitos prácticos que tiene que puedan ser barreras (por ejemplo, que solo profesionales médicos altamente capacitados en hospitales estén autorizados a practicar procedimientos que podrían desarrollarse por profesionales de menor rango, como matronas, en la red de atención primaria o más cercana a las mujeres) y la visibilidad pública de la política de aborto. Dentro de las dificultades de medir resultados de *Leyes y políticas* se encuentran el carácter de largo plazo que suelen tener los cambios en estas materias, la variedad de actividades y actores involucrados, las diferencias entre los resultados deseados y las diferencias prácticas entre países (Evaluating Abortion-Care Programs: Old Challenges, New Directions, 2005).

En cuanto al comportamiento de las mujeres, este se relaciona con el conocimiento que tienen de las leyes, especialmente si estas son nuevas o restrictivas; de cómo ha sido su experiencia y de quiénes son sus figuras significativas en los procesos de aborto (Evaluating Abortion-Care Programs: Old Challenges, New Directions, 2005).

La entrega del servicio distingue tres categorías: acceso, calidad y uso. El acceso, relacionada con cuántas mujeres acceden, dónde y quiénes son, a la vez que cuántos, cómo son y dónde están los proveedores de los servicios de aborto y, también, disminuir las barreras de acceso (Evaluating Abortion-Care Programs: Old Challenges, New Directions, 2005).

La calidad del servicio se relaciona con los tratamientos y atenciones que reciben las mujeres, de acuerdo con un estándar de calidad que se basa en: i) competencias técnicas; ii) tecnologías preferidas para la atención de aborto; iii) equipamiento, insumos y medicamentos; iv) información y consejería entregada a las pacientes y; v) calidad de las interacciones entre las pacientes con los proveedores de servicios y de estos con su equipo. Adicionalmente a los indicadores presentados en la tabla 17 (siguiente), se sugiere monitorear la capacidad de las instalaciones para transportar y estabilizar a las pacientes con complicaciones de aborto severas, el contenido de la información entregada durante la consejería y los métodos anticonceptivos disponibles, el tiempo de la estancia total de las pacientes en la instalación y el de espera. Se presenta también la tasa de letalidad de aborto (CFR¹⁰⁵) —cantidad de muertes por complicaciones de abortos / cantidad de ingresos por complicaciones de aborto— en cada instalación como un indicador que se debe interpretar con cuidado —porque los valores en el numerador suelen ser bajos y entonces el resultado puede variar fácilmente sin significar mucho— pero potencialmente valioso; un CFR bajo no es necesariamente una buena señal, pero un CFR alto sí refleja problemas. Dentro de los métodos recomendados para evaluar calidad se encuentran la revisión de registros médicos, entrevistas con los equipos médicos y pacientes, observación de los servicios y la supervisión de la administración de las instalaciones; entre las dificultades para aplicarlas se encuentran la confidencialidad de las pacientes y el estrés que algunas experimentan. Por último, se menciona la existencia de un instrumento de mejora de desempeño desarrollado por Ipas que se basa en la observación de la entrega de atención con criterios definidos, su graduación y en base a los puntajes se identifican debilidades (Evaluating Abortion-Care Programs: Old Challenges, New Directions, 2005).

El uso se refiere a registrar la información que de manera agregada permita comprender quiénes son las mujeres que están accediendo a los servicios de aborto, con qué sintomatología y qué servicios de aborto se les están proporcionando. Se advierte que, si bien esta información debería ser más fácil de obtener, suele haber inconvenientes, como que las muertes por aborto se clasifican con códigos de otras causas —por ejemplo, hemorragia e infección—. Al mismo tiempo, se reconoce que la interpretación de cualquiera de estos datos es confusa: más abortos puede significar mayor cobertura o mayor demanda por una falla en los usos de anticonceptivos y, menos abortos no necesariamente significan una disminución en la demanda por el servicio; de forma similar, un aumento en las complicaciones puede ser tanto mujeres con casos que antes no llegaban, como el desenlace de abortos inseguros. Por último, enfatiza que para evaluar programas son más útiles y

¹⁰⁵ *Case fatality rate.*

factibles las mediciones de los casos de aborto inducido y atención post aborto, de acceso y calidad del servicio, que de la proporción de abortos inseguros y seguros practicados (Evaluating Abortion-Care Programs: Old Challenges, New Directions, 2005).

En base a todo lo anterior, se sugieren los siguientes indicadores (Evaluating Abortion-Care Programs: Old Challenges, New Directions, 2005):

Resultados intermedios	Nº	Indicador recomendado
Leyes y políticas	1	Grado de restrictividad de la ley de aborto
	2	Grado de restrictividad políticas, regulaciones y guías de entrega del servicio de aborto
		<i>Puntos de referencia para la reforma de leyes nacionales, tales como:</i>
	3	Formación de grupos de defensa de las partes interesadas
	4	Declaraciones públicas de apoyo emitidas por funcionarios públicos
	5	Número / tipo de eventos públicos enfocados en el aborto
		<i>Puntos de referencia para la reforma de las políticas del sistema nacional de salud, tales como:</i>
	6	Rango de proveedores autorizados para realizar evacuación uterina
	7	Incorporación de servicios de aborto al plan de estudios en la educación previa al servicio y durante este para médicos y proveedores de nivel medio
	8	Adición de tecnologías de servicios de aborto a las listas de suministros médicos del Ministerio de Salud
	9	Disponibilidad de servicios de aborto subsidiados o gratuitos para mujeres pobres
	Comportamiento de las mujeres en busca de servicios de aborto	10
11		Adopción de guías para servicios de aborto seguro
12		Adopción de acuerdos mundiales relacionados con el aborto
13		Número o porcentaje de mujeres en edad reproductiva con conocimientos precisos de las leyes de aborto

	14	Número o porcentaje de mujeres con actitudes positivas hacia la búsqueda de servicios de aborto
	15	Número o porcentaje de mujeres en edad reproductiva que pueden identificar una fuente cercana de servicios de aborto seguro
	16	Barreras económicas, geográficas y culturales percibidas por las mujeres a los servicios de aborto seguro
Acceso a los servicios de aborto seguro	17	Número o porcentaje de sitios que brindan servicios de aborto seguro, por tipo de establecimiento y distribución geográfica
	18	Número o porcentaje de profesionales capacitados en servicios de aborto seguro, por categoría y distribución geográfica
Calidad de los servicios de aborto	19	Porcentaje de sitios de servicios de aborto que cumplen con un estándar definido de calidad
	20	Porcentaje de procedimientos de aborto realizados con tecnologías preferidas (aspiración manual por vacío, aspiración eléctrica, aborto con medicamentos)
	21	Porcentaje de pacientes de aborto que reciben asesoramiento y métodos anticonceptivos
	22	Porcentaje de mujeres que reciben asesoramiento, métodos de barrera y derivaciones para servicios relacionados con el VIH
	23	Porcentaje de pacientes postaborto tratados dentro de las dos horas posteriores a su llegada al establecimiento de salud
	24	Tasas de letalidad por aborto dentro de los sitios de servicio
	25	Satisfacción de las pacientes con los servicios de aborto
Uso de los servicios de aborto seguro	26	Número de procedimientos de aborto inducido
	27	Número de ingresos por tratamiento de complicaciones del aborto
	28	Características clínicas y de otro tipo de las usuarias de abortos
	29	Porcentaje de todos los abortos inducidos que se realizan de forma segura
	30	Porcentaje de todas las complicaciones del aborto que se tratan en un establecimiento de salud

Tabla 31 Indicadores basados en resultados intermedios. Elaboración propia en base a (*Evaluating Abortion-Care Programs: Old Challenges, New Directions, 2005*)

Se observa que los indicadores no son presentados con la rigurosidad sugerida en el marco teórico, e incluso sin escala de evaluación los que no involucran cantidades, como el 1 y 2. No obstante, se considera que se refieren a elementos relevantes, por lo que son, en principio, aceptados como potenciales indicadores, que deberán ser adaptados y definidos con mayor precisión en el contexto que serán usados.

El uso de los resultados intermedios y de los indicadores en el desarrollo de instrumentos de este trabajo, requiere que estos sean adaptados al contexto chileno para la evaluación de, principalmente, la Ley 21.030. Así, algunos de ellos no corresponden a la ley en ninguna de sus causales; otros deben limitarse a ser aplicables solo en alguna(s) de las causales; otros, en lugar de ser considerados a nivel nacional, deben limitarse al centro de salud en estudio de caso y, por último, la información disponible hace que algunos sean imposibles de calcular, por lo que son descartados.

Los indicadores 1 *Grado de restrictividad de la ley de aborto* y 2 *Grado de restrictividad políticas, regulaciones y guías de entrega del servicio de aborto* tienen un equivalente planteado por *Measure Evaluation* que será presentado más adelante e incluye una escala, por lo que será discutido ahí.

Los indicadores 3 *Formación de grupos de defensa de las partes interesadas*; 4 *Declaraciones públicas de apoyo emitidas por funcionarios públicos*; 10 *Monto o porcentaje del presupuesto de salud dedicado a los servicios de aborto*; *aumentos en los recursos disponibles* y 22 *Porcentaje de mujeres que reciben asesoramiento, métodos de barrera y derivaciones para servicios relacionados con el VIH* —este indicador es muy similar al 21, pero por estar escrito para las mujeres, en general, en lugar de para las pacientes de aborto, no se le da urgencia porque la Ley 21.030 no está destinada a todas las mujeres— parecen relevantes de tener en consideración como elementos de las políticas pública de aborto y las dimensiones que más adelante serán definidas, pero su monitoreo no parece prioritario porque no están directamente asociados a los resultados y objetivos más relevantes.

El indicador 5 *Número / tipo de eventos públicos enfocados en el aborto* es relevante si hay un plan de comunicaciones centrado en estos. Sin embargo, si los eventos públicos sobre aborto no están al centro de la estrategia respondiendo a objetivos definidos —que podrían ser informar a las mujeres, a la comunidad en general o a los profesionales— su monitoreo no se recomienda porque no serían clave para la consecución de objetivos y probablemente tampoco habría mucho que hacer

al respecto. En general, se recomienda que el monitoreo esté orientado a seguir indicadores asociados a objetivos previamente definidos y que apoyen la toma de decisiones —sobre variables controlables—. Si, por ejemplo, fuera parte de la estrategia de comunicaciones dar a conocer la política de aborto entre la población escolar del país, ciertamente serían relevantes la cantidad de instancias desarrolladas y la cantidad de alumnas asistentes. Se sugiere que en el mediano plazo este sea un indicador relevante.

El indicador 11 *Adopción de guías para servicios de aborto seguro*, de forma similar al anterior, es relevante con algunos ajustes. Ya que los estándares nacionales existen en Chile a través de la Norma Técnica Nacional y las Orientaciones Técnicas —las que también hacen referencia a otros estándares no exclusivos a la IVE—, la adopción de los estándares debería ser evaluada por un consejo externo al centro de salud mismo, ya que el autoreporte de adopción o cumplimiento probablemente viene sesgado, lo que lo hace poco confiable. Sin embargo, los esfuerzos que implica el desarrollo de una evaluación nacional objetiva son altos, por lo que este indicador no se sugiere prioritariamente. En su lugar, algunos resultados o procedimientos específicos de medición más fácil y económica podrían reportar información similar. El indicador 19 *Porcentaje de sitios de servicios de aborto que cumplen con un estándar definido de calidad* tiene una complejidad similar.

Los indicadores 6 *Rango de proveedores autorizados para realizar evacuación uterina*; 7 *Incorporación de servicios de aborto al plan de estudios en la educación previa al servicio y durante este para médicos y proveedores de nivel medio*; 12 *Adopción de acuerdos mundiales relacionados con el aborto*; 29 *Porcentaje de todos los abortos inducidos que se realizan de forma segura* y 30 *Porcentaje de todas las complicaciones del aborto que se tratan en un establecimiento de salud* serán adaptados a la situación chilena y se sugiere que sean monitoreados en el mediano plazo.

Los indicadores 8 *Adición de tecnologías de servicios de aborto a las listas de suministros médicos del Ministerio de Salud*; 9 *Disponibilidad de servicios de aborto subsidiados o gratuitos para mujeres pobres*; 13 *Número o porcentaje de mujeres en edad reproductiva con conocimientos precisos de las leyes de aborto*; 14 *Número o porcentaje de mujeres con actitudes positivas hacia la búsqueda de servicios de aborto*; 15 *Número o porcentaje de mujeres en edad reproductiva que pueden identificar una fuente cercana de servicios de aborto seguro*; 16 *Barreras económicas, geográficas y culturales percibidas por las mujeres a los servicios de aborto seguro*; 17 *Número o porcentaje de sitios que brindan servicios de aborto seguro, por tipo de establecimiento y distribución geográfica*; 18 *Número o porcentaje de profesionales capacitados en servicios de aborto seguro, por*

categoría y distribución geográfica; 20 Porcentaje de procedimientos de aborto realizados con tecnologías preferidas (aspiración manual por vacío, aspiración eléctrica, aborto con medicamentos); 21 Porcentaje de pacientes de aborto que reciben asesoramiento y métodos anticonceptivos —este indicador es muy relevante como prestación esencial de la atención post aborto, sin embargo, debe tenerse en cuenta que las causales que se constituyen en la Ley 21.030 no se justifican por ser embarazos no planificados, aunque algunos puedan serlo, por lo que no debería esperarse que la entrega y el uso de anticonceptivos tenga un impacto fuerte en las causales constituidas—; 24 *Tasas de letalidad por aborto dentro de los sitios de servicio; 25 Satisfacción de las pacientes con los servicios de aborto; 26 Número de procedimientos de aborto inducido; 27 Número de ingresos por tratamiento de complicaciones del aborto y 28 Características clínicas y de otro tipo de las usuarias de abortos* se sugiere que sean monitoreados de forma inmediata. Asimismo, es importante que sean contenidos con integralidad y no solo por cumplir. Esto quiere decir, por ejemplo, -indicador 9- que las mujeres dispongan del acceso completo a los servicios de aborto de forma gratuita, lo que incluye los exámenes necesarios para constituir causales en la primera y segunda causal y no solo la gratuidad en el procedimiento de aborto mismo. Como ya fue expuesto, las mujeres asumen los costos de desplazamiento y ausencias al trabajo, entre otros, a los que no deberían sumarse costos médicos. En otras palabras, al hablar de los servicios gratuitos deben tenerse en cuenta todas las etapas médicas o de responsabilidad de los centros de salud y el indicador debería medir eso (costo total y no parcial).

El indicador 23 *Porcentaje de pacientes postaborto tratados dentro de las dos horas posteriores a su llegada al establecimiento de salud* es muy relevante pero incalculable en Chile, ya que no tiene relación con nada. Sin embargo, una variación que se adapte a que la atención de aborto se realiza dentro de horas de llegada al establecimiento de salud es una meta sugerida y en ese caso un indicador monitoreable.

Para finalizar, Benson elabora recomendaciones de naturaleza técnica y política:

- Incorporar mediciones de aborto en los sistemas de información del sistema de salud y en el monitoreo de servicios.
- Ampliar los estudios de evaluación relacionados con el aborto.
- Mejorar los esfuerzos para monitorear cambios en la política.
- Ampliar la difusión y el uso de los resultados de la evaluación.
- Aumentar el compromiso de recursos y apoyo político para los servicios de aborto, incluida su evaluación.

En general, todas las recomendaciones son aplicables a Chile.

Anexo AE: Safe abortion: technical and policy guidance for health systems. Second edition.

La segunda edición de la guía técnica y de políticas para sistemas de salud para el aborto seguro de la Organización Mundial de la Salud (*WHO*) presenta en su tercer capítulo, *Planificación y administración para la atención de aborto seguro*, subsección *Monitoreo, evaluación y mejoramiento de la calidad* 11 indicadores para estos fines, los que se presentan en la tabla 18 a continuación:

INDICADORES PARA LA ATENCIÓN DE ABORTO SEGURO						
Área	Sub-área	Nº	Indicador	Tipo de medida	Tipo de indicador	Fuente de los datos
Acceso	Disponibilidad	1	Número de instalaciones que ofrecen servicios de aborto sin riesgos cada 500.000 habitantes	Índice	Adicional	Sistemas de información de salud
Acceso	Disponibilidad	2	Proveedores de salud capacitados para proporcionar servicios de aborto sin riesgos con todo el alcance de la ley	Porcentaje	Adicional	Encuesta (instalación)
Acceso	Disponibilidad	3	Población que vive dentro de las 2 horas de viaje de una instalación que presta servicios de aborto sin riesgos	Porcentaje	Adicional	Encuesta (población)
Acceso	Información	4	Población con conocimientos correctos del estado legal del aborto	Porcentaje	Adicional	Encuesta (población)
Acceso	Información	5	Personal de la salud con conocimientos correctos del estado legal del aborto	Porcentaje	Adicional	Encuesta (instalación)
Acceso	Calidad	6	Puntos de prestación de servicio que usan los métodos	Porcentaje	Adicional	Encuesta (instalación)

			recomendados por la OMS para el aborto inducido			
Acceso	Calidad	7	Puntos de prestación de servicio que usan los métodos recomendados por la OMS para el tratamiento de las complicaciones del aborto	Porcentaje	Adicional	Encuesta (instalación)
Resultados	Impacto	8	Admisiones obstétricas y ginecológicas debido al aborto	Porcentaje	Central	Sistemas de información de salud
Resultados	Impacto	9	Índice de hospitalización para el aborto seguro cada 1000 mujeres	Índice	Adicional	Sistemas de información de salud
Resultados	Impacto	10	Abortos cada 1.000 nacidos vivos	Proporción	Central	Sistemas de información de salud; Encuesta (población)
Resultado	Impacto	11	Muertes maternas atribuidas al aborto	Porcentaje	Central	Sistemas de información de salud; Encuesta (especial); Registros vitales

Tabla 32 Indicadores para la atención de aborto seguro. Elaboración propia en base a (World Health Organization, Department of Reproductive Health and Research, 2012)

Como preguntas y temas relevantes para la evaluación periódica de los servicios de aborto se plantean (World Health Organization, Department of Reproductive Health and Research, 2012):

- Acceso a los servicios de aborto seguro, en cuanto a:
 - Motivos en que el aborto inducido es legal
 - Costo de los servicios de aborto para las mujeres
 - Requerimiento de autorización de terceros para que las mujeres tengan un aborto
- Disponibilidad de los servicios de aborto seguro:
 - Suficiencia de las instalaciones que proveen servicios de aborto
 - Costos de la instalación para la entrega de servicios de aborto
 - Disponibilidad de estadísticas de aborto

- Métodos de aborto disponibles y usados antes y después de las 12-14 semanas de gestación (primer trimestre)
- Calidad de la atención
 - Competencias de los proveedores para entregar servicios de aborto
 - Prácticas rutinarias de prevención de infecciones
 - Opciones para el manejo del dolor disponibles y usados
 - Métodos anticonceptivos disponibles y entregados
 - Material informativo, educativo y comunicacional disponible e información entregada de forma rutinaria
 - Oferta de consejería rutinaria
 - Administración efectiva y eficiente de los servicios
 - Sistemas de referencia adecuados
 - Mantención de la privacidad de la mujer en relación con su aborto
 - Protección de la confidencialidad de la mujer en relación con su aborto
 - Minimización de los tiempos de espera en la búsqueda de atención
 - Existencia de otras potenciales barreras de entrega del servicio
 - Perspectiva de las mujeres sobre los servicios de aborto
 - Perspectiva de los proveedores

Anexo AF: Measure Evaluation: Postabortion care

*Measure Evaluation*¹⁰⁶ es un proyecto financiado por *United States Agency for International Development (USAID)*, desarrollado en *University of North Carolina at Chapel Hill*, con el propósito de mejorar la capacidad de los países para recopilar, interpretar y usar datos para mejorar sus sistemas de salud, que tiene entre sus líneas de trabajo Planificación Familiar y Salud Reproductiva.

La Planificación Familiar (FP) se presenta como una de las inversiones más beneficiosas y rentables en la salud mundial. Se relaciona el acceso de las mujeres que no quieren quedar embarazadas a las prestaciones de FP con menos embarazos no deseados y menos abortos, lo que resulta en menor mortalidad materna e infantil y menor propagación del VIH, entre otros (Measure Evaluation).

¹⁰⁶ www.measureevaluation.org

Measure Evaluation presenta una base de datos de indicadores de Planificación Familiar y Salud Reproductiva, dentro de los que se encuentran (*Measure Evaluation*):

- 2 indicadores vinculados al aborto o post aborto en Ritmo saludable y espaciamiento del embarazo.
- 12 indicadores vinculados al aborto o atención post aborto¹⁰⁷ en Atención post aborto.
- 1 indicador vinculado al aborto en Maternidad segura.

Atención post aborto

Measure Evaluation plantea que las complicaciones de abortos inseguros son un factor importante en la mortalidad y morbilidad materna en los países en desarrollo y que son reconocidas por la comunidad internacional como un problema clave de salud pública. De los aproximadamente 22 millones de abortos inseguros que se producen anualmente, muchos requieren atención médica por complicaciones, las que incluyen productos de la concepción retenidos, que llevan a infecciones, hemorragias, heridas internas y traumas psicológicos. Además, muchas mujeres enfrentan problemas de salud de largo plazo, como dolor crónico, enfermedad inflamatoria pélvica e infertilidad (*Measure Evaluation*).

En este contexto, se entiende por Atención post aborto (PAC) las prácticas críticas —y ampliamente reconocidas— para manejar las complicaciones asociadas a los abortos espontáneos e incompletos y para reducir los abortos repetidos. La atención post aborto ha sido adoptada como una intervención importante para mejorar la salud materna, que fue el quinto de los Objetivos de Desarrollo de Milenio.

La atención post aborto de alta calidad tiene como elementos esenciales (*Measure Evaluation*):

- Asociaciones entre la comunidad y los proveedores de servicios para prevenir embarazos no deseados y abortos inseguros, movilizar recursos para ayudar a que las mujeres reciban atención apropiada y oportuna ante complicaciones de aborto y, asegurar que los servicios de salud reflejen y cumplan las expectativas y necesidades de la comunidad.

¹⁰⁷ *Postabortion care o post abortion care (PAC)*

- Consejería para identificar y responder a las necesidades de salud física y emocional de las mujeres y otras preocupaciones;
- Tratamiento de abortos incompletos e inseguros y complicaciones que potencialmente amenacen la vida de la mujer;
- Servicios de anticoncepción y planificación familiar para ayudar a las mujeres a prevenir embarazos no deseados o espaciar los nacimientos;
- Salud reproductiva y otros servicios de salud que de preferencia se brindan en el lugar o con derivaciones a otras instalaciones accesibles de la red de proveedores.

Respecto a los indicadores, para cada uno se presenta su nombre, definición, datos requeridos, fuentes de datos, propósito y problemas; e implicancias de género si corresponden. Por otro lado, se reconoce que algunos de los indicadores de atención post aborto no tienen una dirección numérica deseada; es decir, el aumento o disminución de estos indicadores tiene interpretación ambigua. Por ejemplo, atender a una mayor cantidad de mujeres por complicaciones de aborto puede significar que el programa está siendo accesible para las mujeres —lo que sería bueno— o que más abortos se están desarrollando en malas condiciones —y entonces resultando en complicaciones, lo que sería malo—. A la luz de esto, se plantean indicadores centrados en la disponibilidad y la calidad de los servicios, antes que en el acceso a estos (Measure Evaluation). En este sentido, se puede identificar un enfoque que coincida con los indicadores asociados a los componentes y actividades —niveles más bajos— de la lógica vertical y lo que sucede en las bases de la implementación.

Paralelamente, dada la restrictividad —incluso ilegalidad— de las políticas y los servicios de aborto en muchos países, es probable que la recopilación de datos para formar los indicadores sea limitada. Esto incluye que los proveedores de servicios no lleven un registro de las usuarias de atención post aborto, de las técnicas de interrupción empleadas para tratar complicaciones y que no reporten la cantidad de complicaciones tratadas; incluso, un listado de los proveedores de servicios de atención post aborto puede ser difícil de elaborar. Esto se debe, a veces, a la creencia errada de que la atención post aborto es ilegal. Además, la recopilación se dificulta porque muchas veces las atenciones relacionadas con aborto se registran como hemorragias o infecciones, lo que hace que posteriormente relacionarlas al aborto sea difícil (Measure Evaluation).

Por otro lado, aunque existen técnicas para evaluar la atención en salud reproductiva, su aplicación a los casos de aborto y post aborto puede ser más compleja, debido a los deseos de confidencialidad y al posible estrés que

experimentan las mujeres en estas situaciones, así como a la irregularidad y urgencia con que estos casos se presentan. En los países subdesarrollados, es menos usual que los sistemas de salud cuenten con lineamientos y protocolos de atención post aborto. Así, determinar el impacto de los abortos inseguros en la mortalidad y morbilidad materna es casi imposible (Measure Evaluation).

A continuación, la tabla 19 numera y presenta los indicadores, su nombre, definición y fórmula si corresponde (Measure Evaluation).

INDICADORES		
n°	Nombre	Definición
1	Estado legal del aborto	Las restricciones legales que establecen las circunstancias bajo las que una mujer puede interrumpir legalmente un embarazo
		Cinco grados de restrictividad de las leyes de aborto (CRLP ¹⁰⁸ , 1999): <ol style="list-style-type: none"> 6. El aborto está permitido sin restricción de motivos; 7. El aborto está permitido por motivos socioeconómicos¹⁰⁹ 8. El aborto está permitido para proteger la salud mental de la mujer, así como su vida y salud física¹¹⁰ 9. El aborto está permitido para proteger la vida y la salud física de la mujer¹¹¹ 10. El aborto está permitido solo para salvar la vida de la mujer o el procedimiento está completamente prohibido.
2	Estado de las políticas de aborto	El entorno político sobre aborto
		Se entiende por políticas las leyes de aborto y también las regulaciones, orientaciones, disposiciones financieras y prácticas tradicionales que afectan la entrega de los servicios de aborto y atención post aborto; sean escritas o no y que pueden aclarar cómo se operacionalizan y proveen los servicios en el sistema de salud.
		Las políticas de aborto se pueden evaluar con cuatro grados de restrictividad:

¹⁰⁸ Center for Reproductive Law and Policy

¹⁰⁹ Estas leyes permiten considerar los recursos económicos de la mujer, su edad, su estado civil y el número de hijos vivos (Measure Evaluation).

¹¹⁰ La interpretación de "salud mental" puede variar en los distintos países y puede incluir la angustia psicológica que padece una mujer que es violada o la tensión severa causada por circunstancias socioeconómicas (Measure Evaluation).

¹¹¹ Tales leyes pueden permitir el aborto por motivos de salud que pueden requerir que la amenaza de daño a la salud sea grave o permanente (Measure Evaluation).

5. Políticas que fomenten una amplia disponibilidad de atención de aborto, con pocas restricciones de acceso;
6. Políticas que permiten que la atención de aborto sea entregada, pero con prestaciones restringidas;
7. Políticas que significativamente restringen el acceso a la atención de aborto;
8. Políticas que prohíben la prestación de atención de aborto, salvo en situaciones excepcionales.

De forma similar, se puede clasificar el apoyo a la atención post aborto en cuatro niveles:

5. Políticas altamente favorables al tratamiento de las complicaciones de aborto, incluidas las de abortos ilegales;
6. Políticas moderadamente favorables a la atención post aborto;
7. Políticas sobre atención post aborto prácticamente inexistentes y la atención entregada es ad hoc y muy variable;
8. Políticas que limitan el acceso de las mujeres a la atención post aborto

3 Abortos cada mil mujeres en edad reproductiva Esta es la tasa de abortos, que representa el número de abortos inducidos que ocurren en un período de referencia específico (por ejemplo, un año) por cada 1.000 mujeres en edad reproductiva (15-44 o 15-49).

$$\frac{\text{\# de abortos}}{\text{Población total de mujeres a mitad de año de 15-44 (o 49) años}} \times 1000$$

4NO Porcentaje de ingresos y ginecológicos por aborto El porcentaje de ingresos a una sala de obstetricia o ginecología en un centro de salud debido a complicaciones relacionadas con el aborto durante un período de referencia (por ejemplo, un año)

$$\frac{\text{ingresos a una sala de obstetricia o ginecología en un centro de salud debido a complicaciones relacionados con el aborto durante un período de referencia}}{\text{total de ingresos a salas obstétricas o ginecológicas}} \times 100$$

5 Número/Porcentaje de puntos de servicio que proveen atención post aborto por tipo y distribución geográfica El número total y porcentaje de puntos de servicio (SDP) que proveen atención post aborto (PAC) por tipo de establecimiento y ubicación geográfica

$$\frac{\text{\# de SDP de un tipo particular que proveen PAC en un área}}{\text{\# total de SDP de ese tipo en esa área}} \times 100$$

6	Número/Porcentaje de profesionales capacitados en atención post aborto por tipo y distribución geográfica	El número total y porcentaje de profesionales capacitados en atención post aborto por tipo de especialidad y ubicación geográfica
$\frac{\text{\# de profesionales de una especialidad en particular en un área capacitados en PAC}}{\text{\# total de profesionales de esa especialidad en esa área}} \times 100$		
7	Porcentaje de puntos de servicio que entregan atención post aborto que cumplen un estándar definido de calidad	Indicadores de Elementos Esenciales de la Atención Post aborto: Alianzas de la comunidad con el proveedor de servicios; Consejería; Tratamiento de abortos incompletos e inseguros; Servicios de anticoncepción y planificación familiar; Otros servicios reproductivos y de salud
$\frac{\text{\# SDP que proveen PAC que cumplen un estándar definido de calidad}}{\text{\# total de SDP que ofrecen PAC}} \times 100$		
8	Porcentaje de mujeres recibiendo atención post aborto que reciben analgésicos antes del procedimiento de evacuación uterina	De las mujeres que recibieron servicios de triaje, estabilización o tratamiento de emergencia por complicaciones relacionadas con un aborto espontáneo o inseguro durante el último año, el porcentaje de mujeres que recibieron analgésicos antes al procedimiento de evacuación uterina
$\frac{\text{\# mujeres que recibieron analgésicos previo a la evacuación uterina}}{\text{\# total de mujeres recibiendo PAC}} \times 100$		
9	Número/porcentaje de puntos de servicio que ofrecen métodos anticonceptivos a usuarias de atención post aborto	El número total y porcentaje y porcentaje de SDP ofreciendo consejería y métodos de planificación familiar a pacientes de atención post aborto
$\frac{\text{\# SDP ofreciendo consejería y métodos de planificación familiar a pacientes PAC}}{\text{\# total de SDP que ofrecen PAC}} \times 100$		
10	Porcentaje de pacientes de atención post aborto que recibieron consejería sobre métodos anticonceptivos	De las mujeres que recibieron servicios de triaje, estabilización o tratamiento de emergencia por complicaciones relacionadas con un aborto espontáneo o inseguro durante el último año, el porcentaje de mujeres que recibieron consejería sobre métodos anticonceptivos antes de abandonar el establecimiento

		$\frac{\# \text{ mujeres que reciben consejería sobre anticoncepción}}{\# \text{ total de mujeres que reciben PAC}} \times 100$
11	Porcentaje de muertes relacionadas con abortos inseguros	La proporción de mortalidad materna que se puede atribuir a abortos inseguros
		$\frac{\# \text{ total de muertes relacionadas con abortos inseguros}}{\# \text{ total de muertes maternas}} \times 100$
12	Porcentaje de pacientes de atención post aborto que abandonaron el establecimiento con un método anticonceptivo	De las mujeres que recibieron servicios de triaje, estabilización o tratamiento de emergencia por complicaciones relacionadas con un aborto espontáneo o inseguro durante el último año, el porcentaje de mujeres que recibieron un método anticonceptivo moderno antes de abandonar el establecimiento
		$\frac{\# \text{ mujeres que recibieron PAC y un método anticonceptivo}}{\# \text{ total de mujeres que recibieron PAC}} \times 100$

Tabla 33 Indicadores Aborto y Atención Post aborto Measure Evaluation. Elaboración propia en base a (Measure Evaluation)

Complementariamente a lo sintetizado en la tabla 33 (anterior), sobre el indicador 1 *Estado legal del aborto* se comenta que, si bien las leyes son relevantes, las políticas asociadas y cómo se implementan pueden ser más relevantes que el contenido mismo de la ley; por ejemplo, pese a el estado legal del aborto, si el acceso es limitado o incierto, las mujeres todavía podrían recurrir al aborto inseguro (como es el caso de India) (Measure Evaluation).

En el caso de Chile, para el indicador 1, *Estado legal del aborto*, la Ley 21.030 se encuentra en el grado 5¹¹² de restrictividad, es decir, lo más restrictivo; ya que los motivos en que se permite el aborto son exclusivamente para proteger la vida de la mujer (primera causal) y violación (tercera causal). No corresponde a restrictividad más baja (4 ni 3), ya que la salud mental y física en general están excluidas de las causales; y la segunda causal está definida en relación con el feto y no con la mujer. Asimismo, es consistente con esta valoración la forma en que el mapa del *Center for Reproductive Rights* representa la Ley de aborto chilena en el contexto internacional.

¹¹² El aborto está permitido solo para salvar la vida de la mujer o el procedimiento está completamente prohibido.

En cuanto al indicador 2, *Estado de las políticas de aborto* y el que podría enunciarse como otro indicador 2.2, *Estado de las políticas de atención post aborto*, cabe destacar que a veces gran parte de la política en la práctica es informal, por lo que los documentos oficiales no son un reflejo de lo que verdaderamente ocurre y para obtener esta información sería mejor hablar con los profesionales que prestan los servicios y los administradores de estos; además de las variaciones territoriales formales que se observan en algunos países. En este sentido, *Measure Evaluation* propone considerar como política lo que verdaderamente ocurre.

En el indicador 2, *Estado de las políticas de aborto*, Chile también se encuentra en el grado más restrictivo, 4¹¹³, respecto a su política de atención de aborto, ya que en principio el aborto solo está permitido en tres situaciones excepcionales, a lo que se suma que la constitución de las causales —que autoriza la realización de abortos— tiene en su implementación múltiples barreras que limitan la cantidad de mujeres que finalmente tienen acceso a estas prácticas; además, la implementación ha sido considerada deficiente —en cuanto a inexistencia de protocolos y malas prácticas, entre otros— por quienes la han monitoreado.

Respecto a la atención post aborto, ni la Ley 21.030 ni la Norma Técnica Nacional se refieren a esta como tal, si bien se contempla la entrega de consejería anticonceptiva y otras prestaciones que pueden ser consideradas atención post aborto. Fuera de la Ley 21.030, las *Orientaciones Técnicas Para la atención integral de mujeres que presentan un aborto y otras pérdidas reproductivas* (Norma General Técnica N° 119) del año 2011, describen prácticas de atención post aborto (Ministerio de Salud, 2011); sin embargo, este documento no contiene explícitamente los términos “clandestino”, “clandestinidad”, “ilegal” ni “inseguro”¹¹⁴, por lo que no hay una referencia explícita a brindar atención a las mujeres que se han sometido a abortos inseguros y podría ser considerada o aplicada como una guía para tratar los abortos espontáneos. Por otro lado, tampoco se menciona el deber de denuncia en relación con la ilegalidad del aborto, donde se combinan el deber de denuncia de los médicos cuando dan cuenta de que ha habido prácticas ilegales¹¹⁵, con el derecho a la confidencialidad de las pacientes. En términos de sanciones, el incumplimiento de este último derecho —confidencialidad del paciente— es más grave que el incumplimiento del primero —deber de denuncia—; por lo que desde un

¹¹³ *Políticas que prohíben la prestación de atención de aborto, salvo en situaciones excepcionales.*

¹¹⁴ Solo se usa el término “inseguros” al citar que el Comité para la Eliminación de la Discriminación Contra la Mujer en 2006 recomendó al Estado de Chile atender las complicaciones derivadas de abortos inseguros.

¹¹⁵ En el Código Penal, el Art 494, 9° define para Faltas (libro tercero – título primero) multas mensuales (de una a cuatro unidades tributarias) para “El facultativo que, notando en una persona o en un cadáver señales de envenenamiento o de otro delito grave, no diere parte a la autoridad oportunamente”. Consulta en <https://www.bcn.cl/leychile/navegar?idNorma=1984> el 22 de diciembre de 2020.

punto de vista médico el incentivo a denunciar no es claro, sin embargo, esto no es de conocimiento general dentro de la comunidad médica¹¹⁶. La Ley 21.030 solo modificó en el Código Sanitario, Artículo 119 bis, que —para las tres causales— “En todos los casos anteriores se respetará el principio de confidencialidad en la relación entre médico y paciente” (Congreso Nacional de Chile, 2017); pese a que inicialmente se había intentado priorizarlo en todos los casos de aborto (Bachelet, 2015) entendiendo que “la confidencialidad médica en caso de aborto es un gesto que va más allá de lo médico y lo legal, es un gesto de humanidad”¹¹⁷ (Siebert, 2016). En resumen, no se puede asegurar que estas orientaciones técnicas estén pensadas para ser usadas en atención post aborto de abortos clandestinos y, no se encontró información sobre su vigencia o derogación; además, el principio de confidencialidad está inconcluso fuera de las tres causales, por ende, las mujeres no cuentan con la garantía de poder acceder a estas. Así, la atención post aborto en términos generales tiene poco soporte político y como indicador *Estado de las políticas de atención post aborto* también se valora de la forma más restrictiva, es decir, 4¹¹⁸.

Es importante pensar, diseñar y evaluar las políticas de aborto en el sentido amplio de política que define el indicador 2, pues es fuera del texto legal —incluso fuera de todos los textos— donde las dificultades de implementación se dan. La elaboración de la política debe ser tal que se pueda adaptar a diferentes contextos y para producir los resultados esperados y cumplir su propósito.

Junto al indicador 3, *Abortos cada mil mujeres en edad reproductiva* o *Tasa de abortos*¹¹⁹ (AR), se presenta la *Tasa de abortos totales*¹²⁰ (TAR), que corresponde a la cantidad de abortos que tendrá una mujer a lo largo de su vida —entre 30 y 35 años de vida fértil— si se mantienen las tasas actuales. La TAR se calcula

$$TAR = 35 \times Tasa \ de \ abortos$$

Se presentan tasas de aborto porque las tasas y proporciones son de las medidas más usadas en aborto y se consideran indispensables para documentar los niveles de aborto a lo largo del tiempo y de los territorios. Sin embargo, se advierte también que las mujeres suelen subreportar sus experiencias de abortos, incluso en los contextos menos restrictivos (Measure Evaluation).

¹¹⁶ Fuente primaria. Reunión de validación con María José Oyarzún, matrona de la Red Chilena de Profesionales por el Derecho a Decidir.

¹¹⁷ Palabras del entonces rector de la Universidad de Chile, Ennio Vivaldi, médico cirujano.

¹¹⁸ *Políticas que limitan el acceso de las mujeres a la atención post aborto.*

¹¹⁹ *Abortion rate*

¹²⁰ *Total abortion rate*

En el caso de Chile, si bien se pueden calcular las tasas de aborto, estas no van a reflejar la conducta de las mujeres en torno al aborto, ya que este solo está permitido en casos específicos que tienen más que ver con un riesgo para su vida y con una vulneración a sus derechos; en otras palabras, que la tasa de aborto sea baja en Chile no dice nada respecto a la actitud que las mujeres tienen frente al aborto, como mucho, habla de la preferencia de las mujeres cuando se encuentran en las situaciones específicas que están reguladas. Por otro lado, es probable que no solo en Chile, las tasas de aborto estén constantemente subrepresentadas, debido a las barreras de acceso y a la penalización social que desincentiva a las mujeres a acceder a los servicios oficiales (de aborto o de atención post aborto) o a declarar sus experiencias de forma oficial. La tasa de aborto en Chile, al año 2020, no es de conocimiento público.

Por ser casi un indicador universal, se aconseja calcular la tasa de aborto y se sugiere hacerlo con claridad y precisiones que exceden los límites de esta tesis. Dentro de ellas, están las recomendaciones que se desprenden de los indicadores de salud pública relacionadas con qué códigos médicos serán considerados aborto (lo que no debería incluir a los abortos espontáneos, por definición). A esto se suma definir explícitamente la edad gestacional límite en que se considerará aborto antes de pasar a ser una interrupción de embarazo; si este criterio será complementable o intercambiable por el peso del feto; si la información poblacional se tomará el último censo, si el grupo en edad reproductiva será considerado 15-44 años o 15-49 años; entre otros. Calculada la tasa de aborto, podría ser útil para comparar con otras regiones —especialmente latinoamericanas— con regulación similar. Si bien es un indicador ampliamente extendido, comparar el valor de la tasa en Chile con el que tiene en otros países con una regulación distinta no tiene mucho sentido, porque representan cosas distintas.

En base a la definición de la *WHO* de mujeres en edad reproductiva entre los 15 y 49 años¹²¹, al Censo 2017 (Instituto Nacional de Estadísticas), a la definición de la académica Pamela Eguiguren de aborto hasta las 22 semanas y a las causales constituidas en que se interrumpió el embarazo en los años 2018, 2019 y 2020¹²² (Ministerio de Salud), se presentan las siguientes cifras

INTERRUPCIONES DE EMBARAZO

ABORTOS

¹²¹ Para la recomendación de también calcular la tasa considerando la edad reproductiva entre los 15 y 44 años ver el anexo AF.

¹²² No se calcula para el año 2017 porque el aborto solo estuvo disponible los últimos tres meses, además, los datos 2017 no vienen incluidos en el tablero del DEIS.

CAUSAL	2018	2019	2020	2018	2019	2020
Primera	227	220	94	124	206	90
Segunda	273	327	192	196	234	141
Tercera	117	122	104	117	122	104
Total	617	669	390	437	562	335

Tabla 34 Interrupciones de embarazo y Abortos anuales en Chile, 2018-2020, en el marco de la Ley 21.030. Elaboración propia en base a (Ministerio de Salud).

Mujeres en por grupo etario en el rango de edad reproductiva

Mujeres en edad años	CENSO 2017
15-19	608.633
20-24	685.116
25-29	731.885
30-34	648.278
35-39	612.169
40-44	611.829
45-49	598.280

Tabla 35 Mujeres en grupos etarios. Elaboración propia en base (Instituto Nacional de Estadísticas)

Mujeres en edad reproductiva:

Mujeres en edad reproductiva	
Mujeres 15-49 años	4.496.190
Mujeres 15-44 años	3.897.910

Tabla 36 Mujeres en edad reproductiva. Elaboración propia.

Y las correspondientes tasas de aborto e interrupción del embarazo cada mil mujeres en edad reproductiva en la tabla 23:

TASA	2018	2019	2020
Aborto	0,10	0,12	0,07
Interrupción embarazo	0,14	0,15	0,09

Tabla 37 Tasa de Aborto (hasta las 22 semanas de gestación) e Interrupción del embarazo en Chile, anual, años 2018-2020, cada mil mujeres en edad reproductiva 15-49 años. Elaboración propia en base a (Instituto Nacional de Estadísticas) (Ministerio de Salud)

En la tabla anterior 23 se puede observar que tanto la tasa de aborto como la de interrupción del embarazo tienen un comportamiento similar, en cuanto a dirección de aumento y magnitud. De 2018 a 2019 hubo un aumento —esperable dado que la Ley debería ser más conocida y estar más consolidada en los centros de salud— y de 2019 a 2020 una disminución de gran magnitud, que no sorprende por cómo se manejó el acceso a salud sexual y reproductiva en el contexto de pandemia.

También, se presentan las tasas diferenciadas por causal en la tabla 38:

TASA	PRIMERA CAUSAL			SEGUNDA CAUSAL			TERCERA CAUSAL		
	2018	2019	2020	2018	2019	2020	2018	2019	2020
Aborto	0,03	0,05	0,02	0,04	0,05	0,03	0,03	0,03	0,02
Interrupción embarazo	0,05	0,05	0,02	0,06	0,07	0,04	0,03	0,03	0,02

Tabla 38 Tasas de aborto e interrupción de embarazo en Chile. Elaboración propia en base a (Instituto Nacional de Estadísticas) y (Ministerio de Salud)

En la tabla 38 (anterior), la interpretación que puede hacerse de la diferencia en las tasas de aborto e interrupción del embarazo tiene que ver con las edades gestacionales. Las mayores tasas de interrupción de embarazo (vs. de aborto) en primera y segunda causal (comparadas consigo mismas) se explican porque ocurren interrupciones de embarazo a edades gestacionales superiores a las que permite la definición de aborto. Así, por ejemplo, que las tasas de aborto e interrupción del embarazo sean iguales el año 2019 en primera causal sugiere que todas las interrupciones están tendiendo a realizarse a una edad gestacional más temprana. Cabe destacar que en la tercera causal la diferencia entre la tasa de aborto y la de interrupción de embarazo no existe, ya que todas las interrupciones son, por requisito de edad gestacional¹²³, abortos.

Continuando con los indicadores propuestos, el 4, *Porcentaje de ingresos obstétricos y ginecológicos por aborto*, si bien se entiende que es relevante, no es de gran interés monitorearlo en Chile desde entidades autónomas u organizaciones de la sociedad civil, por las restricciones en torno al aborto y a la atención post aborto que ya fueron planteadas. Además, el esfuerzo que requiere definir y encontrar con precisión la información que será considerada *ingresos obstétricos y ginecológicos por aborto* parece desproporcionado frente a la información que se puede extraer de él; en consecuencia, no se recomienda prioritariamente. Para el Estado de Chile, en cambio, sí es un indicador recomendando.

¹²³ Plazo de 14 semanas para las niñas menores de 14 años; 12 semanas para las adolescentes y mujeres mayores de 14 años.

Sobre el indicador 4, *Measurement Evaluation* comenta que los ingresos por complicaciones de aborto (el numerador) pueden ser útiles para construir otros indicadores, por ejemplo, los ingresos en subgrupos según la edad de las mujeres o edad gestacional. Sin embargo, de las definiciones de indicadores de salud pública se desprende que estos subgrupos puedan inspeccionarse entendidos como el mismo indicador porque la base de datos de origen es robusta e incluye esta información. Así, no se considera que abra la posibilidad de construcción de otros indicadores. Por último, tal como está planteado, el indicador 4, desde el punto de vista de la lógica vertical, se relaciona —aunque vagamente— con el propósito, entendido como un resultado de acceso o, como un indicador de procesos, en el sentido de las prácticas (componentes o actividades) que se desarrollan, pero en cualquier caso, difícilmente sería un resultado con una meta asociada; por lo que de nuevo, aparece como un indicador muy ambiguo desde el punto de vista de ingeniería industrial, si bien no se desestima, porque la *WHO* también lo incluye entre sus recomendaciones (World Health Organization, 2006 pág. 44).

Para los indicadores 5, *Número/Porcentaje de puntos de servicio que proveen atención post aborto por tipo y distribución geográfica*; 6, *Número/Porcentaje de profesionales capacitados en atención post aborto por tipo y distribución geográfica*; y 7, *Porcentaje de puntos de servicio que entregan atención post aborto que cumplen un estándar definido de calidad*; se repite que la atención post aborto no está oficialmente establecida en Chile, por lo que sus estándares, calidad, protocolos, capacitaciones e incluso existencia, son inciertas. En ese sentido, no se recomienda a las organizaciones de la sociedad civil hacer un monitoreo que involucre la medición estos indicadores. Por otro lado, al Estado de Chile sí se recomienda incluir la atención post aborto dentro de sus políticas públicas y hacerlo con los estándares, disponibilidad, extensión y recursos que sean necesarios; y que, como cualquier otra política pública o programa, esté sujeta a evaluación. Dicho eso, se considera que lo pretenden medir los indicadores 5, 6 y 7 es relevante y se sugiere su monitoreo, entendido como infraestructura básica para el desarrollo y la accesibilidad de la atención post aborto.

Para el caso chileno en el marco de la Ley 21.030 se sugiere una adaptación de los indicadores recién mencionados, destinada a medir, en lugar de atención post aborto, servicios de aborto, como plantea Benson en *Evaluating Abortion-care Programs: Old Challenges, New Directions*.

El indicador 8, *Porcentaje de mujeres recibiendo atención post aborto que reciben analgésicos antes del procedimiento de evacuación uterina* representa, sin

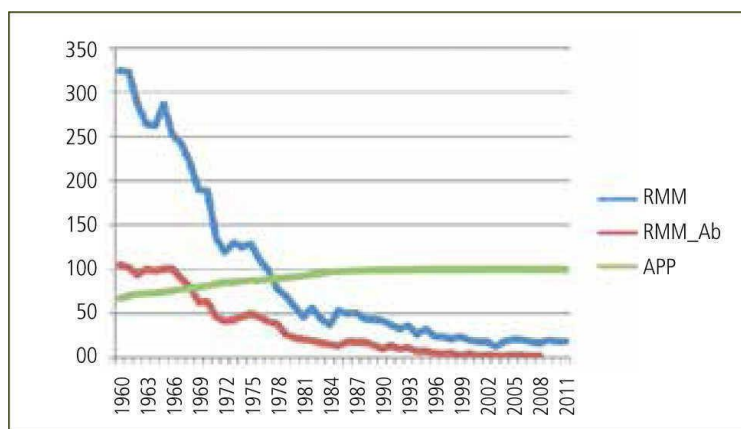
duda, una prestación que debería estar disponible para las mujeres que la requieran. Sin embargo, se repiten múltiples complicaciones respecto a la disponibilidad de la información (es decir, los datos para estimar el indicador) y al acceso que existe hacia la atención post aborto. Podría monitorearse una versión modificada de este indicador referida a qué *porcentaje de las mujeres que tendrán un aborto por evacuación uterina reciben analgésicos previamente*. Esta información no aparece en la base de datos pública por lo que habría que intentar obtenerla vía transparencia, en futuros monitoreos tipo estudio de caso que se hagan en los centros de salud o en encuestas o entrevistas directas a las mujeres que han abortado; esta variación sí se recomienda porque se entiende como un elemento central de la atención integral y el trato digno (similar a como viene planteado en la Norma Técnica Nacional).

Los indicadores 9, 10 y 12 están relacionados. El indicador 9, *Número/porcentaje de puntos de servicio que ofrecen métodos anticonceptivos a usuarias de atención post aborto* tiene relación con la disponibilidad y ofrecimiento de recursos en los puntos de entrega de servicios; mientras el indicador 10, *Porcentaje de pacientes de atención post aborto que recibieron consejería sobre métodos anticonceptivos* si bien no hace una mención explícita a la disponibilidad de los métodos anticonceptivos, la consejería es una práctica que suele ser parte de los puntos de servicio que entregan métodos anticonceptivos; por ello, con un enfoque de medir la aceptación o el resultado de esta práctica, se sugiere el indicador 12, *Porcentaje de pacientes de atención post aborto que abandonaron el establecimiento con un método anticonceptivo* tanto para el monitoreo de las organizaciones de la sociedad civil (si la información está disponible de forma pública) como para organismos gubernamentales.

Desde luego los tres indicadores son relevantes y miden cosas distintas. Para un monitoreo general, especialmente desde fuera de las instituciones, se sugiere el indicador 12. Antes de recomendar el indicador 9, que tal como está planteado parece un número que dice poco, se sugiere que los sistemas de información den cuenta de cuáles son las instalaciones que disponen de métodos anticonceptivos, qué métodos y cuántas pacientes —en número y como porcentaje respecto al total— acceden a esta instalación. Esto para manejar información y cumplir con las recomendaciones internacionales de ofrecer a las mujeres los métodos anticonceptivos que sean de su preferencia, sin perder de vista, que estas prestaciones no se concentren solo en las zonas urbanas —donde muchas veces están las instalaciones— quedando lejanas o de difícil acceso para gran parte de las mujeres. En ese contexto, se sugiere usar indicadores que midan el porcentaje de mujeres que acceden a puntos de servicios con esas prestaciones y, entonces, el indicador 9 puede ser relevante para quienes administran la red de salud, porque es una medición simple de la cobertura. Al indicador 10 se hacen comentarios similares, si bien la consejería anticonceptiva es

relevante, no es suficiente si no va acompañada de la entrega de los métodos; este indicador está planteado en términos del porcentaje pacientes, por lo que parece más valioso, como resultado, que el anterior. Sin embargo, el indicador 12 resume bien la intención de ambos; por lo que no hay un especial énfasis en recomendar el monitoreo del indicador 10.

Por último, el indicador 11, *Porcentaje de muertes relacionadas con abortos inseguros* sí se recomienda, tanto para los organismos estatales como para las organizaciones de la sociedad civil. Al Estado se recomienda definir y aplicar los criterios de clasificación de información que sean necesarios para estimar este indicador y hacerlo de conocimiento público. En la actualidad, ni el Ministerio de Salud ni otras entidades gubernamentales dan a conocer el porcentaje de muertes por aborto ni la tasa de mortalidad por aborto. La Sociedad Chilena de Obstetricia y Ginecología (SOCHOG) en 2016 señalaba que “la probabilidad de morir de la mujer como consecuencia del aborto es de 0,046/100.000 mujeres de 15-49 años (1 en 2.000.000 mujeres de 15-49 años)” (El aborto en Chile: aspectos epidemiológicos, históricos y legales, 2016 pág. 540). Por otro lado, un estudio sobre morbilidad materna e infantil publicado el año 2014, mostraba que entre los años 1960 y 2011 la razón de mortalidad por aborto (RMM_AB) había disminuido drásticamente, con tendencia a estabilizarse, como muestra la figura 11 a continuación.



Revista Médica Clínica Las Condes. 2014;25:874-8

Figura 11 "Razón de mortalidad materna total (RMM), razón de mortalidad por aborto (RMM_AB) y atención profesional del parto (APP) en Chile entre 1960 y 2011". Reproducido de (Chile, un buen lugar donde nacer: Morbilidad materna e infantil a nivel global y nacional, 2014)

Anexo AG: Principios rectores del programa de acompañamiento

“a) Respeto a la autonomía de las mujeres para decidir en torno a estas situaciones.

Esto implica por parte del equipo de salud, no emitir juicios ni opiniones valóricas sobre las creencias y opciones de la mujer y entregar toda la información, actualizada e imparcial, que le permita tomar las mejores decisiones para su vida y su salud. La persona debe percibirse y ser percibida como sujeto de derechos y protagonista del proceso de atención.

b) Respeto a la dignidad, privacidad y confidencialidad que requiere toda atención clínica.

Asumir que los datos solicitados por los equipos médicos sólo pueden tener como fin una adecuada atención de salud, respetando que la entrega de información por parte de las mujeres atendidas es siempre voluntaria y confidencial. Debe preguntarse a la mujer sólo aquello que es necesario para el diagnóstico y manejo clínico del problema de salud que presenta, explicando la importancia clínica de contar con dichos datos.

c) Derecho a una atención profesional en que exista competencia técnica de los y las proveedores/as de servicios.

Quienes prestan la atención deben tener los conocimientos, habilidades y destrezas necesarias, y manejar técnicas adecuadas y actualizadas relacionadas con todos los procedimientos e intervenciones que se incluyen en la atención. Deben conocer y manejar técnicas de comunicación que les permitan entregar en forma óptima la información, asegurando la comprensión clara por parte de las personas que atienden. De no haber dichas competencias en algunas áreas, se deberá solicitar la concurrencia de personas con más conocimiento y habilidades, considerando un trabajo en equipo.

d) La atención de mujeres que se enfrentan a alguna de las causales debe ser oportuna, integral y multidisciplinaria.

La oportunidad hace referencia a la celeridad en la respuesta del equipo de salud, sobre todo cuando la ley establece plazos máximos para la posibilidad de acceder a la interrupción voluntaria del embarazo en la tercera causal, pero también para disminuir el estrés frente a la espera de confirmación diagnóstica de la letalidad de la patología congénita adquirida o genética fetal de la segunda causal.” (Ministerio de Salud, 2018 pág. 32)

Anexo AH: CMBD Conjunto Mínimo Básico de Datos IVE

“Los datos que componen el CMBD son los siguientes:

A. Proceso de atención: se refiere a un conjunto de datos que deben permitir la trazabilidad de la mujer que solicita una interrupción del embarazo, por

cualquier puerta de entrada al sistema de salud público o privado, es evaluada y se enfrenta a la decisión de una interrupción voluntaria del embarazo por alguna de las tres causales. Estos datos incluyen:

1. Puerta de entrada al sistema (para todas las causales):
 - a. Salud Responde.
 - b. Atención de urgencia en cualquier nivel de atención.
 - c. Controles prenatales en APS.
 - d. Consultas de morbilidad.
 - e. Control o consulta en policlínico de especialidad obstétrica.
2. Cumplimiento de criterios de concurrencia de cada Causal:
 - a. Diagnóstico de la mujer para la primera causal (ver capítulo V., 2.)
 - b. Diagnóstico del producto de la gestación para la segunda causal (ver capítulo V., 3.).
 - c. Relato de concurrencia de causal 3 y semanas de gestación (<12 semanas para mujeres de 14 y más años, <14 semanas para mujeres de menos de 14 años) para la tercera causal (ver capítulo V., 4.).
3. Causal de interrupción del embarazo:
 - a. Riesgo Vital de la mujer: se distingue el riesgo vital inminente y no inminente.
 - b. Embrión o feto con patología incompatible con la vida extrauterina.
 - c. Embarazo resultado de una violación.
4. Cartera de servicios: realización de las prestaciones protocolizadas por Causal de interrupción del embarazo.
 - a. Biomédicas: Procedimientos, exámenes, imagenología, etc. Estándar según arancel Fonasa.
 - b. Psicosociales: atenciones por psicólogo/a y/o trabajador/a social.
5. Decisión de la mujer, o de quien la represente legalmente (menores de 14 años), de continuar o interrumpir el embarazo.

6. Punto del flujo y lugar del sistema de salud en que se toma la decisión:

- a. Centro de especialidad obstétrica.
- b. Servicio de hospitalización.

7. Seguimiento administrativo-clínico de la mujer según su decisión (IVE, no IVE)

8. Seguimiento administrativo-clínico del feto o recién nacido según su decisión.

B. Prestaciones realizadas: se refiere a los datos que representan las prestaciones biomédicas y psicosociales protocolizadas para cada causal de interrupción del embarazo:

- 1. Prestaciones control prenatal habitual que reciben las mujeres que entran en el proceso de decisión de interrupción voluntaria del embarazo.
- 2. Atenciones recibidas en Centro de especialidad obstétrica.
- 3. Prestaciones específicas asociadas a los protocolos de atención de cada causal:

- a. Atención integral a la mujer y su entorno más cercano:

- i. Procedimientos diagnósticos para la 1° y 2° causal.
- ii. Consejería genética.
- iii. Cuidados paliativos en 2° causal.
- iv. Atención salud mental:
 - a) Atención por duplas.
 - b) Atención por psicólogo/a.
 - c) Atención psiquiátrica.

- v. Prestaciones sociales:

- a) Atención por trabajador/a social.

- b. Procedimiento de interrupción del embarazo.

- c. Atenciones biomédicas asociadas a la causal específica:

- i. Atención de la mujer en riesgo vital.

C. Resultados del proceso de atención: se refiere al desenlace del proceso de atención derivado de la decisión de la mujer:

1. Resultados en torno a la mujer:
 - b. Parto o aborto.
 - c. Condición de la mujer viva o fallecida.
 - d. Causa de muerte.
2. Resultados en torno al producto de la gestación
 - a. Condición del producto de la gestación:
 - i. Según signos vitales: Vivo o Fallecido.
 - ii. Según edad Gestacional: embrión, feto, recién nacido.
 - B. Causa de muerte.” (Ministerio de Salud, 2018 pág. 126)

Anexo AI: Base de datos de monitoreo propuesta

Filas: Cada fila es una causal constituida, se asigna un ID único. Puede ser tan simple como partir de 1.

Columnas:

1. ID (identificador de causal constituida/fila)
2. Año (en que se constituyó la causal.
3. Mes (en que se constituyó la causal)
4. Causal constituida (1, 2 o 3)
5. Edad de la mujer (en años al constituir la causal)
6. Nacionalidad (de la mujer)
7. Región (de residencia de la mujer al constituir la causal)
8. Comuna (de residencia de la mujer al constituir la causal)
9. Pueblo originario (con que se identifica la mujer; o si no hay información)
10. Edad gestacional (al constituir la causal)
11. Interrumpe (si la mujer decide interrumpir 1/sí, si continúa 0/no)
12. Acompañamiento (Si acepta programa de acompañamiento 1/sí, si rechaza 0/no)
13. InstAcom (nombre de la Institución que realiza el programa de acompañamiento; HSO si es el Hospital Santiago Oriente)
14. cantAcom (cantidad de sesiones del programa de acompañamiento asistidas)
15. FechaIAcom (fecha de la primera sesión de acompañamiento)
16. FechaUAcom (fecha última sesión de acompañamiento)
17. InstApoyo (nombre de la institución en que la mujer recibió apoyo adicional; o si no)

18. IntFarm (método de interrupción farmacéutico: mifepristona, misoprostol, ambos; 1 si no está el detalle; 0 si no se usaron medicamentos)
19. IntInstr (método de interrupción instrumental: nombre del método; 0 si no se usó)
20. Parto (1 si este fue el método de interrupción o si la mujer decidió continuar con el embarazo y este terminó en parto)
21. Cesárea (1 si este fue el método de interrupción o si la mujer decidió continuar con el embarazo y este terminó en cesárea)
22. NacVivo (1 si luego de realizada la interrupción o continuado el embarazo el producto de la concepción nació vivo; 0 si no)
23. Adopción (1 si la mujer eligió esta opción; 0 si no)
24. ConsAntic (1 si la mujer recibió consejería anticonceptiva; 0 si no)
25. MetAntic (nombre del método anticonceptivo entregado a la mujer; 0 si no se entregó)
26. RiesgoInm (1 si la mujer fue intervenida por riesgo inminente; 0 si no)
27. Derivada (1/sí si la mujer provino de otro centro donde también podría haberse practicado la intervención; 0/no)
28. CentroDeriva (nombre de la institución que derivó a la mujer al actual centro de salud; “no” si no corresponde)
29. DelitoViolento (1 si el relato de violación no corresponde a violación en una relación de pareja o intrafamiliar; 0 si es una de estas últimas dos situaciones) (Distinciones introducidas en la Norma Técnica Nacional)
30. ReprLegal (1 si fue el representante legal quien firmó el consentimiento y la mujer asentimiento; 0 si no)
31. PuertaEntr (Puerta de entrada al sistema, según CMBD: Salud Responde, Urgencia, Prenatal APS, Morbilidad, Policlínico especialidad obstétrica)
32. A.Duplas (cantidad de atenciones con duplas)
33. A.Psic (cantidad de atenciones con psicólogo)
34. A.Psiq (cantidad de atenciones con psiquiatra)
35. A.TrabSoc (cantidad de atenciones con trabajador social)
36. MujerViva (1 si la mujer sobrevive a la interrupción del embarazo o al término de este por parto o cesárea, si decidió continuar)

Anexo AJ: Competing values framework – Instrumento de caracterización de la cultura organizacional

INSTRUMENTO DE CARACTERIZACIÓN DE LA CULTURA ORGANIZACIONAL

1. CARACTERÍSTICAS DOMINANTES		ACTUAL	PREFERIDO
A	La organización es un lugar muy personal. Es como una familia. Las personas disfrutan de la compañía de otros.		
B	La organización es un lugar muy dinámico con características emprendedoras. A las personas les gusta tomar riesgos.		
C	La organización está muy orientada a los resultados. La mayor preocupación es hacer el trabajo bien hecho. Las personas son competitivas entre sí.		
D	La organización es muy estructurada y controlada. Generalmente los procedimientos dicen a las personas qué hacer.		
TOTAL		100	100

2. LIDERAZGO ORGANIZACIONAL		ACTUAL	PREFERIDO
A	El liderazgo de la organización es generalmente usado como un instrumento de facilitar, guiar y enseñar a sus miembros.		
B	El liderazgo de la organización es generalmente usado como un instrumento para apoyar la innovación, el espíritu emprendedor y la toma de riesgos.		
C	El liderazgo de la organización es generalmente usado para el asegurar el logro de los resultados.		
D	El liderazgo de la organización es generalmente usado para coordinar, organizar o mejorar la eficiencia.		
TOTAL		100	100

3. ADMINISTRACIÓN DEL RECURSO HUMANO		ACTUAL	PREFERIDO
A	El estilo de manejo del recurso humano se caracteriza por el trabajo en equipo, el consenso y la participación.		
B	El estilo de manejo del recurso humano se caracteriza por el individualismo y libertad.		
C	El estilo de manejo del recurso humano se caracteriza por la alta competencia y exigencias.		
D	El estilo de manejo del recurso humano se caracteriza por dar seguridad de los puestos de trabajo y la estabilidad en las relaciones humanas.		
TOTAL		100	100

4. UNIÓN DE LA ORGANIZACIÓN		ACTUAL	PREFERIDO
A	Lo que mantiene unido a la organización es la lealtad y la confianza mutua.		
B	Lo que mantiene unido a la organización son los deseos de innovación y desarrollo. Existe un énfasis en estar al límite.		
C	Lo que mantiene unido a la organización es el cumplimiento de metas. El ganar y tener éxito son temas comunes.		
D	Lo que mantiene unido a la organización son las políticas y las reglas. Mantener a la organización en marcha es lo importante.		
TOTAL		100	100

5. ÉNFASIS ESTRATÉGICOS		ACTUAL	PREFERIDO
--------------------------------	--	---------------	------------------

A	La organización enfatiza el desarrollo humano. La confianza es alta, junto con la apertura y la participación.		
B	La organización enfatiza la adquisición de nuevos recursos y desafíos. El probar nuevas cosas y la búsqueda de oportunidades son valoradas.		
C	La organización enfatiza el hacer acciones competitivas y ganar espacios en los mercados.		
D	La organización enfatiza la permanencia y la estabilidad. La eficiencia, el control y la realización correcta del trabajo son importantes.		
	TOTAL	100	100

6.	CRITERIO DE ÉXITO	ACTUAL	PREFERIDO
A	La organización define el éxito sobre la base del desarrollo de los recursos humanos, el trabajo en equipo, las relaciones personales y el reconocimiento de las personas.		
B	La organización define el éxito sobre la base de contar con un producto único o el más nuevo. Se debe ser líder en productos e innovación.		
C	La organización define el éxito sobre la participación de mercado y el desplazamiento de la competencia. El liderazgo de mercado es la clave.		
D	La organización define el éxito sobre la base de la eficiencia en el cumplimiento de sus tareas.		
	TOTAL	100	100

Fuente: Traducido y adaptado del inglés de: “Diagnosing and Changing Organizational Culture: Based on the Competing Values Framework” (Cameron & Quinn, 1999)

Anexo AK: Indicadores de calidad de atención de aborto. Dennis, Blanchard y Bessenaar.

Table 3 Quality abortion care indicators

Indicator category or subtheme	Indicator	References
<i>Structure indicators</i>		
1) Infrastructure	There are an adequate number of knowledgeable and trained staff available to provide abortion care.	7, 12, 24–30
2) Infrastructure	Timely services are available.	24, 27, 31, 32
3) Infrastructure	Facilities are geographically accessible.	12, 26, 29, 30
4) Infrastructure	Efficient, high-quality referral systems are in place.	7, 33, 34
5) Infrastructure	Essential equipment, supplies and medications are available in sufficient quantity to address needs.	7, 25, 27
6) Infrastructure	Abortion care is provided in a clean facility.	24, 31
7) Infrastructure	Abortion is provided in a facility with space for privacy.	24, 35
8) Infrastructure	Abortion is provided in an emotionally and physically comforting space.	28
9) Infrastructure	Well-functioning systems for transportation and communications for abortion are in place.	7
10) Infrastructure	Throughout the health system, there are mechanisms to review abortion-related complications and deaths.	7
11) Infrastructure	Women enter the health care system through decentralised service delivery points and receive care at the lowest appropriate level of the networked system.	7
12) Infrastructure	Abortion care services are integrated with or linked to the fullest available array of medical and reproductive health services.	7
13) Infrastructure	Services are effectively managed and administrative and logistical factors are not obstacles to the timely delivery of high-quality care.	7
14) Infrastructure	Fees for abortion services are within reach of women's ability to pay; emergency care is provided regardless of women's ability to pay.	7
15) Infrastructure	There is an adequate percentage of abortion care service sites that meet a defined standard of quality.	12
16) Infrastructure	Essential equipment, supplies and medication should be managed through a system of inventory control, resupply and maintenance.	7
17) Infrastructure	Abortion technology is consistent with relevant regulatory requirements.	7
18) Infrastructure	Abortion technology is appropriate to specific service delivery settings.	7
19) Infrastructure	Abortion technology is manufactured to high standards.	7

Tabla 39 Indicadores de calidad de atención de aborto. Parte 1 de 4. Reproducido de (Identifying indicators for quality abortion care: a systematic literature review, 2017 pág. 10)

20) Infrastructure	Abortion technology is acceptable to women and providers.	7
21) Infrastructure	Staff at abortion facilities have adequate supervision.	7
22) Law and policies	Abortion care must be accessible and not limited by administrative or policy barriers.	7, 12, 29, 36
23) Law and policies	Regulations, guidelines and other policy documents have been developed, approved by national/sub-national governments, and/or disseminated to health care facilities that are supportive of access to safe abortion care consistent with WHO guidance.	25
<i>Process indicators</i>		
24) Technical competence	Appropriate pain management techniques are in place.	24, 28, 37
25) Technical competence	Clients are screened for requested procedures.	27, 33
26) Technical competence	Clinical histories are taken.	27, 33
27) Technical competence	Physical assessments of general and sexual and reproductive health are performed (including confirmation of gestational age).	27, 33
28) Technical competence	Staff follow approved guidelines and protocols for medical, surgical, and incomplete abortion.	27, 33
29) Technical competence	Staff use appropriate technologies.	33, 38
30) Technical competence	Follow-up care is provided, where women's experience with abortion and pregnancy status are assessed.	33, 34
31) Technical competence	Clients are asked the reason for the visit.	33
32) Technical competence	If the woman aborts at the clinic, products of conception are examined to confirm expulsion.	33
33) Technical competence	Appropriate infection prevention protocols are in place.	27
34) Technical competence	Best practice guidelines are followed for monitoring during recovery period.	27
35) Technical competence	Staff only use techniques for which they are adequately trained.	27
36) Client-provider interactions	Staff offer respectful care.	7, 27, 31, 33, 35
37) Client-provider interactions	Staff work to ensure privacy during the visit.	27, 31-33, 39
38) Client-provider interactions	Staff have positive interactions with clients.	24, 28, 39
39) Client-provider interactions	Staff provide confidential care.	7, 24, 39
40) Client-provider interactions	Staff should promote client's dignity.	27, 32
41) Client-provider interactions	Care is tailored to women's individual circumstances and needs.	39

Tabla 40 Indicadores de calidad de atención de aborto. Parte 2 de 4. Reproducido de (Identifying indicators for quality abortion care: a systematic literature review, 2017 pág. 10)

42) Client–provider interactions	Staff hold non-judgemental attitudes.	7
43) Client–provider interactions	Staff–client interactions promote an atmosphere of trust.	7
44) Decision making	Clients are provided high-quality, supportive counseling.	7, 27, 28, 34, 35
45) Decision making	Staff obtain informed consent from clients.	27, 33
46) Decision making	Clients are provided the opportunity to explore views on abortion options and methods.	7, 33
47) Decision making	Staff trust clients' abilities to make informed decisions.	7
48) Decision making	Provider–client interactions are absent of provider bias or coercion.	7
49) Information provision	Staff explain all aspects of abortion care to clients (current condition, treatment plan, follow-up needs, and potential post-abortion complications and how to obtain appropriate post-abortion care).	7, 27, 31–33, 35, 39
50) Information provision	Staff provide clients the opportunity to express concerns, ask questions, and receive accurate, understandable answers.	7, 27, 33, 35
51) Information provision	Staff provide basic information about conception, pregnancy and pregnancy options.	33
52) Information provision	Staff use age-appropriate, non-clinical language.	33
53) Ancillary services	Staff directly provide or offer referrals for a range of sexual and reproductive health services, including contraception and screening and treatment for HIV and STIs.	7, 12, 25, 27, 29, 33, 38, 39
54) Ancillary services	Staff provide information about a range of sexual and reproductive health needs including: contraception, fertility, gender-based violence, prenatal care, cancer screening, and screening and treatment for HIV and STIs.	7, 27, 30, 32, 33, 39
55) Ancillary services	Abortion care is no way contingent on prior acceptance of contraception.	7
56) Support	If desired, staff ensure emotional comfort provided to client from support person during abortion.	24, 28, 33
57) Support	Staff explore what kind of support client has for their decision.	33
<i>Output indicators</i>		
58) Procedures provided	Assess the number of safe induced abortion procedures.	12, 30, 40
59) Procedures provided	Assess the proportion of procedures that are induced.	29
60) Procedures provided	Assess the percentage of uterine evacuations performed with appropriate technologies.	29
61) Procedures provided	Assess the percentage of abortion procedures performed with preferred technologies.	12

Tabla 41 Indicadores de calidad de atención de aborto. Parte 3 de 4. Reproducido de (Identifying indicators for quality abortion care: a systematic literature review, 2017 pág. 11)

<i>Outcome indicators</i>		
62) Client and community knowledge	The community is aware of the availability of safe abortion.	26, 27
63) Client and community knowledge	Clients understand the information given during clinic visits.	35
64) Client and community knowledge	An adequate number or percentage of women of reproductive age have accurate knowledge of abortion laws.	12
65) Client and community knowledge	An adequate number or percentage of women of reproductive age can identify a nearby source of safe abortion care.	12
66) Client and community knowledge	Women are aware of the full range of services available to them throughout the health care system.	7
67) Client and community attitudes	Clients are satisfied with abortion care.	12, 34
68) Client and community attitudes	There is an adequate number or percentage of women with positive attitudes toward seeking abortion care.	12
69) Client and community attitudes	Women perceive few financial, geographic and cultural barriers to safe abortion care.	12
70) Client and community attitudes	Clients feel that the staff have a high level of clinical competency.	33
71) Client and community attitudes	Clients have confidence and trust in staff providing care.	32
72) Client behaviours	Assess overall abortion-seeking behaviours and trends.	36
73) Client behaviours	Assess the percentage of abortions that occur at or before 10 weeks' gestations.	41
74) Client morbidity and mortality	There is a low number of admissions for treatment of abortion complications.	12, 25, 29, 30, 36
75) Client morbidity and mortality	There is a low percentage of maternal deaths as a result of abortion.	12, 26, 29, 40

STI, sexually transmitted infection; WHO, World Health Organization.

Tabla 42 Indicadores de calidad de atención de aborto. Parte 4 de 4. Reproducido de (Identifying indicators for quality abortion care: a systematic literature review, 2017 pág. 11)

Anexo AL: Indicadores recomendados para Chile

Nº	Nombre	Definición y fórmula	Dimensión	Fuente	Propuesto por
1	Estado legal del aborto	Las restricciones legales que establecen las circunstancias bajo las que una mujer puede interrumpir legalmente un embarazo	Política	Regulación vigente: Ley 21.030. Congreso Nacional.	Measure Evaluation; similar al 22 de Identifyng
2	Estado de las políticas de aborto	El entorno político sobre aborto	Política	Regulación vigente: Ley 21.030. Congreso Nacional.	Measure Evaluation
3	Estado de las políticas de atención post aborto	El entorno político de la atención post aborto	Política	BCN Minsal	Adaptación de Measure Evaluation
4	Tasa anual de aborto ¹²⁴	Número de abortos inducidos legales que ocurren en un año cada 1.000 mujeres en edad reproductiva (15-49 años). Por causal. <i>cantidad de interrupciones de embarazo hasta las 22 semanas de gestación en mujeres de 15 – 49 años en un año x 1000</i> <i>total de mujeres 15 – 49 años ese año</i>	Acceso Mujeres	Minsal INE	Measure Evaluation
5	Tasa anual aborto adolescente ¹²⁵	Número de abortos inducidos legales que ocurren en un año cada 1.000 mujeres adolescentes (15-19 años).	Acceso Mujeres	Minsal INE	Adaptación de Measure Evaluation

¹²⁴ El nombre original es *Abortos cada mil mujeres en edad reproductiva*; se considera edad reproductiva de 15-49 años; se determinan períodos anuales; abortos legales desarrollados hasta las 22 semanas bajo la Ley 21.030.

¹²⁵ Adolescentes entendidas como el grupo hasta los 19 años de edad (por la agregación de los datos demográficos). Dado que la edad reproductiva parte a los 15 años, se toma el grupo demográfico en 15-19 años y se consideran los abortos practicados hasta los 19 años

		$\frac{\text{cantidad de interrupciones de embarazo hasta las 22 semanas de gestación en mujeres de hasta 19 años en un año} \times 1000}{\text{total de mujeres 15 - 19 años ese año}}$			
6	Tasa anual de IVE	Número de interrupciones de embarazo practicadas bajo la Ley 21.030 en un año cada 1.000 mujeres en edad reproductiva (15-49 años). $\frac{\text{cantidad de interrupciones de embarazo en mujeres de 15 - 49 años en un año} \times 1000}{\text{total de mujeres 15 - 49 años ese año}}$	Acceso Mujeres	Minsal INE	Adaptación de Measure Evaluation
7	Tasa anual de IVE adolescente	Número de interrupciones de embarazo practicadas bajo la Ley 21.030 en un año cada 1.000 mujeres adolescentes (15-19 años). $\frac{\text{cantidad de interrupciones de embarazo en mujeres de hasta 19 años en un año} \times 1000}{\text{total de mujeres 15 - 19 años ese año}}$	Acceso Mujeres	Minsal INE	Adaptación de Measure Evaluation
8	Cantidad de compra anual de Misoprostol Ley 21030 vía CENABAST	Cantidad (<i>cantidad unitaria</i>) de misoprostol comprado vía CENABAST bajo el <i>Nombre producto genérico</i> “Misoprostol 200 mcg cm Ley 21030” con <i>Fecha de compra</i> en el <i>Período</i> de un año Suma de las cantidades de de misoprostol asociado a la Ley 21030 comprado en un año.	Accesibilidad	CENABAST ¹²⁶	Corporación MILES Chile. Adaptación propia de Benson [8].
9	Cantidad de compra anual de Mifepristona Ley 21030 vía CENABAST	Cantidad (<i>cantidad unitaria</i>) de mifepristona comprada vía CENABAST bajo el <i>Nombre producto genérico</i> “Misoprostol 200 mcg cm Ley 21030” con <i>Fecha de compra</i> en el <i>Período</i> de un año.	Accesibilidad	CENABAST	Corporación MILES Chile. Adaptación propia de Benson [8].

¹²⁶ Compras CENABAST [Compras Cenabast - CENABAST](#)

		Suma de las cantidades de de mifepristona asociada a la Ley 21030 comprada en un año			
10	Porcentaje de mujeres en edad reproductiva con conocimientos precisos de las leyes de aborto	— ¹²⁷	Mujeres Evaluación	—	Benson
11	Porcentaje de mujeres con actitudes positivas hacia la búsqueda de servicios de aborto	— ¹²⁸	Mujeres	—	Benson
12	Porcentaje de mujeres en edad reproductiva que pueden identificar una fuente cercana de servicios de aborto seguro	— ¹²⁹	Mujeres Evaluación	—	Benson
13	Porcentaje de sitios que brindan servicios de aborto seguro, por tipo de establecimiento o y distribución geográfica	— ¹³⁰	Accesibilidad	—	Benson
14	Porcentaje de profesionales capacitados en servicios de aborto seguro, por categoría y distribución geográfica	—	Accesibilidad Punto de servicio	—	Benson
15	Porcentaje de procedimientos de aborto realizados con tecnologías preferidas	—	Acceso Punto de servicio	—	Benson

¹²⁷ Desarrollar un instrumento nacional y aplicarlo sobre muestra.

¹²⁸ Desarrollar un instrumento nacional y aplicarlo sobre muestra.

¹²⁹ Desarrollar un instrumento nacional y aplicarlo sobre muestra.

¹³⁰ Se sugiere que cada 500.000 habitantes: 5 instalaciones de atención de aborto seguro, de las que al menos 1 ofrece atención de aborto seguro, donde APS sería básica y hospitales integral

	(aspiración manual por vacío, aspiración eléctrica, aborto con medicamentos)			
16	Porcentaje de pacientes de aborto que reciben asesoramiento y métodos anticonceptivos	— ¹³¹	Acceso Punto de servicio	Benson
17	Tasas de letalidad por aborto dentro de los sitios de servicio		Acceso Punto de servicio	Benson
18	Satisfacción de las pacientes con los servicios de aborto		Mujeres Punto de servicio Evaluación	Benson

Tabla 43 Indicadores recomendados para Chile. Elaboración propia.

Otros aspectos importantes de monitorear presentados como indicadores en la literatura son las *Barreras económicas, geográficas y culturales percibidas por las mujeres a los servicios de aborto seguro* planteado por Benson y para lo que se sugiere desarrollar un instrumento nacional y aplicarlo sobre muestra, lo que corresponde a la dimensión política, accesibilidad, mujeres y evaluación.

N°	NOMBRE	DEFINICIÓN Y/O FÓRMULA	DIMENSIÓN	VALOR EN CHILE	PROPUESTO POR	FUENTES	Notas
1	Disponibilidad de servicios de aborto subsidiados o gratuitos para mujeres pobres		Accesibilidad				
2	Número de procedimientos de aborto inducido		Acceso		Benson		
2	Características clínicas y de otro tipo de las usuarias de abortos		Mujeres; Evaluación		Benson		detallar pq no es per se indicador
2	Porcentaje de pacientes postaborto tratados	(pendiente)	Puntos de servicio; Evaluación		Benson		

¹³¹ Se recomienda que sea al menos el 60% de las mujeres que reciben servicios de aborto

	dentro de las dos horas posteriores a su llegada al establecimiento de salud					
27	Proveedores autorizados para realizar evacuación uterina	Rango de proveedores autorizados para realizar evacuación uterina	Política	Adaptación propia de Benson 6	Norma Técnica Nacional, pág. 119.	1 - Profesionales capacitados; 2 - Médicos capacitados
28	Formación en IES en aborto	Incorporación de servicios de aborto al plan de estudios en la educación previa al servicio y durante este para médicos y proveedores de nivel medio	Política	Adaptación mediano plazo Benson		(% de la matrícula anual -en qué carreras- que tiene esta formación)
29	Adopción de acuerdos mundiales relacionados con el aborto	(definir escala en cuanto a aborto, atención post aborto, métodos)	Política	Adaptación mediano plazo Benson	Regulación vigente	Propuesta: definir escala de adopción según: Motivos permitidos para abortar, disponibilidad de métodos actualizados en la red pública de salud, disponibilidad de atención post aborto.
36	El personal ofrece un cuidado respetuoso		Puntos de servicio	Dennis, Bessenaar	vía encuesta mujeres en instalación	
39	El personal explica todos los aspectos de la atención del aborto a las pacientes (condición actual, plan de tratamiento, necesidades de seguimiento y posibles complicaciones post aborto y cómo obtener la atención post aborto adecuada).		Puntos de servicio	Dennis, Bessenaar	vía encuesta mujeres en instalación	
40	El personal brinda a las pacientes la oportunidad de expresar inquietudes, hacer preguntas y recibir respuestas precisas y comprensibles.		Puntos de servicio	Dennis, Bessenaar	vía encuesta mujeres en instalación	
41	El personal proporciona u ofrece directamente referencias para una variedad de servicios de salud sexual y reproductiva, que incluyen anticoncepción y detección y tratamiento para el VIH y las ITS.		Puntos de servicio	Dennis, Bessenaar	vía encuesta mujeres en instalación	
42	El personal brinda información sobre una variedad de necesidades de salud sexual y reproductiva, que incluyen: anticoncepción, fertilidad, violencia de género, atención prenatal, detección del cáncer y detección y tratamiento del VIH y las ITS.		Puntos de servicio	Dennis, Bessenaar	vía encuesta mujeres en instalación	
47	Proporción de mujeres tratadas por complicaciones	Numerador: número de mujeres con complicaciones de aborto	Acceso; Puntos de servicio	Hea, Ots, Ben		

	obstétricas relacionadas con el aborto	tratadas en una instalación en un período de tiempo. Denominador: número de mujeres con complicaciones obstétricas tratadas en una instalación en el mismo período de tiempo			
48	Proporción de mujeres tratadas por complicaciones graves de aborto	Numerador: número de mujeres con complicaciones graves de aborto tratadas en una instalación en un período de tiempo. Denominador: número de mujeres con cualquier complicación de aborto tratadas en una instalación en el mismo período de tiempo	Acceso; Puntos de servicio	Hea, Ots, Ben	
54	Población que vive dentro de las 2 horas de viaje de una instalación que presta servicios de aborto sin riesgos		Accesibilidad	WHO Safe abortion 2nd	se reconoce la dificultad; atención primaria lo haría más fácil, incluso de medir con encuesta en la instalación
56	Personal de la salud con conocimientos correctos del estado legal del aborto		Accesibilidad; Puntos de servicio	WHO Safe abortion 2nd	se entiende que se refiere no solo a profesionales de servicios de aborto
58	Puntos de prestación de servicio que usan los métodos recomendados por la OMS para el tratamiento de las complicaciones del aborto		Accesibilidad; Puntos de servicio; Evaluación	WHO Safe abortion 2nd	se debe avanzar en esto
59	Admisiones obstétricas y ginecológicas debido al aborto		Acceso; Puntos de servicio	WHO Safe abortion 2nd	
60	Índice de hospitalización para el aborto seguro cada 1000 mujeres		Acceso	WHO Safe abortion 2nd	
62	Muertes maternas atribuidas al aborto		Evaluación	WHO Safe abortion 2nd	debe ir en disminución

Tabla 44 Posibles indicadores para el aborto en Chile